

14/619



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Medidas Quirúrgicas Preprotéticas de los
Elementos Duros.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SILVERIO MENDEZ ROBLEDO

México, D. F.

1980.



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.

**MEDIDAS QUIRURGICAS PREPROTETICAS
DE LOS ELEMENTOS DUROS...**

T E M A R I O.

PROLOGO.

	PAG.
CAPITULO I. GENERALIDADES.	
1.- Definición, Antecedentes y Objetivos.	I a 6
2.- Indicações y Contraindicaciones de la Cirugía Preprotética.	7
3.- Relación de la Cirugía Bucal y la Prótesis.	II
CAPITULO II. CONSIDERACIONES PRELIMINARES PARA LA PREPARACION QUIRURGICA.	
1.- Conceptos de la Historia Clínica.	13
2.- Exámen Clínico General	18
3.- Exámen Oral	37
4.- Exploración Visual Perioral	38
5.- Exámen de Palpación	40
6.- Exámen Radiográfico	43
A) Interpretación Radiográfica	44
7.- Diagnóstico, Indicación del Pronóstico y Tratamiento	46
CAPITULO III. TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PREVENTIVOS.	
1.- Técnicas para el Tratamiento Exodon- tíco.	50
A).- Generalidades:	
a) Indicações y Contraindicaciones.	51
b) Anestesia, Selección del anes- tésico y Técnica anestésicas	53
c) Requisitos y Factores Predis- ponentes de la Extracción	57

d) Instrumental en Exodoncia	60
e) Fuerzas ejercidas para la extracción	66
f) Técnica de Extracción propiamente dicha y factores que favorecen la secuela post-extracción	67
B) Principios Quirúrgicos de la Extracción Dentaria. (Requisitos)	72
a) Obtención de Acceso Adecuado	73
b) Obtención de una Via Libre para la Extracción	78
c) Empleo de Fuerzas Controladas	80
d) Observaciones al realizar Técnicas Quirúrgicas	80
C) INSTRUMENTAL QUIRURGICO	
a) De Tejidos Duros	82
b) De Tejidos Blandos	83
D) Generalidades al Efectuar Tratamientos Quirúrgicos	85
E) Técnicas Diversas	86
2.-EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTES ANQUILOSADOS.	91
A) Técnica de Extracción	92
3.- EXTRACCION QUIRURGICA DE APICES DENTALES RETENIDOS	95
a). Técnicas de Extracción.- Casos Diversos	96
4.- EXTRACCION QUIRURGICA DE APICES FRACTURADOS.	106

A).- Técnicas de Extracción. Casos Clínicos Diversos	10
B).- Relaciones Anatómicas a Considerar al realizar actos quirúrgicos exodónticos	114
C).- Técnica de Extracción Común en Apices Fracturados	116

CAPITULO IV. TRATAMIENTOS QUIRURGICOS CORRECTIVOS.

I.- ALVEOLO TOMIA.	119
A) Clasificación.	120
B) INDICACIONES.	125
a) Objetivos y Principios de la Alveoloplastia	126
b) Factores que influyen en la Alveolotomía	127
c) Consideraciones al Efectuar una Alveoloplastia	128
C) TECNICAS QUIRURGICAS	
a) Compresión Alveolar	128
b) Alveoloplastia Simple	129
c) Alveoloplastia Cortical Vestibular	134
d) Alveoloplastia de O.T. Dean	136
e) Alveoloplastia de Obwegeser	141
f) Reducción de Rebordo Serrado ó en Filo de Cuchillo	143
g) Reducción de la Línea Milohiodesa	146
2.- EXTIRPACION DE TORUS PALATINO Y MANDIBULAR.	150
A) Indicaciones	153
B) Ventajas y Desventajas de su Eliminación	154

C) Técnicas Quirúrgicas	
a) Torus Palatino	156
b) Torus Mandibular	163
3.- RESECCION DE HIPERTROFIAS DE LOS MA- XILARES.	167
A) Diagnostico Quirúrgico	168
B) Indicaciones y Contraindicacio- nes	169
C) Técnica Quirúrgica	170
4.- ELIMINACION DE EXOSTOSIS PALATINA - LATERAL	
a) Técnica Quirúrgica	172
 CAPITULO V. CONSIDERACIONES POST-OPERATORIA DE LAS TEC- NICAS QUIRURGICAS	 176
1.- DOLOR	176
A) Tratamiento	178
2.- INFLAMACION	180
A) Tratamiento	181
3.- INFECCION	185
A) Tratamiento	186
4.- HEMORRAGIA	
A) Tratamiento	188
5.- INSTRUCCIONES GENERALES	191
 CAPITULO VI. CONCLUSIONES.	 193

PROLOGO.

La elaboración de una prótesis, constituye actualmente dentro del campo de la Odontología una labor habitual que tiene, como sabemos, la finalidad de restituir en aquellos pacientes edéntulos su función anatómo-fisiológica.

Siendo en la mayoría de los casos tratamientos que logran llevarse a cabo sin mayor complicación que la que su elaboración misma involucra.

Pero existen desafortunadamente - para el paciente y cirujano dentista, en especial para el primero - ciertas anomalías o secuelas de tratamientos que preceden a estos trabajos, que impiden llevar a cabo la realización común del aparato dentoprotético que se pretende elaborar. Siendo en estos casos, y específicamente en aquéllos que involucran a los tejidos o elementos duros de los maxilares a restituir, los que constituyen la base del desarrollo de este trabajo.

En efecto, considerar las anomalías, ya sean adquiridas o congénitas que afectan a los tejidos duros tanto del maxilar superior como de la mandíbula, constituyen la base fundamental en la cual gira el desarrollo de esta Tesis. Para tal efecto se realizó un análisis de las características propias de dichas anomalías, considerando entre éstas, su etiología, desarrollo y conveniencia de llevar a cabo su eliminación mediante tratamiento quirúrgico, el cual como se observe se encuentra determinado en base a las indicaciones que se señalan en el presente trabajo.

De igual forma se consideran en esta tesis, la importancia que tienen: La Propedeutica, paso obligado que antecede a todo acto quirúrgico, y en la cuál forma parte inte

gral de la misma, la Historia Clínica, valiosísima fuente de información a considerar en la cual nos basamos para la correcta evaluación del paciente a tratar y la cual nos da la pauta para la emisión de un diagnóstico valioso y la captación de un pronóstico lo más exacto posible.

Se exponen de igual forma las diversas técnicas - que la Cirugía ofrece para poder llevar a cabo los tratamientos protéticos que en ausencia de tan valiosa Rama Odontológica - La Cirugía Bucal - no sería posible realizar. Se incluyen dentro de dichas técnicas aquéllas que se aplican a: La Exodoncia misma, a las que persisten como secuela de tratamientos exodónticos y de manera general a aquéllas que por etiología diversa o desconocida afectan a los maxilares. Se exponen igualmente los requisitos y principios fundamentales a seguir dentro de las especificaciones preestablecidas por la Cirugía y mencionando someramente, el instrumental y función que realiza éste para los diversos tratamientos a seguir. Se comentan también las consideraciones post-operatorias de los tratamientos desarrollados en la presente Tesis, lo que se considera complementa la finalidad de desarrollo de este trabajo.

El haber llevado a cabo la realización de la exposición que antecede, persigue la finalidad de señalar la íntima relación existente entre las diversas ramas medico-odontológicas, las cuales a su vez persiguen como único fin, --- actuar conjuntamente en los diversos trastornos o anomalías, proporcionando siempre un beneficio que repercute obviamente en favor de aquéllos pacientes que los padecen. Igualmente - pretende que se consideren todos y cada uno de los elementos que las constituyen, en especial la historia clínica así como de ésta cada una de las partes que la integran, pues es -

ésta sin lugar a dudas la pauta para anticipar el tratamiento tanto en pre-operatorio, como el acto quirúrgico propiamente dicho y las consideraciones inherentes a todo acto quirúrgico. Denotando así la importancia que se manifiesta en las diversas razas que se tratan, dada la interrelación existente con cada una de ellas para la resolución de un tratamiento exitoso ausente de complicaciones.

C A P I T U L O I.

=====

GENERALIDADES.

- 1.- Definición, Antecedentes y Objetivo.
- 2.- Indicaciones y Contraindicaciones de la Cirugía Preprotética.
- 3.- Relación de la Cirugía Bucal y la Prótesis.

DEFINICION.

Cirugía.-- Del Griego Cheir (mano), y Ergón (Trabajo): Es aquella parte de la Medicina que tiene por objeto -- curar las enfermedades del organismo humano por medio de instrumentos manejados con la mano.

A su vez la **Cirugía Bucal**, es aquella que se realiza en la cavidad bucal y sus anexos. Podemos decir que es -- aquella parte de la Rama Odontológica que trata del Diagnostico y tratamientos quirúrgicos de las enfermedades, heridas y anomalías de los maxilares y estructuras asociadas.

Su correcta aplicación al caso en particular que-- es motivo de este tema, es decir la **Cirugía Preprotética**, la definiría: como aquella preparación quirúrgica de la boca -- cuya finalidad es obtener mediante las diversas técnicas que la constituyen, la retención, estética, estabilidad y a ve - ces hasta la implantación de aparatos para la recepción optima de aparatos protéticos.

ANTECEDENTES.

Al iniciarse la construcción de prótesis completas, para el dentista el exámen de la boca en el paciente -- consistía principalmente en una inspección visual, ésto con el fin de determinar la presencia de algun diente o restos - radiculares; así mismo bastaba con una palpación mas o menos completa, que tenía como finalidad localizar en forma aproximada las superficies duras y blandas de los tejidos de sos-tén. En ese entonces las formaciones anormales de los rebordes alveolares, tales como protuberancias y socavaciones - - eran aceptadas como un obstaculo irremediable, asi como tambien las inserciones anormales de los musculos y la presen-cia de frenillos labiales; En efecto tales anomalías se con-sideraban como elementos anatómicos que en forma irremedia--ble no podian ser evitados al llevarse a cabo la elaboración de la prótesis.

Al ser consideradas estas anomalías en la forma -- descrita, y en virtud de que la construcción de Prótesis com-pletas constituye uno de los mas serios problemas de elabora-ción en la práctica odontológica y dada su importancia, la - Odontología se avocó con gran énfasis en el mejoramiento de su técnica obteniendo al pazo de los años una prótesis de -- elevada calidad, ésto gracias a la acción conjunta de profes--ionistas de alta capacidad, no solo de la rama odontologica sino tambien de la rama de la Ingeniería.

En efecto, la elaboración de las prótesis totales-- en sus inicios se realizaban sobre modelos obtenidos con téc-nicas a base de impresión de yeso; despues del vaciado de -- las impresiones y aun antes de ellos, se tomaba la prueba --

de mordida con materiales blandos, los cuales se usaban para relacionar los modelos llevandose posteriormente al eje de bisagra respectivo, fijando en esa forma la relación oclusal definitiva del caso. El ajuste oclusal era por pura conjetura y la retención en la prótesis superior era por medio de la tan usada cámara de succión. Las mejoras se inician con las técnicas de impresión al hacerse el ajuste muscular dentro de la boca, en compuesto de modelar, ésto al caer en la cuenta de que las interferencias musculares eran causa frecuente en la falta de asentamiento de la prótesis. Así mismo la apreciación de las variaciones de los recorridos condilares en diferentes pacientes y las variaciones de un lado y otro de la mandíbula en el mismo paciente, aunadas éstas al conocimiento de la relación entre inclinación condilar y la curva de Spee, conduce al entonces llamado articulador anatómico, como consecuencia los dientes fueron mejorados en su forma para que realizaran su función acorde con las innovaciones del articulador, éste fué el punto de partida para lograr prótesis completas casi a su mayor grado de perfección.

Dignos de mención especial en el avance logrado en la elaboración de dentaduras completas lo son : Gysi, dentista y Hansau, Ingeniero, los cuales uniendo sus esfuerzos en la investigación de mayores datos, lograron exitosamente dar a la rama odontológica grandes beneficios y aportaciones. Gracias a la acción conjunta de estos profesionistas y de muchos mas es que tenemos ahora numerosos instrumentos con los cuales podemos obtener independientemente, tres dimensiones= ajustes condilares y guía incisal para las oclusiones protusivas y laterales derecha e izquierda, las cuales son peculiares para cada caso en particular, manteniendose hasta --- nuestros días estos principios que son básicos en la elabora

ción de las prótesis totales o prostodoncias.

Así mismo con el advenimiento de la Radiología, - actualmente podemos mediante la impresión de series radiográ-
ficas realizar un estudio a fondo que nos permite llevar -
nuestro exámen de manera casi exacta a la estructura intima-
de los tejidos de sostén, y por medio de la Cirugía se han -
encontrado amplias formas de corrección, erradicando así las
formaciones anormales tanto de tejidos duros como blandos.

Efectivamente, con la aparición de la Cirugía se-
inicia una etapa en la Odontología que culmina con el benefi-
cio mutuo entre dentista y paciente.

Los inicios de la Cirugía se remontan a 3000 años
antes de J.C., fecha desde la que se mencionan problemas qui-
rúrgicos dentarios, sin embargo es en el Renacimiento cuando
se inicia la Cirugía Bucal como una especialidad definida al
separarse de la cirugía general. Como consecuencia del esta-
blecimiento de escuelas dentales, el descubrimiento de la --
Anestesia General y el esfuerzo de sus iniciadores, la Ciru-
gía Oral queda desde el siglo XIX como una disciplina espe-
cializada.

A James Garretson (1829-1895), que ha sido llamado
"El Padre de la Cirugía Oral", por haber sido quien le dio -
el nombre a la especialidad y por haberse dedicado con gran-
interés en ella, introduciéndola con gran entusiasmo y promo-
viéndola de igual manera en el Dental College de Filadelfia
desde 1854, se debe el auge que adquiere la cirugía en esa -
época. Así mismo a personas como Simón Hullihen (1810-1857)-
autodidacta que practica la cirugía dental y que se constitu-
ye con el paso del tiempo gracias a su destreza, en el pri--

mer especialista en Cirugía Maxilo Facial: a grandes autores como: Norman Kigsey (1829-1913), a Thomas Fillebrown (1836-1903), notable por su aportación a los métodos de anestesia y a muchos mas que son dignos de mención por sus aportaciones, se debe el gran avance obtenido; la contribución científica que surgió como resultado de sus investigaciones, arrojaron a la luz, beneficios de incalculable valor para acrecentar así la Rama que nos ocupa.

La gran cantidad de lesiones existentes en la Primera Guerra Mundial, -lesiones orales de impresionante magnitud-, determinó la necesidad de preparación de cirujanos para problemas orales, así al finalizar la guerra se establecen disciplinas de esta Rama y se reafirma su importancia en la Segunda Guerra Mundial, siendo ésta decisiva para el desarrollo de la cirugía oral, quedando en el siglo XX al fin reconocida como especialidad específica y necesaria.

La Cirugía Oral al igual que todas las ramas de la ciencia en sus diferentes especialidades, ha sido evolutiva y ha ido avanzando con el paso del tiempo y podemos afirmar categoricamente que el avance odontológico en sus diversas ramas se ve acrecentado por la aparición de la Asepsia, la Anestesia y los Rayos X, elementos sin los cuales en la actualidad no puede concebirse la práctica clínica.

Con el establecimiento de la Cirugía Oral y por la necesidad de las diversas ramas odontológicas que tienen íntima relación con ésta, se crea la Cirugía Preprotética como consecuencia de la diversa gama de anomalías que suelen presentarse para la elaboración y adaptación de trabajos protéticos. La presencia de esta rama de la Cirugía Oral viene a ser factor determinante en el auxilio de la Prótesis, ya de-

que su ausencia sin lugar a discusiones evitaría a un gran número de pacientes gozar de los beneficios que la rehabilitación de un aparato dentoprotético proporciona.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGIA PREPROTETICA.

La pauta para realizar un tratamiento quirúrgico preprotético se deriva de los requisitos que deben de reunir los procesos alveolares para la recepción adecuada de -- trabajos protéticos, dichos requisitos son los siguientes:

1.- Deben existir superficies planas con protuberancias sin bordes agudos, lo que ofrece ventajas a la estabilización de la prótesis.

2.- Proceso Alveolar suficientemente alto. Esto opondrá la necesaria resistencia a la fuerzas de masticación y evitará el desplazamiento horizontal.

3.- Paredes alveolares poco mas o menos perpendiculares a la cresta alveolar y solo poco inclinadas.

4.- Cresta Alveolar ancha. Permite mayor superficie horizontal de soporte y de mayor margen al montaje de los dientes en sentido vestibulo-lingual.

5.- En conjunto la cresta deberá tener buen -- curso horizontal y buena relación con el plano de relación.

6.- En Tejidos Blandos; la mucosa del lecho protético deberá tener escasa compresibilidad y movilidad, sin ser muy gruesa ó delgada. La primera provocaría un lecho móvil, en tanto que la segunda facilitaría la producción de dolores bajo la presión de la prótesis.

7.- No deberá interferir la función de la prótesis ni las inserciones musculares ni los pliegues de la mucosa.

8.- Las partes blandas adyacentes de labios, --

lengua y carrillos no deben verse disminuidas ni en su distensibilidad ni en su movilidad. Esto contribuye a mejorar su función de retención.

9.- Las posiciones de las crestas alveolares y -- sus relaciones espaciales reciprocas en las direcciones horizontal, vertical y transversal deberán favorecer la restauración de buenas condiciones de articulación.

Las indicaciones preparatorias quirúrgicas resultan de las exigencias listadas, así podemos entonces decir que está indicada ante la ausencia de dichos requisitos, es decir al existir cualquier estado patológico que interfiera a la colocación de la prótesis.

Podemos señalar considerando la base de esta Tesis, las siguientes indicaciones:

- a).- Piezas dentarias anquilosadas
- b).- Apices Dentarios retenidos
- c).- Apices fracturados

Así mismo consideraremos las irregularidades del Reborde Alveolar:

- a).- Retentivo Agudo
- b).- Salientes Oseas Irritativas.

Otro tipo de anomalías son:

- a).- Presencia de Torus Palatino
- b).- Presencia de Torus Mandibular
- c).- Hipertrofias de los maxilares

Los dos primeros grupos podemos considerarlos como anomalías adquiridas, en tanto que el grupo mencionado -- enunciado posteriormente lo podemos clasificar como anomalías congénitas o de etiología oscura.

Para cada caso en particular existen técnicas específicas para la resolución adecuada de los problemas mencionados.

CONTRAINDICACIONES.

Las podemos clasificar a las contradicciones como GENERALES Y LOCALES.

GENERALES:

- a).- Cardiopatías Avanzadas
- b).- Tuberculosis Aguda
- c).- Enfisema Avanzado y Crónico
- d).- Discrasias sanguíneas severas
- e).- Epilepsia y Parálisis avanzadas
- f).- Enfermedad de Parkinson (casos avanzados)
- g).- Diabetes
- h).- Nefritis
- i).- De manera general los padecimientos sistémicos que pudieran provocar en el paciente complicaciones mayores que las que involucra su tratamiento.

Las locales han de ser consideradas de acuerdo a la valoración que nos proporciona un juicio valedero apoyado en nuestro estudio preoperatorio, en base al cual consideraremos principalmente:

- a).- Desdentados totales con severas reabsorciones progresivas y atrofia de los rebordes en ambos maxilares como consecuencia de lo anterior observaremos: Apofisis Geni sobresalientes del reborde; b).- Líneas Oblicuas externas en igual posición, es decir sobre el reborde alveolar; c).- Agujeros mentonianos Emergiendo igualmente en la parte superior del reborde. etc. Consideraremos también la extensión, grado de volumen, infecciones existentes y probabilidades de éxito según la tolerancia y actitud del paciente consideran

do el caso de que se trate.

Hemos de tomar en cuenta que las contraindicaciones generales mencionadas pueden en ocasiones ser consideradas en relación estrecha con el médico que se encuentra atendiendo los diversos padecimientos sistémicos enunciados; el control adecuado de éstos podría en un caso dado permitirnos proceder quirúrgicamente, obteniendo un pronóstico favorable para aquellos pacientes que se someten a la terapia indicada. Esto claro está cuando sea diagnosticado el padecimiento como controlable, lo cual se obtiene con el estudio propedeutico indicado en todo caso de cirugía, el cual es punto a tratarse en un capítulo aparte del presente tema.

RELACION DE LA CIRUGIA BUCAL Y LA PROTESIS.

La medida del éxito o el fracaso en la elaboración y colocación de prótesis totales, es esencialmente subjetiva para determinados casos, pero ha quedado claramente especificado que existen causas generales o particulares que dan origen a dificultades o imposibilidades de construcción de protodoncias, y que éstas las constituyen las diferentes anomalías anatómicas que se observan gracias al estudio previo a la elaboración de la prótesis en sí. En efecto a través de un minucioso examen bucal y un detallado estudio radiográfico de las estructuras de sostén podemos percatarnos del estado que presenta el paciente, y que puede ser favorable o contrario a nuestros intereses de elaboración; en estos casos se observarán hipertrofias de tejidos duros o blandos ó bien de ambos, de igual manera pueden presentarse diversos tipos de anomalías que impedirían la estabilidad, adaptación y comodidad de la prótesis, constituyendose así en un problema severo para el portador de la misma.

Para cada caso en particular existe una solución quirúrgica que requiere de una indicación y técnica específica, la aplicación correcta de estos principios mejorará los resultados y nos rendirá el máximo de beneficios, pues al reducir al máximo estas anomalías obtendremos un proceso alveolar con características anatómicas que permitan la colocación de la prótesis total.

La Cirugía Bucal viene a constituirse como un factor mas en la preparación de la boca, que por diversas razones pudiera representar un problema en la elaboración de una protodoncia total convencional, su presencia en estos casos

es el unico medio que le permite al paciente edéntulo, ver - restituida la función anatómo-fisiológica perdida y que por-
diversas causas o anomalías no podría obtener una adaptación adecuada, siendo su elaboración en estos casos mas perjudicial que benéfica.

La relación de la Cirugía Bucal y la Prostodoncia queda resumida en la especificación misma que se hace de esta importante rama de la ciencia médica

En efecto, actualmente a la aplicación de la Cirugía en la preparación de la boca para adaptación de Prótesis se le denomina Cirugía Preprotética, involucrando sin necesidad de profunda explicación en su mismo nombre, que es un -- factor mas -en relación tambien con otras ramas de la Odontología- en la elaboración de Prostodoncias totales, asi como de prótesis parciales. Gracias a la cirugía preprotética es posible lograr la adaptación y estabilidad necesarias, pudiendo aplicar así sobre los procesos quirúrgicamente tratados la prótesis que permitirá restituir al paciente sus funciones perdidas y obtener de igual forma un resultado estético satisfactorio.

Asi pues Cirugía Bucal y Protesis se vienen a constituir en una sola disciplina, que aplicada al caso en particular que nos ocupa tiene como unica finalidad unirse en sus especialidades para eliminar hasta el grado maximo posible - los obstaculos anatómicos que impedirían al paciente edéntulo gozar de los beneficios que se obtienen con tratamiento - brindado por la prostodoncia.

CAPITULO II.

=====

CONSIDERACIONES PRELIMINARES PARA LA PREPARACION QUIRURGICA.

- 1.- Conceptos de la Historia Clínica.
- 2.- Exámen Clínico General
- 3.- Exámen Oral.
- 4.- Exploración Visual Perioral
- 5.- Exámen de Palpación.
- 6.- Exámen Radiográfico
A).- Interpretación Radiográfica.
- 7.- Diagnostico, Indicación del Pronostico y Tratamiento.

II.- CONSIDERACIONES PRELIMINARES PARA LA PREPARACION QUIRURGICA.

1.- CONCEPTOS DE LA HISTORIA CLINICA.

El establecimiento del estudio propedeutico en la - Cirugía Bucal, dará siempre la pauta para instituir un tratamiento adecuado en el paciente al conocer su padecimiento en base al diagnostico integral que se realice. La importancia de la Historia Clínica es un hecho innegable que todo clinico debe de reconocer, de ahí la necesidad de su realización en todos y cada uno de los casos en que la cirugía tenga intervención.

La Propedeutica, es decir el estudio de un paciente utilizando el interrogatorio y la exploración clínica, se -- inicia con la historia clínica, la cual nos referirá el reco nocimiento específico del paciente a tratar, ésto en virtud de que cada enfermo constituye un caso unico y su reconoci-- miento será diferente aunque padezca la misma enfermedad, -- atendiendo así enfermos y no enfermedades, lo que nos permiti-- rá brindar diagnosticos cuidadosamente estudiados y ejecu-- tados que repercutirán en mayores beneficios para el pacien-- te.

La Historia Clínica deberá de contener la mayor -- cantidad de datos que el paciente pueda referirnos lo que in fluirá en la sistematización de su exámen, ayudandonos a razonarlo, así mismo adquiere en su caso el deslinde de respon-- sabilidades en una no deseada situación legal.

Al paciente que se presenta con nosotros ya sea re ferido o recomendado, se le hará una ficha de identificación que habrá de contener los siguientes datos:

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, Ocupación (indole de trabajo) y fecha de la historia clínica.

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Estos datos pueden ser proporcionados a travez del interrogatorio directo o indirecto (en casos de personas incapacitadas); incluirá todos los datos referentes a los parientes sanguíneos del paciente, son de importancia los antecedentes de: Lueticos, Diatésicos, Fímicos, Alergicos, causas de fallecimiento y en las personas que viven los padecimientos que presentan.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Los podemos clasificar en: Patológicos, No Patológicos y Transfusionales.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

Se incluirán todos aquellos que pudieran tener influencia en una intervención quirúrgica (Lueticos, Diatésicos, Fímicos, así mismo se considerarán traumatismos, mutilaciones, alergias (a radiaciones, a la penicilina, alimentos. etc); se incluirán tambien:

Enfermedades Infantiles: Sarampión, Tosferina. etc

Enfermedades de la Adolescencia (Amigdalitis de repetición, fiebre reumatica. etc.).

Enfermedades en Adultos: Operaciones varias (Apendicectomias. etc.).

Enfermedades Seniles: Gota, etc.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.

Etilismo, Tabaquismo, Interrogatorio acerca de la habitación, alimentación (cantidad y calidad), vestido, habitos e higiene personal.

ANTECEDENTES TRANFUSIONALES.

Se interrogará si ha recibido alguna transfusión.

CAUSA DE LA CONSULTA.

El paciente puede llegar a nosotros por una recomendación o ser referido, debiendose en ese momento interrogarlo acerca de su:

PADECIMIENTO ACTUAL.

Se referirán los principales sintomas, enumerando las molestias principales, respecto a éstas se verá el cuadro clínico inicial, la fecha del comienzo, la causa aparente descripción y análisis de los sintomas, asi como la evolución de cada uno de ellos y el estado actual de los mismos.

A continuación procedemos a realizar:

ANALISIS DE APARATOS Y SISTEMAS.

Este lo realizamos a travez del interrogatorio al paciente de la siguiente forma:

APARATO DIGESTIVO.

Se le interrogará con respecto a: El apetito (anorexia), transito esofágico, Dispepsia, dolor, transito intestinal, caracteres de evacuación (presencia de restos alimenticios, color, parasitos etc.). Ictericia, nausea, vomito,--

regurgitaciones, eructos, salida de gases, dolor en la cavidad oral y si existen síntomas asociados con éste, etc.

APARATO RESPIRATORIO.

Obstrucción nasal, epistaxis, tos (aislada o accesos), expectoración (cantidad, color, olor, si son sanguinolientas, mucosas o purulentas), hemoptisis, dolor en la parte posterior (si es durante la inspiración o la expiración), disnea, cianosis, disfonía, etc.

APARATO CIRCULATORIO.

Disnea, dolor, cianosis, palpitaciones, edema, insuficiencia venosa, insuficiencia arterial, lipotimia, síncope, colapso, choque etc.

APARATO URINARIO.

Diuresis en 24 horas; número de micciones, características de las mismas (color, presencia de cuerpos anormales y sedimentación), éstas son características de la orina que deben de interrogarse), la incontinencia, disuria, dolor lumbar, hematuria, etc.

APARATOS GENITALES (REPRODUCTOR)

Ciclo menstrual, menarca (fecha de iniciación de menstruación), síndrome premenstrual, menstruación, metrorragias, leucorrea, embarazos (eutósicos o distósicos), abortos (provocados o no), etc. todo esto obviamente en la mujer.

En el hombre: Inicio de la pubertad, padecimientos en genitales, libido y perturbaciones sexuales.

SISTEMA ENDOCRINO

Perturbaciones somáticas, desarrollo estatural, -- evolución de la curva ponderal, problemas de diabetes, bocio acne, hipertricosis, etc.

HEMATICO Y LINFATICO.

Se observará si existen manifestaciones de anemia hemólisis, tendencia hemorrágica, menor resistencia a las infecciones, adenopatía, etc.

SISTEMA NERVIOSO.

Movilidad, parálisis, parestesias, temblores, atrofias, sensibilidad a la anestesia, hiperestesia, algias, cefaleas, trastornos de la personalidad, insomnio (causa), excitabilidad, depresión, ansiedad, memoria, etc.

Así mismo consideraremos dentro del sistema nervioso el interrogatorio correspondiente a los órganos de los sentidos:

OJOS: Sensación de ardor, lagrimeo, sensación de visión borrosa, trastornos de la visión, miopía, etc.

OIDO: Trastornos en la percepción de los sonidos

OLFATO: Trastornos en la percepción de olores

GUSTO: Modificación de las percepciones gustativas en general.

MUSCULO ESQUELETICO.

Limitación de movimientos, algias, rigideces musculares, atrofia, deformaciones articulares, dolores articulares y musculares, pérdida de la tonicidad muscular, etc.

PIEL Y ANEXOS.

Piel, mucosa y anexos de los mismos (color, presencia de manchas, tinte, etc.).

Aunado a este interrogatorio habrá de realizarse la exploración clínica correspondiente en la cual habremos de valorar el estado general del paciente, ya de que de manera general podemos decir que la historia clínica que realizamos previamente a una intervención quirúrgica oral se basa principalmente en el interrogatorio pues el examen clínico pesa a que se efectúa no se realiza en su totalidad, sin embargo deben de ser considerados los conceptos que la constituyen -- dada la importancia de su conocimiento.

Este examen incluye en su realización:

La Inspección visual (exploración visual), la cual puede ser:

Directa: Utilizando solo la vista, O;

Indirecta: Utilizando algun instrumento.

La Palpación, la auscultación (directa o indirecta) o sea: aplicando el oido directamente o mediante el uso de estetoscopio, la medición, la percusión, y de manera general los metodos de exploración necesarios para la realización de un examen clínico completo (puncion exploradora, esofagoscopia, sondeos, etc.).

Enumeremos a continuación aunque someramente los elementos que constituyen la exploración física y la finalidad de su desarrollo.

A travez de la inspección general observaremos:

Sexo y edad aparente en primer termino

a).- Constitución: Grado de robustez (debil, mediana y fuerte).

- b).- Conformación: Proporción entre los segmentos - del cuerpo.
- c).- Actitud: Postura que adopta el organismo, dicha postura puede ser escogida o forzada.
- d).- Facies: Agónica, Febril, peritoneal, etc.
- e).- Movimientos anormales: convulsiones (tónicas o clónicas), temblores (atetósicos) y Tics.
- f).- Marcha: Unilateral, bilateral y claudicante.
- g).- Estado de la conciencia.

EXPLORACION FISICA.

CABEZA.- Se realizará la inspección para determinar del craneo su:

Forma: Normocéfalo, Braquicéfalo o en Quilla

Volúmen: Macrocefalo ó Microcefalo

En pelo: alopecia, calvicie

En la Piel: ictericia, se examina en cabeza igualmente: Ojos, Oídos, Nariz, etc.

Se considerará como se dijo al iniciar los conceptos de la historia clínica, uno de los elementos que la --- constituyen para seguir con nuestro exámen, es decir la palpación, por medio de ésta se podrá determinar la existencia de: Tumorações oséas, hundimientos y hematomas, así mismo en los recién nacidos se realizara la palpación de las fontanelas anterior y posterior. En el estudio correspondiente a la cabeza se incluyen: Encía, dientes, lengua, faringe y Amígdalas, pero dado que dichas estructuras corresponden al campo específico del cirujano dentista habrán de ser analizadas posteriormente en forma detallada.

CUELLO.- Se realiza a travez de la palpación, auscultación e inspección, a travez de éstas podemos observar - las modificaciones de forma y volúmen, la palpación nos per-

mite a su vez la corroboración de la inspección, determinando la presencia de aneurismas, Thrill, etc. por su parte la auscultación se realiza directamente sobre los vasos para apreciar las radiaciones o lesiones cardíacas hacia los vasos. Se examina igualmente en esta región: La laringe, Traquea, Tiroides y vasos y Ganglios (deformaciones, movilidad y puntos dolorosos), éstos últimos igualmente los consideraremos como propios del campo de la estomatología por lo cual también habrán de ser considerados con mayor amplitud mas adelante.

APARATO RESPIRATORIO.- Para la exploración física de este aparato se utilizan: La inspección, auscultación, palpación y la percusión.

A través de la inspección podemos determinar el tipo de torax: Normal, Fímico o Raquitico. Desviaciones de la columna vertebral: Lordosis, Escoliosis y Sifosis.

Así mismo realizamos gracias a la inspección el estudio de los movimientos toraxicos: Expansión y Restricción.

La palpación revelará así mismo datos que la inspección nos ha permitido obtener, como lo es el movimiento de ampliación que es: Superior e inferior. ésto para determinar si existe en uno o ambos hemitorax algun padecimiento.

La percusión la empleamos para determinar la sonoridad pulmonar, ésto es importante ya de que la disminución o aumento nos permite determinar la presencia de padecimientos diversos, por ejemplo: Un derrame pleural o un enfisema (dilatación de los bronquios) nos otorgan respectivamente la disminución y aumento de dicha sonoridad.

La auscultación se debe de realizar de la parte superior a la inferior, siendo comparativa al efectuarse. Al ruido obtenido se le denomina murmullo respiratorio y se - -

caracteriza por su:

Intensidad: (Velocidad con que el aire penetra a la glotis y la pared toraxica)

Ritmo: (lo constituye el ruido aspiratorio y expiratorio).

Timbre (caracter de un soplo).

El murmullo igualmente puede estar aumentado y se le denomina intenso o reforzado; como sucede en alteraciones patológicas, el murmullo tambien se ve afectado por ejemplo: En la neumonia la intensidad disminuye dificultando la auscultación, en obliteraciones bronquiales el murmullo es grave y puede incluso estar abolido, en fin en los estados patológicos el murmullo se modifica en sus características lo que nos permite diagnosticar el padecimiento.

Aparte de este exámen que se debe realizar en las caras laterales, anterior y posterior del torax en hombre y mujer, en ésta se deberá efectuar tambien un exámen en glándulas mamarias con la finalidad de detectar a travez de la palpación la posibilidad de captar posibles masas o tumora-- ciones.

CARDIOVASCULAR: Se realizará la inspección de la zona para observar si existe deformación regional, se efectúa el chequeo de latidos; con la palpación se pretende saber la situación del apex, vibraciones, Thrill, tipo de choque, fro-- tamientos, etc. Así mismo obtendremos con el exámen de este sistema: forma y disminución del aréa en sitios anormales. - Con auxilio de la auscultación captaremos a su vez: Frecuencia y ritmo, irradiaciones, modificaciones con cambios postu-- rales y con la respiración.

GASTROINTESTINAL Y ABDOMEN: Se realizará la ins --

pección correspondiente para determinar: Forma, volúmen, --- circulación colateral, cicatriz umbilical, cicatrices que -- puedan existir, la distribución del vello y reflejos cutaneos se realizará la palpación para determinar algun problema en visceras, localización de masas tumorales, orificios inguinales, orificio umbilical y orificios tumorales. Realizaremos asi mismo la percusión del aréa hepatica y el exámen de distribución de gases y liquidos (escitis).

En la auscultación: Ruidos intestinales, soplos - vasculares y latidos cardiacos fetales.

Otros en Abdomen: Exploración rectal, organos genitales, exploración vaginal y columna vertebral.

EXTREMIDADES.- Piel, edema, venas y arterias, ganglios, articulaciones, huesos, sensibilidad y movilidad, asi como reflejos, equilioma, plantas, etc.

De manera general éstas son las características - que presenta un estudio propedeutico completo, como se pudo observar y segun lo antes mencionado, existen diversos puntos que no son desarrollados, de ahí que solamente se haya - hecho su enunciado.

Asi mismo hemos de considerar que la base que precede al estudio preoperatorio en la cirugía oral lo constituye el interrogatorio y la importancia de las respuestas que se deriven del mismo. La captación de dichas respuestas y -- nuestros conocimientos adquiridos nos permitirán emitir un - diagnostico valadero, asi como tomar las providencias indicadas en caso de detectar la presencia de algun padecimiento - existente, es igualmente de gran importancia en estos casos - el auxilio de los diferentes análisis clínicos y pruebas de laboratorio que nos permiten confirmar en caso de sospecha -

la presencia o ausencia de algun estado patológico.

A continuación hacemos un enunciado de diversas - preguntas que considero son un valioso auxiliar en la realización de un diagnostico.

La importancia de cada una de ellas deriva de las respuestas afirmativas dadas por el paciente, así como de -- los datos complementarios a la misma que puedan proporcionar nos. Dado que en ocasiones los pacientes no tienen la suficiente capacidad para referirnos estos datos, el interrogatorio deberá de realizarse segun las circunstancias que se presenten, dando lugar a nuevas preguntas hasta lograr la información correcta pertinente. Este cuestionario puede adaptarse de acuerdo a las respuestas proporcionadas, siendo el criterio del cirujano dentista el que deberá de dirigir el interrogatorio de manera tal que le proporcione los datos necesarios para emitir su diagnostico.

Este interrogatorio lo podemos considerar en nuestra historia clínica en el renglón correspondiente a "Antecedentes Patologicos".

Reiteramos que su desarrollo es en base a las respuestas positivas, por lo cual trabajaremos en su desarrollo considerando la trascendencia que implican dichas respuestas

Las primeras preguntas persiguen la finalidad de conocer por parte del propio paciente su estado de salud pasado y actual.

1.- Padece alguna enfermedad?

Siendo afirmativa la respuesta se preguntará al paciente acerca del problema, esto puede ser en vano o utilpero nos aclarará la naturaleza del padecimiento. El cuestio

nario en preguntas posteriores nos proporcionará una información mas completa y específica.

2.- Se encuentra bajo tratamiento medico?

Se preguntará el tipo de padecimiento y terapéutica empleada, para considerar las medidas necesarias, igualmente nos permite conocer su estado de salud actual.

3.- Cuando fué su ultimo reconocimiento físico?

Es complementaria de la pregunta anterior?

4.- Ha padecido enfermedades graves?

Se considerará para el conocimiento de su estado de salud pasado, dichos antecedentes pueden darnos la pauta al considerarlos en el momento de emitir nuestro diagnóstico y realizar nuestro tratamiento, el conocimiento de la secuela del padecimiento es igualmente importante.

A continuación se enumeran una lista de enfermedades o padecimientos, de los cuales su respuesta afirmativa presentará las consideraciones que se mencionan a continuación de cada una de ellas.

A.- Fiebre Reumática o Cardiopatía Reumática

En virtud de que este padecimiento se asocia con lesiones de las valvulas cardiacas, estos pacientes deberán de recibir medicamentación profiláctica y antibiotica antes de cualquier intervención.

B.- Lesiones cardiacas congénitas

Igualmente requieren de medicamentación profiláctica y consulta del caso con el medico de cabecera para un control adecuado y poder garantizar seguridad en la intervención a realizarse.

De manera general éstas consideraciones habrán de ser consideradas y tomadas en cuenta en: Enfermedades cardiovasculares, (trastornos cardiacos, ataques cardiacos, Insufi

ciencia coronaria, Tensión arterial elevada, arterioesclerosis, etc.).

La presencia de dolor en el pecho despues de realizar esfuerzos, falta de aliento en ejercicio moderado, hinchazón de tobillos, dificultad respiratoria al estar acostado (Ortopnea), son sintomas de enfermedades cardiacas, las que pueden ser respectivamente con los sintomas descritos: Angina de Pecho (por alteraciones arterioescleroticas de los vasos coronarios), enfermedad valvular por aumento de la presión, e insuficiencia cardiaca congestiva. Dado el estado de estos pacientes es recomendable que en la entrevista inicial el dentista se avoque solamente a la historia clínica, examen oral y estudio radiográfico, poniendose en contacto con el medico de cabecera, para saber en caso de que dicho paciente esté tomando determinados medicamentos, conocer cuales son para poder determinar el tratamiento a seguir en su terapeutica pre y post-operatoria.

C.- Alergia

Nos ayuda a determinar la presencia de diatésis hemorragicas.

D.- Asma o Fiebre de Heno.

Se puede determinar el paciente que la padezca, - la respuesta que tendra a los anestésicos locales y tópicos (codeína, barbituricos, yodo, antibioticos, etc.).

E.- Urticaria y Erupción Cutanea

Igualmente habrán de considerarse las precauciones debidas ante la sustancia quimica de medicamentos a aplicarse.

F.- Desvanecimientos y Ataques

En caso de existir en la historia clínica referencias de desvanecimientos frecuentes, deberá de remitirse al -

paciente con el especialista indicado para determinar la posibilidad de algún padecimiento del Sistema Nervioso Central en caso de ataques epilépticos la aplicación de un sedante - que preceda a una intervención podría evitar la presencia de un ataque durante dicha intervención o tratamiento, además - su conocimiento nos permite determinar igualmente el porque de hallazgos orales, tales como: Hipertrofia gingival (a -- causa del Dilantin que suele recetarse a estos pacientes), - así como la presencia de heridas o cicatrices linguales.

G.-/ Diabetes

Ante la presencia del síndrome conocido (sed con - frecuencia, sensación de sequedad en la boca, necesidad de - orinar, características de la orina, color, olor, etc.). podemos considerar la presencia de diabetes mellitus. En estos casos la intervención quirúrgica se planeará en relación con la administración de insulina, estando sobre aviso ante la - posible aparición de un coma diabético o un choque insulínico, ésto en pacientes con diabetes conocida.

En pacientes no controlados se efectuarán solamente los tratamientos urgentes, dejando el de elección hasta - existir un control favorable del caso.

H.- Hepatitis, Ictericia o Enfermedad Hepática.

Si existe en paciente referencia de enfermedad hepática, es necesario tomar la precaución debida para el cuidado del instrumental empleado, así mismo pueden existir alteraciones en prothrombina (existiendo insuficiencia para mantener los niveles hepáticos normales), lo que ocasionaría -- consecuencias como: hemorragias anormales.

I.- Artritis

Podría ésta aunque no necesariamente afectar a la articulación temporomandibular, existiendo consecuentemente

dolor y limitación de movimientos. Esto es importante porque suelen tomar ácido acetil salicílico en dosis elevadas lo que podría ocasionar alteraciones hemorrágicas debiendo considerarse para el momento de realizar la intervención quirúrgica.

J.- Reumatismo Inflamatorio

Esta origina tumefacción dolorosa sobre las articulaciones, se deberá verificar si está en relación con la fiebre reumática (lo que produciría lesiones valvulares cardíacas), este padecimiento suele ser tratado con aspirinas o esteroides. Igualmente como en el caso anterior se deberá de considerar el efecto anticoagulante del analgésico y en el caso de los esteroides habrá de considerarse la ausencia de algún proceso inflamatorio que no pueda ser captado por la misma causa de la medicamentación.

K.- Úlceras Gástricas

Debido a la restringida dieta ocasionada por las úlceras pueden existir signos y síntomas de déficit nutritivo, la dieta blanda igualmente puede de manera general llegar a originar: Lengua saburral, asimismo medicamentos para la úlcera gástrica suelen ocasionar resequecedad bucal, la correcta información nos permitirá pasar por alto dichos síntomas.

L.- Trastornos Renales

No deberán de efectuarse tratamientos quirúrgicos con pacientes con nefritis aguda o activa, en casos sumamente urgentes se realizarán previamente medicamentados por antibiótico. De igual manera se deberán de eliminar necesariamente las infecciones orales en pacientes con afección renal pues generalmente la glomerulonefritis aguda suele aparecer después de este tipo de padecimiento, así mismo consideraremos que la estomatitis suele ser un síntoma tardío que acom-

paña al paciente gravemente enfermo en casos de uremia.

M.- Tuberculosis.

Aunque es muy raro pueden descubrirse lesiones tuberculosas en cavidad oral, ésta enfermedad al ser diagnosticada nos obliga al uso necesario de mascarilla y medidas pertinentes para evitar el contagio.

N.- Tos Persistente y Espectoración Sanguinolienta.

Dicho síntoma puede indicar: Tuberculosis, Carcinoma Pulmonar o cualquier otra enfermedad crónica. Deberá remitirse a dicho paciente al médico antes de iniciarse cualquier tratamiento, a excepción solo del verdaderamente urgente.

O.- Enfermedades Venereas.

Sífilis. Se deberá realizar un estudio serológico para descartar la enfermedad activa.

P.- Hemorragias Anormales o Dismocracias Sanguineas

Es de gran importancia en la Cirugía conocer la tendencia hemorrágica del paciente, dado que pueden existir diferentes anomalías tales como: Deficit de Vitamina K Primario o secundario, padecimiento hepático, Purpura Trombocitopenica, hemofilia o cualquier otro tipo de dismocracia; es necesario entonces, pues con el interrogatorio no basta, ordenar para una mayor seguridad antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, el análisis correspondiente que deberá de incluir en su elaboración: tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina y tromboplastina, recuento de plaquetas, etc. en fin deberá de ser un análisis completo; pudiendo con los resultados de dicho análisis actuar con toda seguridad en nuestra intervención

Q.- Antecedentes Transfusionales.

Nos pueden revelar signos de algun tipo de discrasia y puede ofrecer otra posibilidad de descartar una tendencia hemorrágica.

R.- Trastornos de la Sangre

Como se ha mencionado en el punto P, la información que nos proporcione al respecto el paciente habrá de ser corroborada a través de los análisis clínicos de sangre correspondientes.

S.- Aplicación de Radioterapia.

Esto es de importancia dado que el dentista debe informarse debidamente para la interpretación de hallazgos orales que pueda encontrar, siendo igualmente importante averiguar si ha existido radioterapia en hueso facial, pues en caso afirmativo estará contraindicada la intervención quirúrgica que afecte al tejido óseo, ya de que la disminución del riego sanguíneo podría originar una osteoradionecrosis. Asimismo a los pacientes con antecedentes de neoplasias deberá realizarseles un meticuloso examen previniendo la aparición de cualquier recidiva.

Respecto a la medicamentación o Terapéutica, existe el siguiente interrogatorio que también es de gran importancia por la interrelación que pueden encontrarse o tener entre sí, ya de que algunos medicamentos al aplicar el conocimiento de su acción pueden ser favorables o desfavorables al tratamiento que habremos de proporcionar al paciente.

Así pues con respecto a la medicamentación consideremos a:

a).- Antibióticos o sulfamidas.

Deberá investigarse el porque de la terapéutica indicada a dichos medicamentos, solicitando incluso en caso ex

tremo información al médico que la ha prescrito.

b).- Anticoagulantes.

La respuesta afirmativa nos indicará padecimientos como: Ataques Cardiacos o enfermedades vasculares periféricas. Se requerirá de un estudio especial si precisa de una intervención quirúrgica, debiendo existir un tiempo de retraso sobre el tratamiento de cuando menos 2 meses, dicho tratamiento será en contacto directo con el medico de cabecera.

c).- Medicamentos para Presión Sanguínea Elevada.

Requiere de la colaboración del medico de cabecera y el Cirujano Dentista, ya de que sin duda alguna el primero habrá prescrito: Nitroglicerina, Digital o Diureticos; con auxilio de éste, el Cirujano Oral podrá premedicar un sedante para reducir al maximo la excitación y reacción de las maniobras que involucra una intervención quirúrgica.

Dado que los tranquilizantes igualmente se consideran como auxiliares de la hipertensión, se deben administrar pero bajo la debida observación por sus efectos colaterales y su acción sinérgica (suelen presentarse espasmos musculares, disminución de la secreción salival, congestión nasal y principalmente pueden sufrir desmayos tardando demasiado en recobrar la conciencia), todos estos datos deben ser considerados y captados para ser analizados en la forma debida para evitar cualquier inconveniente al realizar nuestra cirugía.

d).- Cortizona (Esteroides).

En su aplicación puede existir supresión en la corteza suprarrenal y verse disminuida su resistencia orgánica ante el stress que precede a una cirugía, igualmente existe la posibilidad de que este medicamento oculte síntomas o signos de infecciones severas a causa de su acción an-

ti-inflamatoria. Igual que otros medicamentos requeriremos-- de la asistencia del medico que la ha prescrito.

e).- Tranquilizantes.

Sus reacciones secundarias son las que deben de -- considerarse principalmente, ya de que en el uso de tranquilizantes mayores suelen existir: Desmayos de difícil recuperación (Fenotiazina), Hipotensión Ortostática (Clorpromazine), pudiendo provocar incluso un síncope al paciente, otros signos han sido considerados en punto C.

f).- Acido Acetil Salicilico

Su acción antocoagulante nos indica las precauciones a considerar en caso de propension hemorragica ocasionada por su acción.

g).- Insulina, Tolbutamida o similares.

Su uso indica la presencia de Diabetes, consecuentemente habrán de ser consideradas las precauciones mencionadas en el punto correspondiente.

h).- Digital, Nitroglicerina (Otros Preparados Cardiotonicos).

Su uso nos indica padecimientos cardiovasculares, deben ser consideradas las precauciones mencionadas anteriormente y recordar siempre la comunicación estrecha de estudio y terapeutica empleada con el medico de cabecera

En relación con los medicamentos a que hemos hecho alusión, existe la característica de la alergia hacia algunos de los mencionados, las precauciones a considerar en dichos casos son de vital importancia, por lo que mencionaremos las medidas pertinentes a realizar en tales casos; de -- los más importantes en el campo de la Odontología mencionaremos los siguientes:

1.- Anestésicos.

Considerando que la Cirugía no puede concebirse sin la anestesia, es de interés las reacciones que pueden presentarse al llevar a cabo su aplicación. Existen tres tipos de reacciones desfavorables a los anestésicos locales:

- a).- Psicógenos
- b).- Tóxicos
- c).- Hipersensibles

a).- El Primer tipo de reacción se debe a factores asociados de stress con experiencias medico-dentales anteriores desfavorables (ruidos, olores, visión de jeringas, etc.). Tratamiento: La amabilidad en el trato, el uso de sedantes e hipnóticos, así como la aplicación del anestésico en forma casi horizontal reducen al mínimo el problema o lo eliminan.

b).- Tóxicos.- Este Tipo de reacción es a consecuencia de la inyección intravascular rápida o debido al uso de volumen grande de droga. Sintomatología: Existe en estos casos: Excitación Inicial, signos de opresión, depresión del Sistema Nervioso Central, somnolencia, depresión de la respiración y convulsiones.

Tratamiento: Uso de oxígeno con mascarilla y bolsa, si la respiración es lenta o se ha detenido, deberá emplearse pentobarbital endovenosa (50mg/cc) en la menor cantidad posible para detener las convulsiones, en caso de hipotensión acentuada se administrará epinefrina (0.3 a 0.6 mg)(0.3 a 0.6 cc de solución al milésimo) por vía endovenosa o intramuscular. Se recabará la ayuda del médico.

c).- Las reacciones de Hipersensibilidad son raras y de carácter benigno o grave, las podemos clasificar en:

A).- Dermatitis de Contacto.- Se presenta sarpullido y erupción en la zona en que la droga entró en contacto con el tejido.

Tratamiento: Se administra antihistaminico por via oral y se evita el uso de la droga causante de la reacción.

B).- Enfermedad del Suero.- Se presenta entre el cuarto y el decimo dia.

Sintomatología: Suele presentarse fiebre, urticaria artralgias, erupción cutanea y linfadenopatía, ocasionalmente hay hinchazón de articulaciones y diarrea.

Tratamiento: sintomatico con aspirina y antihistaminico, rara vez se emplea la epinefrina y esteroides el curso de la reacción es benigna. Se debe explicar al paciente la naturaleza de la reacción y el tipo de anestésico que lo provocó, para que lo comente en casos posteriores y evitar así la misma situación.

C).- Reacción Anafilactica.

Es sumamente rara, es de reacción rápida y grave que amenaza la vida.

Sintomatología: Se caracteriza por la perdida súbita e intensa del tono vasomotor que augura schok profundo, - falta de pulso, disminución de la tensión sanguínea y respiración superficial e irregular.

Tratamiento: Hay que avocarse principalmente al refuerzo de la respiración y la circulación, esto se logra con la respiración artificial con oxigeno con mascarilla y balón o respiración boca a boca. La circulación se activa con masa je cardiaco a pecho cerrado y aplicación de epinefrina 0.3 a 0.6 mg. (0.3 a 0.6 cc al milésimo) en inyección endovenosa ó intramuscular. Está indicada la consulta medica inmediata.

La diferenciación del síncope y reacción de toxicidad

dad con las respuestas alergicas, son necesarias para poder dar al paciente la información necesaria correcta despues de dicha reacción, crear un antecedente por medio de una ficha que indique la causa de la reacción será de gran beneficio - para el paciente pues podría incluso segun lo mencionado anteriormente hasta salvarle la vida.

Consideraciones para el uso de anestésicos.

1.- En caso de haber existido alguna reacción, -- tratar de averiguar el caracter exacto de la reacción sufrida por el paciente, ya de que quizá se descubra una reacción no alergica, pudiendo administrar el anestésico local sin temor alguno

2.- Si conoce el paciente la droga que lo ha afectado, utilizar un agregado quimico diferente.

3.- Deben de evitarse la realización de pruebas - de sensibilidad en el consultorio, porque pueden presentarse reacciones graves, si en el curso de nuestra historia clínica existe alguna duda sobre la reacción del paciente, se deberá remitir a éste con un especialista para determinar el - anestésico local a utilizarse sin riesgo alguno.

4.- En el caso remoto de reacción alergica a todas las drogas anestésicas locales, el tratamiento dental quirúrgico podrá realizarse con anestesia general si es necesario.

A continuación por considerar de importancia el -- Tema, se enumeran los diferentes grupos que constituyen los anestésicos locales, para que en caso de existir reacción en uno de ellos se cambie a otro que pueda evitar dicha reacción, la siguiente lista se acompaña tanto de nombre comercial como genérico.

NOMBRE COMERCIAL

NOMBRE GENERICO.

I.- Esteres del Acido Paraminobenzoico:

EUTHIN	Butacaina
Duocaina	Procaina y Butetamina
Monocaina	Butetamina
Nesacaina	2 cloroprocaina
Novocaina	Procaina
Pontocaina	Tetracaina
Ravocaina	Propoxicaina

II.- Metaaminobenzoatos:

Prinacine	Metabutoxicaina
Unacaine	Metabutetamina

III.- Esteres No Aminobenzoicos

Kincaina	Isobucaina
Metycaine	Piperocaina
Oracaine	Meprilcaina

IV.- Derivados Anilínicos No Esteres

Carbocaina	Mepivacaina
Dynacaina	Pyrocaina
Xylocaina	Lidocaina

Estos son los grupos que constituyen a los Agentes - Anestésicos Locales, así mismo las desventajas y reacciones-mencionadas anteriormente son los puntos mas relevantes en - relación con tan importante rama dentro del campo de la Odon- tología, y específicamente de la Cirugía Bucal.

PENICILINAS.- Al igual que otros medicamentos puede- producir reacciones desfavorables tales como: Reacciones To- xicas, signos de hipersensibilidad como; erupción cutanea, -

prurito, disnea, etc. en dichos pacientes cuyas reacciones se manifiestan con este antibiotico, el medicamento de elección lo constituyen los Macrolidos.

SULFAMIDAS.— Por ser un medicamento que no suele tener intervención en tratamientos dentales, no es muy usual su manejo, solo en caso de que se llegara a utilizar o ser necesario, se evitaria su uso si el paciente refiere ser sensible a ellos.

BARBITURICOS, SEDANTES Y TABLETAS CONTRA INSOMNIO

En caso de ser alergico a cualquiera de estos medicamentos es necesario saber el agente exacto, en casos de sedación se podra utilizar otro agente como: Clorhidrato de Meperidina (Demerol), el Clorhidrato de Prometazina (Fenergan) o el Etinamato (Valmid).

ASPIRINA.

Siendo una reacción muy rara, la que pudiera causar en forma directa el medicamento, nos avocaremos sobre la reacción que podria llegar a provocar (Gastritis), para evitar dicha reacción secundaria, se sugiere el uso del Clorhidrato de Propoxifeno (Darvón) simple o compuesto (con cafeina).

OTROS (YODO)

En caso de existir alguna reacción anormal al Yodo o a otro agente, deberá mencionarse claramente en la ficha clínica.

En relación con la mujer se habrán de plantear las siguientes preguntas:

a).— Se encuentra embarazada?

En inición de gestación puede existir alguna duda de cualquier forma a la mujer que declare estar embarazada.

se le deberá proteger con delantal de plomo si existe la necesidad de realizar un estudio radiográfico, igualmente podría suceder que la gestación se encontrara aunada con algun problema (cardiopatías, problemas renales, etc.). en estos casos la administración de algun medicamento no deberá de estar contraindicada en la paciente encinta pero debiendo existir siempre el adecuado balance de los mismos, es conveniente estar en contacto con el medico que atiende a la paciente antes de efectuar cualquier tratamiento dental o quirúrgico-oral.

b).- Trastornos del Periodo Menstrual.

En relación con éste, puede descubrirnos algun caso clínico y lo que es mas importante nos permite interpretar hallazgos orales.

EXAMEN ORAL.

Este exámen incluye en su realización; la inspección visual general perioral, oral, palpación de estructuras adyacentes, exámen oral propiamente y sondeo.

La inspección visual independientemente de los metodos complementarios que constituyen este exámen, nos ayuda a determinar la presencia de: Tumefacciones y ulceraciones - tanto en piel como en mucosa oral, tamaño y forma de lesiones ulceradas, alteraciones de color, lesiones cariosas avanzadas, etc.

La Palpación por su parte nos permite determinar - la consistencia y textura de un proceso patologico presente, nos ayuda a localizar o descubrir tumoraciones o masas subcutaneas, la utilizamos tambien para determinar la movilidad - dentaria.

El sondeo a su vez lo empleamos para detectar posi

bles bolsas parodontales, lesiones cariosas incipientes ocultas, localización y obstrucción de conductos de las glándulas salivales, comunicaciones oro-antrales, etc.

Como podemos observar los metodos de exploración - descritos son de gran importancia para la realización de --- nuestro exámen, el cual como mencionamos anteriormente por - ser propio de nuestro campo, detallaremos a continuación su procedimiento, éste deberá ser lo mas completo posible sin - pasar por alto zona alguna de los tejidos a examinar, de -- gran importancia es la evaluación que deberá de hacerse a -- los tejidos o zonas que servirán de soporte a las prótesis - totales, ya de que el resultado de dicha evaluación nos dará la pauta para el tratamiento a seguir y obtener el debido -- alojamiento al aparato dentoprotético.

PASOS DEL EXAMEN PERIORAL A TRAVEZ DE LA INSPECCION.

- 1.- Observación de piel en cuello y cara, para descubrir la presencia de ulceraciones, tumefacciones y manchas si existe desconocimiento de la naturaleza de las anomalías, se deberá remitir al paciente al medico o dentista especialista.
- 2.- Con movimientos de apertura y cierre, se realiza la observación de Articulaciones Temporomandibulares y movimientos mandibulares, para descubrir asimetrías; éstas nos indican la presencia de maloclusión, anomalías de la articulación temporomandibular o masas en tejidos blandos adyacentes a la mandíbula que afectan su movimiento, Tambien se --- aprecian las asimetrías observando los espacios interproximales de los incisivos anteriores superior e inferior, los cuales deberán coincidir en relación simétrica, en caso contrario nos determinará la asimetría.

PASOS DEL EXAMEN ORAL A
TRAVEZ DE LA INSPECCION.

10.- Observación de Labios y Mucosa Labial.- se realiza este exámen con los labios en eversión, tanto en superior como en inferior, en busca de posibles tumefacciones, -ulceras y manchas.

20.- Exámen de Encia Vestibular y Pliegues Vestibulares.- se realiza con los labios vueltos hacia afuera.

30.- Exámenes de Mucosas Vestibulares.- éstas se ponen tensas con los dedos para una mejor apreciación, indicando al paciente volver la cabeza en dirección al lado a observar lo que facilita el exámen y la visión.

40.- Exámen de la Lengua.- La observación del Dorso se logra con la lengua en posición normal. La superficie ventral y la parte anterior del piso de la boca, se observan--- dirigiendo la punta de la lengua al paladar. La observación del borde posterolateral de la lengua es de gran importancia dado que la mayoría de los cánceres existentes en la boca se originan en esta zona; el mejor modo de observar el borde lateral y posterolateral, así como la parte posterior del piso de la boca, se logra sujetando la lengua con una gasa y tirando suavemente hacia adelante y a un lado lo que nos permite tener una gran visibilidad.

50.- Exámen de las Encias Linguales.- Se realiza indirectamente (con espejo), ya de que mientras el dorso del mismo separa la lengua, a travez del espejo se logra la observación.

6.- Exámen de las Encias Palatinas, Mucosa del Paladar Duro Y Mucosa de la Retrotuberosidad.- Los dos primeros se pueden observar directamente o indirectamente, en tan

to que la tercera se realiza forzosamente en forma indirecta dada su colocación.

7o.-Exámen de Paladar Elando, Uvula y Crofaringe.

Se logra mediante la Depresión de la Lengua ya sea con espejo o abatelengua indicando al paciente que diga AH!, para -- una mejor apreciación de la faringe en su parte posterior, -- los pilares anterior y posterior de las tonsilas y la tonsila palatina.

EXAMEN PERIORAL A TRAVEZ DE LA PALPACION.

Se puede realizar antes, durante o despues de la inspección, como en el caso de la lengua que se palpa durante la inspección o exploración visual de sus bordes laterales, sin embargo el orden conveniente es empezar por los tejidos extraorales y seguir con los intracrales, la secuencia de sus pasos es la siguiente:

1o.- Se colocan las palmas de la mano sobre la cara, apoyando con firmeza los indices en la Articulación Temporomandibular y la Glandula Parótida en busca de masas, el paciente deberá de estar abriendo y cerrando la boca. Nos permite la localización de padecimientos en las estructuras mencionadas.

2o- Localización de Ganglios Linfaticos.- Se colocan las manos sobre el cuello aproximadamente de 2 a 5cms -- debajo del borde inferior de la mandibula con los dedos perpendiculares al cuello presionando con firmeza subiendo lentamente hasta el borde inferior de la mandíbula la que hace las veces de pared contra la cual se mueven los ganglios.

Los ganglios linfáticos palpables; multiples, inmoviles o fijos se habrán de examinar con sumo cuidado. Los ganglios aislados, movibles palpables, son de escasa impor-

tancia pues se encuentran en la mayoría de los casos.

Zona Cervical.- Se palpa en busca de ganglios linfáticos y Neoformaciones presionando sobre el tejido que recubre el esternocleidomastoideo con el pulgar y los otros dedos moviendolos en dirección vertical. Las regiones auricular y Occipital se palpan moviendo los dedos de ambas manos en dirección posterior desde el musculo esternocleidomastoideo hasta la zona medio-occipital.

30.- Palpación de: Labios, Mucosa Bucal, Lengua y Piso de la Boca.- Esta exploración se realiza bimanualmente o bidigitalmente, se efectua así pues en caso de usar solamente una mano o un dedo, a la presión del mismo podria por desplazamiento escapar una masa subyacente. En la palpación bimanual o bidigital esto no ocurre pues queda comprimida -- dicha masa determinando así su presencia.

La palpación del suelo de la boca es recomendable efectuarla a travez de la palpación bimanual.

La palpación de labios y mucosa labial se puede-- efectuar por cualquiera de los metodos, dejando a criterio-- del dentista aquél que le proporcione mayor información y -- comodidad.

La palpación de la lengua igualmente es recomendable realizarla a travez de la palpación bidigital.

La elaboración de nuestro exámen habrá de ser complementado con la exploración de las siguientes estructuras y elementos que la constituyen, el orden de elaboración que sugerimos para este estudio es el siguiente:

Exploración Visual, Exploración armada, Palpación y Sondeo. A).- LABIOS.- Forma, volúmen, consistencia, deformaciones. B).- MUCOSA Y CARRILLOS.- Volúmen, consistencia,-- color, estado de la superficie, deformaciones.--

EXAMEN EN MAXILAR.

Parodonto.- Encía insertada, Borde libre de la encía, Forma, Volúmen, consistencia, puntileo, inflamación, -- edema, cálculos, bolsas parodontales, placa bacteriana.

PALADAR.- Forma del arco, volúmen, consistencia, -- color, estado de la superficie, exostósis, resorciones, solución de continuidad, profundidad de bóveda. Tuberosidad del Maxilar, extensión longitudinal, tamaño y consistencia de -- las áreas de soporte, inserciones musculares, glándulas salivales.

EXAMEN DE LA MANDIBULA.

PARODONTO.- Encía insertada, Borde libre de la encía, forma, volúmen, consistencia, puntileo, inflamación, -- edema, calculos, bolsas parodontales, placa bacteriana.

MANDIBULA.- Forma del arco mandibular, volúmen, -- consistencia, color, estado de la superficie, exostósis, resorciones, solución de continuidad, extensión longitudinal, -- espacio retromolar, tamaño de las áreas de soporte, inserciones musculares, piso de la boca, glándulas salivales.

LENGUA.- Forma, volúmen, consistencia, color, estado de la superficie, movimientos restringidos, frenillo -- lingual.

RELACION DE LOS MAXILARES.- Ortognata, Prognata y Retrognata.

SALIVA.- Cantidad, Consistencia, color y olor.

A travez de la exploración armada realizaremos --

nuestro exámen de las piezas dentarias existentes y de sus estructuras de soporte, así pues determinaremos la existencia de : Caries, Parodontopatias, movilidad y las diferentes anomalías que pudiera presentar (extrucción, giroversión), los primeros puntos mencionados los logramos a través de la palpación, percusión, y el sondeo.

El complemento de nuestro exámen lo constituyen las pruebas de laboratorio correspondientes al análisis de sangre (Biometría hemática, tiempo de sangrado, de coagulación, química sanguínea etc.) Así mismo se realizarán pruebas sero-lúeticas, exámen general de orina y para mayor seguridad pruebas de antiestreptolisinas.

Lo anteriormente considerado es requisito para la realización de intervenciones quirúrgicas, de ahí las consideraciones a tan exhaustivo exámen, pero al final se podrá observar que su desarrollo es fundamental al momento de intervenir al paciente.

Otro auxiliar de gran trascendencia en la cirugía lo es indudablemente el apoyo que brinda la Radiología

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

La Cirugía Oral tiene, cuando nuestro diagnóstico ha determinado la necesidad de intervenir en tejido óseo, que apoyarse en el estudio radiográfico lo que es de gran importancia además de necesario para realizar la exploración radiográfica de aquella zona que se va a operar. Es recomendable la toma de placas periapicales o panorámicas, en virtud de que éstas nos permiten observar perfectamente; dientes no erupcionados incluidos, restos radiculares, ápices retenidos, odontomas, quistes residuales y otras alteraciones patológicas óseas.

El estudio radiográfico nos brinda información --- acerca de :Tamaño del seno maxilar, localización de agujeros mentonianos, posición del canal alveolar inferior, además en las placas nos indican el grosor del tejido blando que recubre la cresta de los rebordes alveolares.

El uso de placas oclusales vuelve todos estos datos de un valor limitado al realizar nuestra exploración radiográfica.

El estudio radiográfico es complemento integral necesario de nuestro examen, pero no basta el mismo por si solo para la emisión del diagnóstico, son necesarios todos y-- cada uno de los elementos enunciados a lo largo de este capítulo para emitir el mas valioso diagnóstico.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

Las radiografías nos brindan la información sobre la actividad o el comportamiento biológico de lesiones o estados patológicos, si recordamos que los tejidos calcificados reaccionan con su desintegración o proliferación, podemos decir que las zonas radiolucidas nos están indicando la existencia de procesos destructivos, en tanto que la radiopacidad anormal nos señala un padecimiento con proceso proliferativo, su conjugación indicará la continuidad de acciones es decir destrucción y proliferación.

La definición de la zona nos indica información--- acerca de la actividad del proceso, así pues una zona radiolucida de bordes bien definidos nos indica que el proceso -- avanza con lentitud, pues el hueso contiguo puede reaccionar y consecuentemente limitar la lesión, en caso contrario una zona mal definida nos indica que la lesión avanza o se desarrolla rápidamente y no existe limitación eficaz del hueso--

contiguo.

En relación con tejidos blandos, nos brindan una -- información relativa, como lo es en el caso de calcificaciones en conductos o glándulas salivales, dichos cálculos en la Parótida y en la Glandula Submaxilar se demuestran mejor con una radiografía que con cualquier otra técnica de exploración igualmente permite la localización de cuerpos extraños (aguja rotas), etc.

Las limitaciones de las radiografías son notorias -- si consideramos la información que nos brindan, ésto es; señalan los procesos morbosos crónicos ya sean proliferativos o destructores, pero consecuentemente en fases agudas de enfermedades osea, no son visibles; igualmente por no existir descalcificación o formación osea en los primeros estadios -- de estos procesos, no son notorios a nuestra placa radiográfica.

Debe quedar bien claro que tanto en nuestra exploración clínica, sea cual sea el método empleado, como en la interpretación radiográfica, solamente será correcta la información que pretendemos obtener cuando se conocen a la perfección todos y cada uno de los puntos normales de referencia

DIAGNOSTICO, INDICACION DEL PROGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Una buena historia clínica, es sumamente útil al realizar la exploración clínica, los informes acerca de la duración, síntomas y modificaciones de una lesión o de una enfermedad permiten al Cirujano la interpretación mas completa de lo que observe.

El mas alto porcentaje de diagnosticos correctos serán de aquél profesional, que meticuliza y diligentemente se vale de los medios, tanto clínicos como de laboratorio y roengenograficos que puedan contribuir a la observación de su origen, evolución, y consecuentemente a una correcta evaluación de los síntomas tal y como se presentan. Estas son la base para la emisión de un buen diagnostico.

Diagnostico.- Es la habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza de un proceso patológico, es decir deberá estar familiarizado con sus cualidades: Evolución, desarrollo (Patogenia) de la anomalía.

Diagnosticar es sugerir y proporcionar información es decir una base segura para que el plan terapeutico sea el adecuado a travez de la interpretación de los síntomas referidos y examinados en el paciente. El Diagnostico es requisito indispensable de todo tratamiento, su correcta aplicación es trascendental en nuestros diversos tratamientos, ya de -- que considerando lo antes mencionado todo esto repercutirá favorablemente en nuestro plan de tratamiento.

Así pues como lo hemos visto la realización de un buen diagnostico se logra a travez de varios metodos, entre-

estos podemos mencionar los siguientes:

A).- Diagnostico Clínico, éste nos revela una enfermedad basandonos solamente en la observación y valoración de los sintomas y signos, empleando solamente la inspección-visual y la palpación sin acudir a otros datos de origen.

B).- Metodo de Diagnostico Integral.- Es aquél en el que complementamos nuestros datos anteriores con el metodo de interrogación y exploración simple y armada, así como el empleo del estudio radiográfico, igualmente auxiliandonos en un exámen de pruebas de laboratorio.

Entido el diagnostico por el cirujano o especialista habrá de considerarse la interrelación existente e inmediata de los pasos siguientes obligados a seguir, es decir El Pronostico y el Tratamiento.

El Pronostico es complemento, conjugación inmediata y obligada de la emisión del diagnostico, podemos decir - que el pronostico es el conocimiento de la probable evolución de una enfermedad y nos anticipa el futuro en relación con el tratamiento indicado en base al diagnostico proporcionandonos así las posibilidades de exito en nuestro tratamiento.

Así pues como lo hemos mencionado la Propedeutica preconiza que; el objetivo clínico consiste en establecer un diagnostico, sentar un pronostico e instituir un tratamiento.

El Tratamiento: Este será instituido en base a --- nuestro diagnostico definitivo, y puede ser segun el caso.

Tratamiento en base a: A).- Terapeutica Medicamentosa en la cual podemos aplicar cualquiera de los siguientes criterios:

De Terapeutica Racional.- Cuando se conoce la etio

logía patológica se conoce el tipo de farmacoterapia, esto nos permite saber que el estado patológico va a ser eliminado en determinado tiempo sin complicación alguna.

De Terapéutica Empírica.- No se conoce con exactitud la etiología patológica, pero se aplicará un fármaco que actúa y da resultado.

Terapéutica Sintomática.- No se ataca al microorganismo que causa la enfermedad, pero se usan técnicas para evitar que la sintomatología posterior sea perjudicial.

Tratamiento Quirúrgico.- Como su nombre lo indica es aquel en el que nuestro diagnóstico ha determinado la necesidad de intervenir por medio de la cirugía.

Tratamiento de Sostén.- Consideraremos estos tratamientos como por ejemplo: En presencia de cáncer, la aplicación de Radioterapia.

Estos tratamientos son en base a los pasos antes mencionados, el tratamiento en sí nos dará un pronóstico -- que puede ser: Favorable (Cuando el paciente evoluciona satisfactoriamente y sana), De Secuelas irreversibles o rehabilitación (como es el caso de traumatismos que causan la pérdida de algún órgano), o en su caso el pronóstico puede ser desfavorable (cuando el tratamiento no es suficiente -- para lograr la evolución satisfactoria del paciente y desemboca en la muerte).

En Odontología el control de las enfermedades puede ser en dos etapas:

Profiláctica: Técnicas de Prevención para evitar -- las enfermedades.

Tratamiento: Cuando al existir la enfermedad se realiza el tratamiento para devolver al paciente su acción fisiológica.

Quedan así pues establecidos todos y cada uno de los pasos que nos permiten lograr la rehabilitación del paciente mediante las técnicas respectivas aplicables a cada caso en particular, la correcta aplicación y realización de las mismas nos garantiza una resolución exitosa con absoluta seguridad en retribución a la confianza depositada en nosotros por nuestros pacientes en nuestra práctica clínica.

CAPITULO III.

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PREVENTIVOS.

- I.- Técnicas para el Tratamiento Exodóntico.
 - A) Generalidades
 - B) Principios Quirurgicos de la Extracción Dentaria.
 - C) Instrumental Quirúrgico.
- 2.- Extracción Quirúrgica de Dientes Anquilosados.
 - A) Técnica.
- 3.- Extracción Quirúrgica de Apices Dentales Retenidos..
 - A) Técnica.
- 4.- Extracción Quirúrgica de Apices Fracturados.
 - A) Técnica.

TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO EXODONTICO.

La elaboración de una prótesis total como se ha dicho desde el principio de este trabajo, involucra en su realización una serie de meticulosos factores, consecuentemente debemos entonces si está en nuestras manos evitar hasta donde nos sea posible dar mas complicaciones a tan laborioso -- trabajo, originando pues los factores que nos han de favorecer desde el momento de la extracción misma; esto es, que en el maximo grado de nuestras posibilidades crearemos las ventajas que nos proporciona el tener un proceso alveolar lo -- mas sano y bien formado posible para la recepción de la prótesis.

La extracción dentaria es pues un factor que no debe ser considerado como un trabajo que presuponga que su realización involucra tambien el fin de un tratamiento, sino el inicio de otro de mayor importancia, el empleo de la técnica adecuada al realizar la o las extracciones que preceden a -- una prótesis total es definitivamente uno de los factores -- mas importantes.

Así pues debemos de considerar a la exodoncia como una intervención quirúrgica que involucra tejidos blandos y duros de la cavidad oral. Dicha operación se encuentra restringida en su acceso por los labios y mejillas, y se complica además por los movimientos mandibulares y de la lengua, -- añadimos a estos inconvenientes el riesgo de que la cavidad oral comunica con la faringe, la que a su vez se abre hacia la laringe y esofago, igualmente el medio en el que se desarrolla la operación se encuentra inundado de una gran varie-

dad de microorganismos que se localizan en la saliva, su --- proximidad a centros vitales nos determina a considerar a la extracción dentaria como una cirugía de gran importancia.

En efecto, la cirugía oral involucra en su realización gran número de extracciones, y pese a que la mayoría se pueden realizar en el consultorio dental, existen indicaciones que requieren de hospitalización debido a la severidad del riesgo que implicaría realizarlas en ausencia de las medidas quirúrgicas hospitalarias.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

INDICACIONES.

- 1.- Dientes cariados sin posibilidades terapéuticas
- 2.- Dientes con pulpa no vital
- 3.- Dientes no tratables por apicectomía
- 4.- Dientes no restaurables por medio de la operatoria dental.
- 5.- Dientes primarios subsistentes que impiden la erupción de permanentes en posición normal
- 6.- Dientes en mal posición con fines ortodóncicos.
- 7.- Dientes retenidos
- 8.- Dientes supernumerarios
- 9.- Dientes que interfieren mecánicamente en la --- adaptación de prótesis.
- 10.- Dientes con raíces fracturadas
- 11.- Fragmentos y ápices.

CONTRAINDICACIONES

Las podemos clasificar en Generales y Locales:

Contraindicaciones Generales.

- a).- Cardiopatías
- b).- Discrasias Sanguíneas
- c).- Diabetes
- d).- Ictericia
- e).- Sífilis
- f).- Nefritis (padecimientos renales)

g).- Y de manera general aquellos padecimientos -- que disminuyan la capacidad orgánica del paciente y lo predispongan a complicaciones generales severas.

Se requiere en estos casos del auxilio del médico para llevar a cabo su tratamiento. Para la realización de -- una o varias extracciones, así como para cualquier tipo de -- cirugía haremos de recurrir a nuestra historia clínica, solo a través de ella podemos saber el estado físico del pa-- ciente y su posible evolución en el tratamiento.

Contraindicaciones Locales.

- a).- Infecciones Gingivales Agudas (producidas por fusospiroquetas y estreptococos).
- b).- Pericoronaritis aguda
- c).- Sinusitis maxilar Aguda (para la extracción-- de premolares y molares superiores).

Una vez eliminadas las contraindicaciones menciona-- das el paso a seguir es la selección del anestésico a em-- plear.

Dicha selección será determinada por el odontólogo en base a: Su preferencia según resultados que obtiene en la práctica clínica que realiza, estado de salud del paciente, -- antecedentes a reacción referida por el paciente en la histo-- ría clínica correspondiente, edad, tipo de extracción o ciru

gía, así como la extensión de las mismas, etc.

La selección del anestésico deberá ser determinada con toda atención considerando los factores mencionados, lo que nos evitará las posibilidades de algún shock o inconveniente durante la cirugía.

Otro paso que podemos incluir es la premedicación, ésta podría incluso considerarse como parte integral de la anestesia, generalmente se emplea en aquellos pacientes que han revelado ser demasiado aprensivos, por lo cual a través de ella se pretende disminuir el dolor y la aprensión que precede a la cirugía. Esta premedicación se efectúa en base a la información sobre las condiciones generales del paciente y el tipo de cirugía a realizar. En la anestesia local suele emplearse el uso de ataraxicos y barbituricos.

En el caso de la extracción, la técnica anestésica de elección es por medio de la Anestesia Local

Podemos decir que la anestesia local es la supresión del dolor y la sensibilidad en una zona determinada, - sin que el paciente llegue a la pérdida del conocimiento, - dicha supresión puede durar segundos, minutos y hasta horas según el anestésico y cantidad empleada.

Un anestésico local efectivo deberá reunir los siguientes requisitos:

- a).- No lesionar ni irritar los tejidos
- b).- Tener buena penetrabilidad
- c).- Índice tóxico mínimo
- d).- Acción prolongada que permita realizar el tratamiento a efectuar.
- e).- De rápido efecto

f).- Acción reversible

En virtud de que la toxicidad del anestésico dependerá de su concentración, del desdoblamiento de su molécula en hígado y de su eliminación en la orina. El anestésico de elección será el de mas baja toxicidad y mayor potencia.

Para la administración del anestésico emplearemos - las técnicas respectivas según el caso de que se trate, así- pues consideraremos su aplicación tomando en cuenta la re- gión anatómica a operar.

TECNICAS ANESTESICAS.

A).- En el Maxilar Superior.- Anestesia Local Supra- periostica o por Infiltración.

B).- En el Maxilar Inferior.- Anestesia Local Regio- nal o por Bloqueo.

A).- Anestesia en Maxilar Superior.- Esta técnica - suele afectar a los extremos terminales del nervio mediante- la aplicación de la inyección subcutanea o subperiostica. Su empleo se aplica en:

- a) Extracción de dientes superiores
- b).- Anestesia de zonas de la membrana mucosa
- c).- Realización de cirugía en maxilar

B).- Anestesia en Mandíbula.- Esta técnica se em- plea en intervenciones dentales extensas (extracciones multi- ples), alveoloplastias, trabajos restauradores extensos, así- como en todo tipo de extracciones dentarias en el maxilar in- ferior.

Los nervios a anesthesiarse en los diversos trata- mientos en Exodoncia y Cirugía Bucal son los siguientes:

NERVIOS DEL MAXILAR INFERIOR.

1.- NERVIO ALVEOLAR INFERIOR Y NERVIO LINGUAL.

La aplicación de la anestesia en estos nervios nos permitirá la insensibilización de la mitad de la mandíbula, - desde el incisivo central hasta el último molar.

A).- Indicación.- Extracciones y todo tipo de trabajos a realizarse en la arcada mencionada.

B).- Técnica.- Nervio Dentario Inferior; Con el dedo índice localizamos el borde Oblicuo Externo continuando - hacia atrás hasta la Rama Ascendente hasta alcanzar su mayor profundidad, el dedo estará entonces en contacto directo con el foramen mandibular, en ese punto se insertará la aguja en el interior de dichos tejidos, precisamente en el punto que coincide el centro de la uña del dedo con la depresión Pterigomandibular; el ángulo de penetración se considerará desde el área de premolares opuesta al punto anestesiar, la aguja se introducirá hasta que contacte con el hueso, en ese punto se depositará el anestésico.

Nervio Lingual.- Se logra con la técnica anteriormente descrita dada la proximidad existente con el dentario inferior, para una mayor seguridad se aplicará a una distancia menor (la mitad aproximadamente) de la penetración antes descrita.

Nervio Bucal Largo.- Su bloqueo insensibilizará - la membrana mucosa de la región bucal de la zona de molares.

Indicación.- Se utiliza la anestesia en este nervio generalmente para reforzar la anteriormente descrita insensibilizando la zona anteriormente mencionada.

Técnica.- Se deposita una mínima cantidad de anestésico en el pliegue mucobucal por la parte distal del últi-

no molar.

Nervio Mentoniano.- Su aplicación anestesiará a los incisivos inferiores y membrana mucosa del vestibulo y labio inferior.

Indicación.- Se utiliza para aquellos casos en que el nervio inferior no puede ser alcanzado, como en caso de infección o traumatismos severos.

Técnica.- La aguja penetrará en el pliegue mucobucal por delante del ápice del segundo premolar inferior, se recomienda un masaje digital en la zona para forzar al anestésico en el interior del forámen y asegurar la anestesia en el nervio incisivo.

NERVIOS DEL MAXILAR SUPERIOR.

La aplicación del anestésico en el Maxilar Superior se encuentra favorecida gracias a la porosidad del hueso en dicho maxilar, lo que permite una fácil difusión de la anestesia, pudiendo alcanzar así las terminaciones nerviosas que se pretenden anestesiar con suma facilidad.

La aplicación se efectuará en la zona en que se va a realizar el acto operatorio.

Técnica.- La aguja se aplicará directamente en el pliegue mucobucal en la zona de los ápices de las piezas a extraer y se deposita en anestésico adecuado; en caso de realizarse la extracción de piezas dentarias con raíz palatina, o aun sin ella, es prudente para asegurar la sedación completa, anestesiar los nervios palatinos respectivos.

Nervio Nasopalatino.- Se anestesian los tejidos blandos de los caninos y de incisivos por palatino.

Técnica.- Se practicará en palatino a la altura de la cresta de la papila incisiva y paralelamente a los ejes de los incisivos centrales superiores, la profundidad-

será de un centímetro aproximadamente.

Nervio Palatino Anterior.- Se insensibilizarán -- los tejidos blandos del paladar blando y duro desde el área de la tuberosidad hasta la región de los caninos

Técnica.- Localizado el nervio palatino anterior-se depositará a la entrada del canal 0.5 cm³ aproximadamente no siendo forzosa la entrada de la aguja al canal.

Estas son las diferentes técnicas de anestesia -- que habremos de utilizar al realizar nuestras extracciones,- la mención de cada una de ellas tiene como finalidad evitar caer en la repetición constante de la mismas al exponer mas adelante las diferentes técnicas de exodoncia.

Las variantes que pudieran presentarse serán motivo de su estudio en su momento oportuno.

La extracción dentaria considerada de acuerdo con los conceptos vertidos en el preambulo de este capítulo, nos determina a considerar su importancia, y como tal su realización. En efecto tendrá principios que consecuentemente nos permitirán realizar tan cuidadosamente como sea posible dicha operación, así pues la Exodoncia o Extracción dentaria se rige por los siguientes requisitos:

REQUISITOS DE LA EXTRACCION.

- 1.- Evitar en el paciente el stress preoperatorio que antecede a una extracción.
- 2.- Selección y aplicación adecuada de anestesia
- 3.- Extracciones rapidas e indoloras
- 4.- Extracciones atraumaticas con la menor perdida posible de tejido

Como se puede apreciar la aplicación de dichos requisitos al realizar la extracción, repercute favorablemente

desde su inicio hasta su culminación, no solo para realizar la operación propiamente dicha, sino para ayudar a la formación de un proceso óptimo para alojar a la prótesis a elaborar.

Estos requisitos se encuentran en manos del operador en cualquier extracción común, ahora bien debemos considerar también ciertos factores que determinan el procedimiento a seguir según la forma en que se presentan, éstos factores son los que determinan el éxito de la extracción atraumática o la predisponen a una operación complicada.

FACTORES PREDISPONENTES DE LA EXTRACCIÓN.

- 1.- Asepsia.
- 2.- Anestesia
- 3.- Conformación de las raíces de los dientes.
- 4.- Densidad y estructura del hueso de sostén.
- 5.- Posición de las raíces con respecto al hueso.
- 6.- Selección del instrumental adecuado.

Asepsia.- Este factor está determinado por el operador, y deberá ser aplicable al instrumental a utilizar así como al operador y la zona a trabajar. Su importancia resalta a la vista pues la ausencia de este paso implicaría riesgos de probable proliferación de focos contagiosos o infecciosos.

Anestesia.- Suele determinarla el operador en la gran mayoría de los casos, sin embargo la sensibilidad que presentan algunos pacientes hacia ciertos anestésicos nos demuestra la excepción de tal norma, respecto a estos casos han sido analizados y los pasos a seguir en el capítulo anterior. Ahora bien con respecto a este factor se han mencionado ya, igualmente, el anestésico y la técnica a utilizar-

se segun el caso, su conocimiento y correcta aplicaci3n nos-- permitira realizar extracciones con el minimo indice de dolor en el paciente.

3.- Conformaci3n de las raices de los dientes.-

Suelen presentarse casos en que las raices de los dientes a extraer se presenten curvas o alargadas, convergentes o divergentes, con variaciones de vol6men y forma, etc. lo que impide su extracci3n com6n, en dichos casos habr3 de analizarse -- previo 6xamen radiogr3fico detallado, el tratamiento a seguir as3 como sus posibilidades de exito respetando hasta donde -- sea posible los requisitos de la extracci3n. La forma y disposici3n radicular simplificar3n o complicar3n la extracci3n, -- en este 6ltimo caso la medida indicada ser3 realizar la ex -- tracci3n por medio de la Cirug3a.

4.- Densidad y Estructura del Hueso de sost3n.-

De igual forma que en el caso anterior gracias a la radiografia de estudio previa a la extracci3n, podremos observar que dependiendo de la densidad del hueso de sost3n y de su calidad y altura (cantidad), la resistencia a vencer depender3 de estos factores. El 6x3men de las corticales nos dar3 la idea de el grado de implantaci3n de la pieza al observar su integridad y espesor. Igualmente el estudio del ligamento alveolo -- dentario nos se3alar3 sus caracteristicas las que determinar3n la posibilidad de una firme implantaci3n o anquilosis dependiendo de su disminuci3n o ausencia.

Considerando estos factores podemos evitar una fractura o evitar caer en situaciones que impliquen un mayor riesgo que de origen a una cirug3a complicada, as3 mismo el estudio de este punto nos dar3 la pauta para saber si es conveniente dejar la lamina intraseptal o retirarla segun el caso para lograr una mejor reparaci3n del alveolo.

5.- Posición de las Raíces respecto al Hueso. De manera general en casos de anomalía respecto a este punto la extracción común dá paso a la cirugía para la extracción de dichas piezas.

6.- Selección del instrumental Adecuado. La selección del instrumental está en manos del operador, su experiencia y habilidad le permitirán la correcta selección del caso a tratar.

Respecto al punto precedente, existe instrumental específico para tan importante rama Odontologica, su clasificación es la siguiente:

INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.

El instrumental que se emplea para la realización de las extracciones dentarias se puede dividir en:

1.- Instrumental Propio.

2.- Instrumental Complementario.

1.- Instrumental Propio.- Dentro de este grupo se incluyen los destinados a la extracción propiamente dicha de las piezas dentarias, dicho instrumental se divide en:

A.- Forceps

B.- Elevadores o Botadores

A.- Forceps o Pinzas Extractoras.- Son instrumentos basados en el principio de la palanca de 1er. Grado o genero, en la cual se toma al diente a extraer, imprimiendole movimientos particulares por medio de los cuales se elimina el organo dentario de su alveolo.

Los forceps constan de dos partes que son:

a).- Parte activa

b).- Parte pasiva

desde su inicio hasta su culminación, no solo para realizar la operación propiamente dicha, sino para ayudar a la formación de un proceso óptimo para alojar a la prótesis a elaborar.

Estos requisitos se encuentran en manos del operador en cualquier extracción común, ahora bien debemos considerar también ciertos factores que determinan el procedimiento a seguir según la forma en que se presentan, éstos factores son los que determinan el éxito de la extracción -atráumática o la predisponen a una operación complicada.

FACTORES PREDISPONENTES DE LA EXTRACCIÓN.

- 1.- Asepsia.
- 2.- Anestesia
- 3.- Conformación de las raíces de los dientes.
- 4.- Densidad y estructura del hueso de sostén.
- 5.- Posición de las raíces con respecto al hueso.
- 6.- Selección del instrumental adecuado.

Asepsia.- Este factor está determinado por el operador, y deberá ser aplicable al instrumental a utilizar -- así como al operador y la zona a trabajar. Su importancia -salta a la vista pues la ausencia de este paso implicaría -riesgos de probable proliferación de focos contagiosos o infecciosos.

Anestesia.- Suele determinarla el operador en la gran mayoría de los casos, sin embargo la sensibilidad que presentan algunos pacientes hacia ciertos anestésicos nos -demuestra la excepción de tal norma, respecto a estos casos han sido analizados ya los pasos a seguir en el capítulo anterior. Ahora bien con respecto a este factor se han mencionado ya, igualmente, el anestésico y la técnica a utilizar-

se segun el caso, su conocimiento y correcta aplicaci3n nos-- permitira realizar extracciones con el minimo indice de dolor en el paciente.

3.- Conformaci3n de las raices de los dientes.-

Suelen presentarse casos en que las raices de los dientes a -- extraer se presenten curvas o alargadas, convergentes o divergentes, con variaciones de volumen y forma, etc. lo que impide su extracci3n com3n, en dichos casos habra de analizarse -- previo examen radiogr3fico detallado, el tratamiento a seguir asi como sus posibilidades de exito respetando hasta donde -- sea posible los requisitos de la extracci3n. La forma y disposici3n radicular simplificar3n o complicar3n la extracci3n, -- en este 3ltimo caso la medida indicada sera realizar la ex -- tracci3n por medio de la Cirugia.

4.- Densidad y Estructura del Hueso de sost3n.-

De igual forma que en el caso anterior gracias a la radiografia-- de estudio previa a la extracci3n, podremos observar que de-- pendiendo de la densidad del hueso de sost3n y de su calidad-- y altura (cantidad), la resistencia a vencer depender3 de es-- tos factores. El examen de las corticales nos dar3 la idea de el grado de implantaci3n de la pieza al observar su integri-- dad y espesor. Igualmente el estudio del ligamento alveolo -- dentario nos sealar3 sus caracteristicas las que determina-- r3n la posibilidad de una firme implantaci3n o anquilosis de-- pendiendo de su disminuci3n o ausencia.

Considerando estos factores podemos evitar una frac-- tura o evitar caer en situaciones que impliquen un mayor ries-- go que de origen a una cirugia complicada, ad3 mismo el estu-- dio de este punto nos dar3 la pauta para saber si es conve-- niente dejar la lamina intraseptal o retirarla segun el caso-- para lograr una mejor reparaci3n del alveolo.

5.- Posición de las Raíces respecto al Hueso. De manera general en casos de anomalía respecto a este punto la extracción común dá paso a la cirugía para la extracción de dichas piezas.

6.- Selección del instrumental Adecuado. La selección del instrumental está en manos del operador, su experiencia y habilidad le permitirán la correcta selección del caso a tratar.

Respecto al punto precedente, existe instrumental específico para tan importante rama Odontológica, su clasificación es la siguiente:

INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA.

El instrumental que se emplea para la realización de las extracciones dentarias se puede dividir en:

1.- Instrumental Propio.

2.- Instrumental Complementario.

1.- Instrumental Propio.- Dentro de este grupo se incluyen los destinados a la extracción propiamente dicha de las piezas dentarias, dicho instrumental se divide en:

A.- Forceps

B.- Elevadores o Botadores

A.- Forceps o Pinzas Extractoras.- Son instrumentos basados en el principio de la palanca de 1er. Grado o género, en la cual se toma al diente a extraer, imprimiéndole movimientos particulares por medio de los cuales se elimina el órgano dentario de su alveolo.

Los forceps constan de dos partes que son:

a).- Parte activa

b).- Parte pasiva

Unidas entre sí por una articulación, ésta puede ser de encaje o tijera. La articulación de tijera es de un funcionamiento mas suave, mas fuerte y mucho mas resistente al uso y las fuerzas destructivas, asi como a la constante esterilización a que es sometido. Igualmente es mas facil de limpiar y de esterilizar, asi como de secar y lubricar.

Existe de manera general, dos tipos de forceps o pinzas para extracción, aquéllas destinadas a extraer dientes del maxilar superior y las destinadas a extraer las del maxilar inferior. La diferencia entre ambos modelos reside en que las del maxilar superior poseen las partes pasivas y activas en la misma linea, mientras que las del maxilar inferior tienen ambas partes en ángulo recto.

Segun la anatomía del diente a extraer, cada grupo de éstos exige un forcep con diseño específico y ademas particular diseño para su avulsión.

Cabe hacer mención de que cuando se usa la palabra universal y con el numero de forcep, ésto indica que dicho forcep sirve para la extracción de los dientes de ambos lados de la misma arcada, pero no para extraer los dientes del maxilar opuesto.

Respecto a las partes que constituyen el forcep -- mencionamos las siguientes:

Parte Activa: La constituye el mango de la pinza, sus ramas son paralelos y segun los distintos modelos, estan labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador. Las ramas de las pinzas se adaptan igualmente a la palma del operador. El dedo pulgar se coloca ente ambas ramas actuando como tutor para dirigir y regular el movimiento y la fuerza a ejercer.

Parte Activa.- Esta parte se adapta a la corona--anatomica del diente, sus caras externas son lisas, y las internas además de ser concavas presentan estrias para impedir su desplazamiento. Los bordes o mordientes de las pinzas siguen las modalidades del cuello dentario. Estos mordientes son variables de acuerdo al modelo de que se trate.

Los mordientes que se adaptan al cuello de los molares presentan mordientes en forma de ángulo diedro para --adaptarlos a las bifurcaciones que presentan estas piezas.

La pinza apresa al organo dentario debiendo formar los mordientes y el diente una línea continua, moviendo el todo sobre un punto que es el ápice radicular.

La pinza extractora o forcep en exodoncia actua--como se dijo al principio como palanca de primer grado, estando colocada la resistencia (hueso alveolar) entre la potencia (la mano del operador) y el punto de apoyo (ápice radicular). La mano del operador imprimirá a la pinza los distintos movimiento que se requieren para la extracción.

Queda establecido pues que existen forceps especificos tanto para el maxilar superior como para la mandibula--exstiendo además un forcep especializado para restos radicales denominado "raigonera".

Los tiempos o movimientos que deberá de efectuar--el operador al emplear los forceps son los siguientes:

Aprehensión, Luxación y Extracción.

B.- Elevadores o Botadores.- Estos son instrumentos basados en principios de fisica que tienen aplicación en exodoncia con el objeto de movilizar o extraer dientes o raices dentarias. Como palanca deben ser considerados en el --elevador tres factores que intervienen además de la palanca--

propriadamente dicha, el punto de apoyo, la potencia y la resistencia. Esquemáticamente el elevador consta de tres partes - que son: El mango, el tallo y la hoja.

El Mango.- El mango adaptable a la mano del operador tiene, según los distintos modelos, diversas formas. De manera general el mango está dispuesto con respecto al tallo de dos maneras: en la misma línea ó perpendicular al tallo - formando una "T", en esta última disposición es más útil en la aplicación de la fuerza y el mango es más sencillo.

El Tallo.- Es la parte del instrumento que une al mango con la hoja, debe adaptarse a las modalidades de la cavidad oral. Está construida de acero lo suficientemente resistente como para cumplir su cometido sin sufrir alteraciones en su forma.

La Hoja.- Esta construida en distintas formas, según la aplicación que se le de al instrumento. Dos son las formas generales de presentación, éstas dependen de la forma en que se vaya a actuar, dichas formas son las siguientes:

- a).- La hoja está en línea con el tallo, como lo es el caso de los elevadores rectos
- b).- La hoja está formando con el tallo un ángulo de grado variable, como lo es el caso de los elevadores curvos ó de bandera.

Consideraciones en el Uso de los elevadores en Exodoncia

Al actuar el operador con elevadores debe de considerar:

- A).- El Punto de Apoyo.- Para actuar la palanca -- destinada a elevar un diente o una raíz dentaria debe valerse de un punto de apoyo, él está dado en exodoncia por dos -

elementos anatomicos que son:

- a).- El Hueso Maxilar
- b).- Los Dientes Vecinos

El Hueso maxilar como punto de apoyo.- El hueso maxilar es un punto de apoyo util para el elevador como punto de apoyo, cuando es fuerte y resistente permite el apoyo de los instrumentos para realizar la movilizaci3n de un diente retenido en la implantaci3n normal o de raices dentarias. Generalmente el apoyo se busca en el angulo mesio-bucal del diente a extraer, pero cuando las circunstancias asi lo exigen el elevador puede tener aplicaci3n lingual, mesial, distal o bucal.

La eficacia del punto de apoyo exige estar desprovisto de partes blandas, las cuales impiden actuar pues de lo contrario la traumatizaci3n de estas se presentarían durante el acto operatorio, por lo tanto el tejido gingival deberá ser separado con maniobras previas a la aplicaci3n.

2.- Instrumental Suplementario.- Es aquél que está destinado a extraer o retirar los tejidos que cubren o rodean total o parcialmente a las piezas a extraer, además sirven para separar o cortar la encía o tejidos blandos en la extracci3n de dientes que requieren de exodoncia por disecci3n, es decir instrumental que auxilia a esta rama odontológica y el cual pertenece al campo de la cirugía oral, se divide en:

Instrumental para tejidos blandos.

- 1.- Mango y hojas de bisturí
- 2.- Tijeras finas para encía (pinzas de Addison)
- 3.- Pinzas y Tijeras para disecci3n
- 4.- Legras (para desprender el epitelio y mucoperiostio)

5.- Separadores (para separar carrillos y otros - para colgajos).

Instrumental Para Tejidos Duros.

- 1.- Motores de alta y baja velocidad
- 2.- Fresas
- 3.- Alveolotomo u Osteotomo (Pinza Gubia)
- 4.- Lixa para Hueso
- 5.- Martillo y Escoplo (actualmente casi en desuso por lo traumático).

El bisturí que generalmente se emplea en la práctica odontológica puede ser de hoja intercambiable o de hoja fija, se fabrica en tres tamaños o números: 3, 4, y 7; - el que se emplea generalmente es el número 3, ya de que en él se pueden montar hojas del No. 11, 12 y 15 que son -- los que usualmente se utilizan en Cirugía Oral.

Este es el instrumental que se emplea en la práctica exodóntica, para su empleo o aplicación existen ciertas reglas o indicaciones que es importante considerar a la hora de realizar la operación, éstas se refieren específicamente a las pinzas de extracción o forceps, y son las siguientes:

REGLAS DE APLICACION DE LOS FORCEPS.

- 1.- Selección del Forcep adecuado.
- 2.- Es conveniente sostener el forcep lejos de -- los mordientes, de modo que las terminaciones de las ramas sean casi cubiertas por la palma de la mano del operador.
- 3.- El eje mayor de los mordientes debe ser paralelo al eje longitudinal del diente.
- 4.- Los mordientes deben ser colocados sobre solida estructura radicular y no sobre esmalte de la corona.

5.- Los mordientes de las pinzas no deben tropezar con los dientes adyacentes mientras se aplica la fuerza.

6.- La estructura radicular debe ser tomada con -- firmeza al ser aplicada la presión, los mordientes no deberán moverse sobre el cemento para evitar su fractura.

Estos preceptos deberán de considerarse al realizar los movimientos antes mencionados es decir: Aprehensión, Luxación y Extracción. Cabe mencionar que los pasos mencionados para los forceps, presentan una variante en los elevadores, ya de que dichos pasos en este caso son: Aplicación, Luxación y Tracción.

En extracciones comunes en las que, gracias a nuestro estudio previo (Exámen Radiográfico, Historia Clínica) - sabemos que las características de la misma favorecen a la-- extracción (Posición de las raíces, densidad del hueso de -- sostén, etc.), existe el establecimiento de las fuerzas que deben aplicarse para la realización de las diferentes extracciones dentarias.

FUERZAS EJERCIDAS PARA LA
EXTRACCION DE PIEZAS DENTARIAS
DEL MAXILAR SUPERIOR.

1.- Incisivos centrales y laterales.- Presión labial y palatina, ligera rotación hacia mesial

2.- Canino.- Presión palatina, ligera rotación hacia mesial y extracción hacia vestibular.

3.- 1o. y 2do. Premolar.- Presión vestibular y palatina y extracción hacia vestibular.

4o.- 1o. y 2do. Molar.- Presión vestibular y palatina y extracción hacia vestibular

5.- 3er. Molar.- Presión Vestibular y palatina y extracción hacia palatino

FUERZAS EJERCIDAS PARA LA
EXTRACCION DE PIEZAS DENTARIAS
DEL MAXILAR INFERIOR.

1.- Incisivos centrales y laterales.- Presión labial y lingual con ligera rotación de distal a mesial y extracción a labial.

2.- Canino.- Presión labial con ligera rotación de mesial a distal y extracción hacia labial.

3.- 1o. y 2do. Premolar.- Presión labial y lingual ligera rotación hacia lingual y extracción hacia labial.

4.- 1o. y 2do. Molar.- Presión hacia vestibular y lingual y extracción hacia vestibular

5.- 3er. Molar.- Presión vestibular y lingual, y extracción hacia vestibular o lingual.

En todos los casos la pinza se ubicará tan aplicadamente como sea posible ejerciendo presión sobre ese punto, - esto deberá ser sobre la superficie radicular del diente. Se debe ejercer suficiente presión sobre el diente a lo largo de la línea de menor resistencia para expandir las paredes de los alveolos, lo que permitirá la extracción del diente.

Las fuerzas anteriormente mencionadas se aplicarán cuando sean precedidas por la técnica previa a la extracción propiamente dicha.

TECNICA DE EXTRACCION.

1o.- Anestesia

2o.- Premedicación (optativa) y anestesia.

3o.- Separación de la encía libre de la línea cervical del diente con el instrumento adecuado para tal efecto.

40.- Aflojamiento o luxación de la pieza a extraer. Esto evitará en grado sumo la posibilidad de fracturas radiculares. Este paso se realiza regularmente con botador recto del No. 40. En el caso de terceros molares se emplea el elevador de Potts, utilizándose incluso para la extracción misma mediante la tracción respectiva.

50.- Extracción propiamente dicha

60.- Inspección del alveolo para detectar fragmentos o espículas óseas, en caso de existir proceder a su eliminación.

70.- Favorecer la formación del coagulo si está ausente.

80.- Aplicación de gasa esterilizada sobre el alveolo.

90.- Indicaciones postoperatorias e instrucciones al paciente

Los pasos mencionados anteriormente como se pueden observar, son aplicables a aquellas piezas que requieren de su extracción pero que aun conservan una fuerza util que permite la instrumentación propia de tal operación, podemos decir que son aquellas que constituyen el caso típico de la extracción que nos permite por sus características llevarla a cabo respetando los requisitos de la Exodoncia, sin mayor complicación que los problemas que involucra la misma.

FACTORES QUE FAVORECEN LAS SECUELAS POSTERIORES A LA EXTRACCION.

Cuando la extracción ha reunido los requisitos mencionados y no existe complicación alguna, es decir ausencia de borde alveolares o tabiques interdientarios sobresalientes o cortantes emplearemos el siguiente criterio:

a).- Abandonaremos al alveolo a su curación espontánea, si consideramos que la forma de dicho alveolo vacio-corresponde aproximadamente en altura y anchura al curso -- del proceso alveolar restante.

b).- En caso de existir separación de las paredes alveolares, así como cofracturación de las mismas como consecuencia de los movimientos de luxación, bastará con la -- compresión digital de las paredes alveolares vestibular y -- lingual o palatina para dar al menos aproximadamente la forma deseada a la correspondiente porción de la cresta alveolar.

c).- Otra forma de favorecer la cicatrización y relleno del alveolo por nuevo hueso neoformado, es a travez -- o por medio de puntos de sutura en los ribetes gingivales -- tanto lingual como vestibular, con esta aproximación se puede lograr una óptima y rápida cicatrización.

Estos factores determinan la posibilidad de lo---
grar superficies de sostén óptimas para la recepción de ---
cualquier tipo de prótesis, ésto dado el tamaño y forma que
logramos proporcionarle al proceso alveolar desde la extracción que precede a estos trabajos.

Hechos hecho mención hasta ahora de aquellos casos que dentro del campo de la exodoncia podemos considerar como casos clínicos comunes, es decir ausentes de complicaciones por la naturaleza favorablemente anatómica de las piezas a extraer, pero existen casos en que dichos factores -- son adversos y complican la extracción.

La detección de dichos factores anómalas la logramos gracias al estudio radiográfico que antecede a nuestro tratamiento. Dicho examen nos permitirá observar en las diferentes estructuras lo siguiente:

A).- En el hueso de sotén.- la cantidad de hueso (altura), ya de que cuanto mayor es, mayor será la resistencia a vencer. Calidad (grado de calcificación) y dirección del trabeculado, exámen de las corticales, ya de que su grado de integridad y espesor nos dará el grado de implantación de la pieza, con respecto al ligamento alveolo dentario, es importante su estudio pues habremos de señalar que si presenta algun aumento, ésto facilitará el plano de clavaje y la profundización adecuada del instrumental. Por lo contrario su disminución o ausencia significará una fuerte implantación o la presencia de anquilosis.

B).- En la pieza a extraer.- Se observarán y analizarán todos aquellos factores que dan origen a la falta de vitalidad del diente, lo que lo hace mas fragil a la instrumentación lo que en este caso nos puede provocar la fractura de la pieza a extraer con sus consecuencias inherentes (complicaciones, extracciones posteriores, etc.). dichos factores son los siguientes:

Exámen de la Corona o su Remanente.- como consecuencia de caries avanzada o restauraciones extensas- En caso de existir exposición de la camara pulpar, la exploración y prueba de vitalidad nos determinará la posibilidad de que exista gangrena pulpar; se observará tambien en caso de procesos apicales, momificaciones o tratamientos de conductos, asi como portadores de coronas de espiga y pernos muñones. En molares se observará el grado de destrucción del piso de la camara pulpar, el objeto de estudio en este último, obedece a que en estos casos se logrará la odontosección de la pieza en caso de ser debil.

C).- En relación con las raices nos avocaremos a conocer su cantidad, tamaño, forma, posición y disposición.

Debemos recordar que cuanto mas grande es una raíz mayores dificultades podrá presentar su avulsión, agravándose la situación en las polirradiculares cuando todas sus raíces alcanzan gran volumen. Igualmente podemos encontrar raíces recta, cónicas, raíces curvas o con dislaceraciones en forma de trompeta, bayoneta o ángulo recto. También son hallazgos que anticipan complicaciones; las cementosis apicales en forma de esfera o aquellas que transforman la raíz en clava.

La disposición radicular simplificará en muchos casos la extracción cuando las raíces sean paralelas entre sí, pero en caso de divergencia marcada, se dificultará acentuándose cuando además presentan como dijimos; variaciones de volumen o de forma.

Así pues en circunstancias en que las coronas están rotas o muy debilitadas y las raíces presentan las formas descritas, la extracción atraumática de estas piezas requerirá la exposición quirúrgica del área afectada para permitir la aplicación del instrumental adecuado para poder llevar a cabo el tratamiento.

GENERALIDADES DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS EN EXODONCIA.

Los puntos mencionados anteriormente nos dan la pauta para tratar en forma directa el tema principal de desarrollo del presente trabajo, sin que por ello se deban de considerar como ajenos al mismo los capítulos anteriores, ya de que éstos son base y complemento obligado de tan interesante Rama Odontológica.

Ha quedado establecido pues que la exodoncia es una rama bien definida de la Odontología y como tal posee al igual que todas y cada una de las que la integran sus principios básicos para lograr una resolución satisfactoria en sus procedimientos. Así pues para lograr la extracción de piezas dentarias con el mínimo índice de dolor y traumatismo, evitando así la presencia de secuelas problemáticas deben de considerarse los siguientes principios al realizar cualquier extracción que requiera del auxilio de la cirugía bucal.

PRINCIPIOS QUIRURGICOS DE LA EXTRACCION DENTARIA.

- 1.- Obtención de Acceso Adecuada
- 2.- Obtención de una Via Libre para la Extracción
- 3.- Empleo de Fuerzas Controladas.

1.- Obtención de Acceso Adecuado.- Obtener un acceso claro al campo quirúrgico logrando una buena luz, es necesario para lograr ver lo mas perfectamente posible la totalidad de la zona afectada. Su obtención se logra mediante la reflexión o reversión de colgajos de tejidos blandos y en la mayoría de los casos con la eliminación de hueso ad

yacente; una buena luz así como el retiro de la sangre y residuos mediante su succión son indispensables para la obtención de una adecuada visibilidad en el campo quirúrgico.

Principios de Cirugía Para Colgajos de Tejidos Blandos.

A).- Mantenimiento del Aporte Sanguíneo.

Considerando que los procesos en ambos maxilares-- presentan tejidos blandos constituidos fundamentalmente de-- epitelio y tejido conectivo y que el primero recibe su aporte vascular desde los vasos sanguíneos que se localizan-- en el tejido conectivo subyacente, al momento de ser incididos, despegados y rechazados la encía y mucosa alveolar para la exposición del hueso y dientes adyacentes, el aporte sanguíneo se halla en peligro en dicha zona. Debemos entonces -- considerar que el éxito o el fracaso del procedimiento quirúrgico dependerá del mantenimiento de la vascularización y vitalidad de los tejidos interesados. Esto se logra llevando a cabo uno de los requisitos para colgajos de tejidos blandos: "La base debe ser tan ancha o más que el borde libre re flejado".

Basicamente este es el principio fundamental para-- realizar el colgajo en forma adecuada, con respecto a las -- áreas en las que puedan existir dificultades al realizar un colgajo están las siguientes:

a).- En la Región Molar del Maxilar Superior.--

En virtud de que en esta zona los nervios y vasos -- sanguíneos emergen del agujero palatino, la reflexión de el colgajo podría dañarlos, sin embargo rara vez se realizan -- colgajos palatinos en esta zona.

b).- En la Región Lingual de la Mandíbula en la Zona de Terceros Molares.-- Dado que el nervio lingual se en---

cuentra inmediatamente debajo de la mucosa en este punto, - la reversión inadecuada del colgajo podría traumatizar este nervio, igualmente rara vez se realizan colgajos en esta zona.

En ambos casos mediante una buena técnica se puede lograr trabajar en estas zonas evitando su daño. Estos son los únicos casos que pueden causar dificultades, en el resto de los procesos puede trabajarse con toda seguridad - sin temor a lesionar estructuras importantes.

INDICACIONES PARA REALIZAR COLGAJOS DE TEJIDOS BLANDOS

1.- Se realizará para proporcionar acceso a una zona para mejorar la visualización del campo operatorio.

Las interferencias ocasionadas por tejidos blandos (que se interponen en el acceso del campo operatorio) deberán de ser separadas,

2.- Se realizarán cuando esté indicada la eliminación de hueso.

En virtud de que es necesaria la eliminación de hueso para lograr un buen acceso, se efectuará el colgajo, - siendo conveniente revertirlo antes de la osteotomía evitando así traumatirlo mientras se realiza la eliminación ósea con instrumentos que lasceran los tejidos blandos.

3.- Se realizarán cuando exista la posibilidad de lesionar los tejidos blandos en la instrumentación de los dientes o hueso.

Es necesario reflejar los tejidos lejos del campo operatorio, restituyendolo posteriormente a su lugar de origen con la finalidad de proteger el tejido blando del trauma de los instrumentos durante la cirugía de dientes o hueso adyacente.

TIPOS DE COLGAJO.

Existen varios tipos de colgajos que pueden realizarse para lograr los propósitos que persiguen y los cuales han sido mencionados.

Los podemos dividir en tres:

1.- Colgajos de Terceros Molares.- Estos pueden clasificarse en: Accesos Palatinos y Vestibulares,; los cuales pueden ser : De corte Terminal o por Medio de incisión para despegar la adherencia epitelial de la zona vestibular y palatina o lingual.

2.- Palatinos.- Estos se efectúan bordeando las piezas por palatino sin desgarrar el colgajo, se le denomina también colgajo de festoneado.

3.- Vestibulares.- Dentro de esta clasificación existen aquellos en los que se emplean: Una incisión vertical en un solo margen, o bien incisiones en ambos márgenes, también existen colgajos en los que no se realiza incisión sino simplemente se reflejan los tejidos separándolos de los cuellos dentarios.

Dentro del grupo mencionado podemos señalar los siguientes tipos de colgajos:

a).- Semilunar o de Parstch.- Este se realiza a cierta distancia de los cuellos dentarios, en la forma en que su nombre lo describe.

b).- Trapezoidal o de Weissmund.- Igualmente el nombre involucra la explicación de su diseño, se realiza al igual que el anterior a cierta distancia de los cuellos dentarios de la zona a trabajar.

c).- Newman.- Este colgajo se realiza de igual manera que el trapezoidal pero en este caso el corte vertical se realiza al nivel del cuello de los dientes a operar, es-

tas incisiones se deben realizar en las áreas interproximales de dicha zona.

d).- SemiNewman.- Se realiza de igual forma que el anterior con la variante de que en vez de realizar dos incisiones se realiza un solo corte vertical, éste se efectúa en la misma forma que en el colgajo precedente.

e).- Thoma.- Este tipo de colgajo se emplea generalmente para una pieza, se efectúa de igual manera que el semiNewman, es decir se efectúa una incisión vertical y se separa el tejido del cuello dentario de la pieza.

f).- Avellanal.- Igualmente se emplea para una pieza, su diseño es semejante al de Thoma pero en virtud de que se realizan dos cortes continuos para la exposición podemos considerar como mas traumático.

Estos son los diversos tipos de colgajo que pueden realizarse, la elección de ellos dependerá de la pieza a trabajar, así como de la preferencia que el operador tenga para cada uno de ellos conforme a los resultados obtenidos en la práctica clínica.

PRINCIPIOS O REQUISITOS PARA UN COLGAJO CORRECTO.

A).- El colgajo debe ser lo suficientemente grande para dar Acceso al campo quirúrgico y permitir una perfecta visualización a todas las porciones del hueso afecto.

B).- La base del colgajo deberá ser tan Ancha o mas que el Borde Libre Reflejado.

La realización de este requisito es indispensable llevarlo a cabo, dado que al efectuarlo se logrará mantener asegurado el aporte sanguíneo del borde reflejado lo que favorece a su adecuada irrigación y consecuentemente al éxito del procedimiento quirúrgico.

C).- Los margenes No deberán presentar Bordes Agudos ni Angulos Pronunciados.

En caso de quedar algún ángulo agudo en el borde del colgajo, éste resultaría ineficazmente irrigado lo que podría dar origen a la formación de una escara.

D).- El colgajo deberá de Incluir el Mucoperiostio

Al realizar la incisión deberá efectuarse en un solo trazo profundo, con lo cual el periostio quedará incluido. En virtud de que las propiedades osteogénicas de esta estructura es importante factor en la reparación del defecto óseo, la realización de este requisito es igualmente importante y necesaria, pues la violación del mismo disminuye dicha capacidad osteogénica con las complicaciones inherentes en la cicatrización del proceso.

E).- Las Incisiones verticales deberán llevarse a cabo en las Areas Interproximales.

Efectuar este requisito facilitará la reinserción epitelial y la curación, esto en virtud de que los tejidos que cubren al hueso en esta zona son de mayor espesor y requerirán de menos tensión para volver a su posición original el colgajo, cosa contraria en las areas que cubren a las raices dentarias donde el tejido es mas delgado y requiere de mayor contracción para volver a su posición original, luego entonces es necesario evitar las tensiones y contracciones del colgajo.

F).- Los Margenes o Bordes deben apoyarse sobre Soporte Oseo Sano.

Los colgajos han de ser repuestos e inmovilizados para su curación espontanea en su posición original, dicha inmovilización se logra solo cuando existe un soporte óseo sano, éste se logra con la amplitud del corte, el cual de -

de incluir cuando menos un diente mas de cada extremo de la región correspondiente a la zona del campo quirúrgico.

2.- OBTENCION DE UNA VIA LIBRE PARA LA EXTRACCION

La eliminación de una cantidad suficiente de hueso nos proporcionará un camino libre de obstaculos, lo que nos permitirá extraer el diente con el minimo indice de traumatismo posible, es necesario pues crear una abertura que permita la salida del diente. Esto es necesario realizarlo cuando tratamos con dientes impactados, en mala posición o con raices anómalas.

Efectuando este paso evitaremos complicaciones -- tales como: posibles fracturas, traumatismos al tejido blando circundante y estados postoperatorios con dolor, edema, trismus, etc.

En efecto, en este tipo de casos las piezas no -- presentan trayectorias claras de extracción, por lo que se optará por efectuar la trayectoria sin obstaculos en la forma antes descrita.

Existen dos formas para lograr la obtención de un camino libre para la extracción de las piezas mencionadas.

METODOS DE OBTENCION DE VIAS LIBRES PARA LA EXTRACCION.

ELIMINACION DE HUESO. (PASOS).

1o.- Realización de colgajo para exponer el hueso a eliminar (se efectua siguiendo los requisitos enunciados)

2o.- Con martillo y escoplo ó con fresas de carburo del No. 702 y 703, se procede a la eliminación del hueso en cantidad necesaria, la abertura que se realiza se efectúa normalmente del lado bucal y de las zonas interproximales, la cantidad de hueso a eliminar aun cuando parezca de-

proporciones mayores deberá realizarse, pues en caso contrario la presión aplicada por los forceps al llevar a cabo la extracción provocaría una fractura del hueso subyacente, lo que puede involucrar mayor cantidad de hueso que el que prontivamente no se elimina por temor o negligencia.

La regeneración de este tejido se llevará a cabo - gracias a la observancia y aplicación de los requisitos del colgajo respectivo.

OBTENCION MEDIANTE EL SECCIONAMIENTO
DE LA PIEZA A EXTRAER.
(PASOS).

1o.- Realización del colgajo para lograr la exposición ósea.

2o.- Eliminación de una pequeña cantidad de hueso que permita la exposición de las raíces dentarias de la pieza.

3o.- Seccionamiento controlado del diente por medio de fresas o cínceles para lograr la extracción de sus segmentos en forma individual por medio de forceps o elevadores.

Estos procedimientos se emplean en casos como: -- Fractura de dientes multirradiculares, extracción de diente con raíz muy divergente o en dientes retenidos o impactados. En tales circunstancias el seccionamiento y extracción individualizada de las raíces resulta mas rápida y efectiva, -- así como menos traumática.

Es muy recomendable este tipo de procedimiento en la extracción de molares superiores cuando el seno maxilar se insinúa en el espacio correspondiente a las raíces, ya que en el empleo del forcep en esta zona podría por la -

presión ejercida exteriorizar el seno y en caso extremo provocar la penetración del alguna raíz desplazada.

EMPLEO DE FUERZAS CONTROLADAS

Cuando hemos realizado los dos principios precedentes, el empleo de la fuerza para realizar la extracción propiamente dicha será mínima en virtud de que ya existe una vía libre de salida para la pieza a extraer, ahora bien cuando al realizar el tratamiento exodontico encontramos una resistencia que nos obligue a aplicar una fuerza anormal, debemos desistimos de dar aun mayor fuerza de la comunmente empleada pues podríamos provocar un severo traumatismo como -- por ejemplo: Fractura del diente o del proceso alveolar e incluso de la tuberosidad.

En estos casos nos avocaremos a cumplir eficazmente con los principios que evitan dicha resistencia.

Podemos afirmar categoricamente que el cumplimiento de los requisitos mencionados nos proporcionará en los casos expuestos una absoluta seguridad de exito en nuestros procedimiento quirúrgicos, ya de que como podemos observar la interrelación de estos principios nos permite aquilatar su importancia al actuar conjuntamente, lo que consecuentemente nos permite hacer la exodoncia como un tratamiento aceptable con un indice mínimo de dolor, traumatismo y problemas postoperatorios.

OBSERVACIONES AL REALIZAR LAS TECNICAS QUIRURGICAS.

- 1o.- El piso de la boca no deberá ser lacerado.
- 2o.- Evitar el desgarramiento, aplastamiento o cualquier tipo de trauma a los tejidos blandos.
- 3o.- Al reintegrar el colgajo a su posición origi--

nal, se controlará la hemorragia con suturas y apósitos a presión para evitar la formación de hematomas.

Lo.- Las suturas se efectuarán en sentido perpendicular a la línea de incisión, en la encía los puntos se efectúan en las zonas interproximales, los puntos deberán ser retirados entre el 5o. y 8o. día postoperatorio.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

Respecto al instrumental quirúrgico que se suele emplear durante la extracción dentaria, así como en los diversos tratamientos quirúrgicos a exponer en el presente -- trabajo, incluimos la siguiente lista de ellos enunciando a continuación de cada uno su empleo durante dicho procedimiento. obviamente no todo el instrumental que se mencionase emplea siempre, ya de que esto depende desde luego del tipo de operación que se lleva a cabo, de igual manera complemento esta lista con un material complementario que suele ser de gran importancia tanto en situaciones comunes como cuando existen complicaciones inherentes al tratamiento.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA
TEJIDOS DUROS.

<u>INSTRUMENTO</u>	<u>EMPLEO.</u>
Motores de Alta y Baja Velocidad	- Empleo de fresas para eliminar Tejidos duros
Pieza de Mano	- Eliminación de tejidos duros.
Contrangulo	- Empleo de fresas para eliminación de tejidos duros
Fresas de fisura de Carburo del No. 702 y 703.	- Eliminación de hueso y -- seccionamiento de dientes
Fresa grande para hueso del No. 4 a baja velocidad	Se emplea como lima rotatoria para alisar cargenes oseos en torno y dentro de un alveolo de extracción.
Lima para Hueso	- Limar hueso para alisar -- bordes óseos, etc.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Pinza de Sluementhal | - Se emplea como cortadora de hueso. |
| Alicates de corte lateral | - Cortadora de hueso |
| Alveolotomo u osteotomo (Pinza subia) | - Cortadora de hueso reguladora de bordes cortantes |
| Forceps (varios) | - Extracción de piezas dentarias. |
| Elevador recto del No. 40 | - Luxación y extracción de -- piezas y restos radiculares |
| Elevador de Potts, Winter-Creyer | - Luxación y extracción de -- 3eros. molares inferiores. |
| Cureta de extremo doble | - Curetaje de alveolos dentarios. |
| Martillo y escoplo | - Eliminación de hueso (casi en desuso por lo traumático). |
| Instrumentos plasticos de - Wagner | - Se utilizan como sondas periodontales y elevadores de ápices radiculares. |

INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TEJIDOS BLANDOS.

- | | |
|--|---|
| Jeringa, agujas y cartuchos | - Anestesia al paciente |
| Mango de bisturí Bard-Packer No. 3 y hojas del No. 11, 12 y 15 | - Incisión de colgajos para -- lograr la exposición de la -- zona quirurgica. |
| Legras | - Desprendimiento de epitelio y mucoperiostio |
| Elevador periostico del No. 9 | - Separación y elevación de -- mucoperiostio |
| Separadores Seldin | - Separadores de carrillos y colgajos. |
| Pinzas para disección | - Usos varios |

- Tijeras curvas - Para gingivectomias (corte de encía)
- Tijeras puntiagudas - Eliminación de puntos de sutura
- Tijeras romas - Usos varios (cortar material de suturas y gases)
- Pinzas hemostaticas curvas de 15 cms. - Hemostasia durante la cirugía.
- Porta agujas, agujas y sutura de 000 - Aplicación de puntos de sutura.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

- Gerro, cubreboca y guantes de goma. - Esterilización para el operador y ayudantes
- Compresas, torundas, alóstitos vendas y paños de campo operatorio - Usos varios y esterilización del campo operatorio.
- Eyectores de saliva - Eliminación por succión de saliva, agua, sangre y residuos óseos.
- Suero fisiológico y/o agua bi destilada - Lavado de la zona
- Gasa yodoformada con sulfa o butyn Metaphen - Ataque de alveolo seco hasta lograr la epitelización normal
- Wunder-Fack u Odontopaq - Apositos complementarios para lograr la epitelización normal en casos comunes o alveolo seco.
- Gelfoam o Surgicel - Inhibición de hemorragias severas
- Cat-Gut - Aplicación de puntos en planos profundos
- Hueso de Kelvin o similar - Neoformación de hueso.

**GENERALIDADES AL EFECTUAR
TRATAMIENTOS QUIRURGICOS**

Todos y cada uno de los tratamientos realizados - para los distintos padecimientos o anomalías a travez de la cirugía oral, presentan especificaciones, sin embargo considero que dentro de éstas existen generalidades por lo cuales menciono a continuación.

(P A S O S)

1o.- Premedicación (opcional)

2o.- Aplicación del anestésico.- es conveniente - efectuarla antes de cubrir el campo operatorio si la aplicación es con anestesia local, en caso de ser anetesia general se cubrirá primero el campo y posteriormente se aplicará el anestésico.

3o.- Asepsia de la zona quirurgica

4o.- Incisión y exposición del colgajo

5o.- Operación propiamente dicha

6o.- Lavado de la zona

7o.- Sutura

8o.- Cuidados post-operatorio.- Deben incluir el control de la hemorragia, del dolor, de la inflamación, así como dieta, actividad e higiene bucal.

Huelga decir que con respecto al instrumental --- enunciado éste deberá de reunir los mas elementales requisitos de esterilización, tanto en unos como en otros debiendo estar igualmente perfectamente afilados para evitar displaceraciones en los tejidos a tratar.

La finalidad principal de enunciar los principios de la cirugía oral, incluyendo: Técnicas de anestesia, principios y requisitos de colgajos e instrumental quirurgico--

obedece a que estas generalidades enunciadas se suceden en las diferentes técnicas a desarrollar y que son el punto básico de esta tesis.

En efecto, enunciados y explicados ya los conceptos que anteceden a las técnicas, podemos desarrollar en forma más directa los puntos específicos de aquellos casos que nos ocupan, explicando a partir de este punto los que son de mayor importancia dentro del capitulado correspondiente a esta Tesis.

Al realizar el estudio radiográfico de las piezas a extraer, como consecuencia del mismo resaltan los diversos factores que nos dan la pauta para efectuar los distintos tratamientos quirúrgicos exodónticos. En efecto como lo menciono anteriormente, al analizar la pieza dentaria, observamos en la misma las características que nos dan las indicaciones de dicho tratamiento, los cuales se mencionan a continuación.

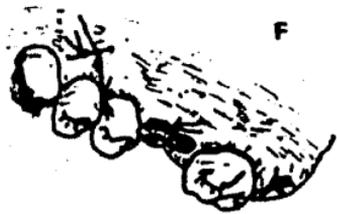
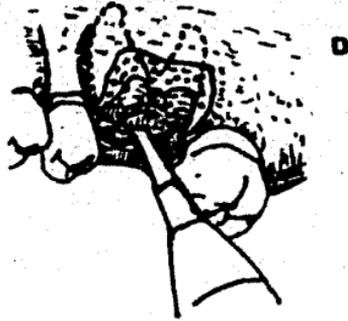
Expuestas ya las generalidades de la cirugía y los principios que rigen la exodoncia, procederemos a exponer los casos más comúnmente empleados y cuyas técnicas son aplicables a los diversos casos que suelen presentarse pudiendo realizarse este tipo de extracciones en una arcada o en otra.

CASO CLINICO: Molar Superior con Marcada Divergencia y gran tamaño en sus raíces.

TRATAMIENTO: Extracción de molar superior mediante la Técnica por seccionamiento.

P A S O S.

1o.- Anestesiado el paciente se procede a la realización y rechazo del colgajo para lograr una buena exposi-



LAMINA I. EXTRACCION QUIRURGICA. TECNICA POR SECCIONAMIENTO (Molar Superior)

ción del hueso alveolar y efectuar una pequeña eliminación del mismo para exponer la trifurcación de la pieza, lo que se logra con fresa dental (Lam. 1 Fig. A).

2.- Seccionamiento de la Corona.- Mediante el uso de una fresa apropiada se secciona la corona y la raíz palatina, separandola de las raíces vestibulares (Lam. 1 Fig. B).

3.- Extracción de la Corona.- Realizada la separación de la corona y la raíz palatina de las raíces vestibulares, se procede a la extracción propiamente dicha de ta les estructuras. (Lam. 1 Fig. C).

4.- Las raíces vestibulares a su vez se seccionan con fresa para facilitar su extracción (Lam. 1 Fig. D).

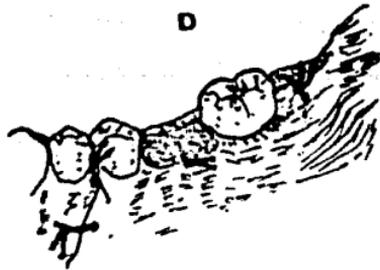
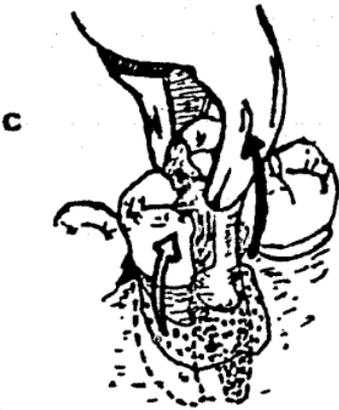
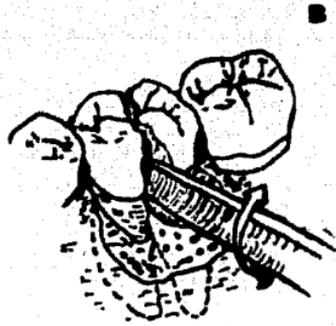
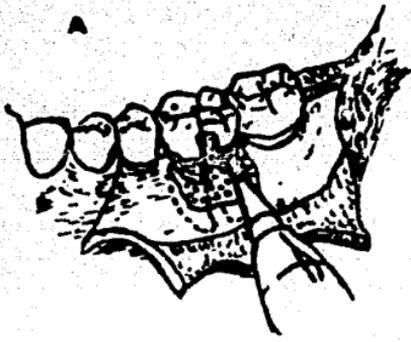
5.- Mediante el uso de elevadores se procede a la extracción de las raíces vestibulares en forma individual (Lam. 1 Fig. E).

6.- Previa limpieza del alveolo, se vuelve el colgajo a su posición original y se procede a la sutura del tejido blando cerrando el campo operatorio (Lam. 1 Fig. F).

CASO CLINICO: Molar Inferior con Raíces que presentan gran tamaño y acentuada divergencia.

TRATAMIENTO: Extracción por Seccionamiento.

1o.- Previa anestesia al paciente, se realiza el colgajo incidiendo bastante lejos de la zona operatoria y del agujero mentoniano lo que evita su posible traumatización y proporciona un acceso adecuado al campo quirurgico. Se reduce el hueso vestibular en cantidad necesaria para ex poner la bifurcación de las raíces, se efectuan en la pieza surcos longitudinales hacia la corona, desde la bifurcación hasta el surco vestibular logrando así su seccionamiento. -



**LAMINA 2. EXTRACCION QUIRURGICA DE
MOLAR INFERIOR (Técnica por seccionamiento)**

(Lam 2 Fig. A).

20.- Con un elevador se fractura el diente en una parte mesial y otra distal, lo que se logra girando el elevador en la ranura vestibular como se indica en la figura correspondiente (Lam. 2 Fig. B).

30.- Las mitades unirradiculares del molar se extraen por separado con un elevador o con un forcep 151 o especializado (raigenera) (Lam. 2 Fig. C).

40.- Se limpia el alveolo y se cierra mediante su sutura con seda (Lam. 2 Fig. D).

En relación con las piezas unirradiculares, su extracción se logra generalmente sin mayor problema aplicando las fuerzas que para tal efecto están indicadas. Ahora bien la posición y configuración de la raíz puede dar origen a la fractura de la misma, lo que suele ocurrir generalmente por falta de vitalidad de la pieza, lo que reduce la aplicación de una fuerza útil con la consecuente fractura, la que suele ocurrir en estos casos a nivel del tercio medio o cervical.

De igual forma cuando la raíz presenta marcada angulación en el ápice, la fractura suele ocurrir a nivel de tercio apical.

Otros casos en que la raíz suele quedar en su alveolo, lo constituye el hecho de haber eliminado la corona de la pieza por motivos protéticos como lo es el caso de portadores de corona de espiga o muñones, en todo caso la extracción quirúrgica del ápice radicular retenido está indicada como el tratamiento de elección.

Los casos expuestos son tema de desarrollo posterior en la elaboración del presente trabajo.

EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTES ANQUILOSADOS.

Uno de los tantos factores que influyen y deben ser considerados para poder llevar a cabo una extracción, lo constituye la anquilosis del diente al hueso, el cual es un fenómeno raro que suele presentarse en los segundos molares primarios inferiores y muy raramente en dientes permanentes.

La anquilosis se origina al existir resorción radicular seguida de una reparación en la que el cemento o hueso se unen a la raíz dental con el hueso alveolar. Es una secuela rara pues no necesariamente la resorción radicular culmina en anquilosis, desconociéndose la causa de este fenómeno tan esporádico. Más aun cuando no se conoce su origen, han sido considerados como factores etiologicos asociados: el traumatismo y la infección, en virtud de que suele presentarse como secuela de una lesión traumática, en especial el trauma oclusal o como resultado de una inflamación periapical causada por una infección pulpar, de igual forma se ha observado posterior a un tratamiento endodóntico en el que existió irritación o lesión intensa del ligamento parodontal.

A estos dientes se les denomina al presentarse en molares primarios "dientes sumergidos", dada la ilusión óptica que originan pues al persistir y no exfoliarse impiden su ulterior reemplazo por dientes permanentes, y como los dientes adyacentes permanentes ya erupcionaron el diente primario parece sumergido por debajo del nivel de oclusión, esto obedece al continuo crecimiento del reborde alveolar y al menor tamaño de la corona, cambiando así el nivel relativo de la oclusión y no la posición del diente.

Su diagnóstico se sospecha clínicamente confirmandose gracias al estudio radiográfico, del cual como dijimos anteriormente se observa el fenómeno al estudiar el hueso de sostén, el cual al estar ausente confirma la fusión evidente del hueso con la raíz alveolar.

Clinicamente se puede hacer evidente que la lesión existe al momento de llevar a cabo la extracción, encontrándose en estos casos considerables dificultades, las que suelen exigir procedimientos quirúrgicos para lograr la extracción.

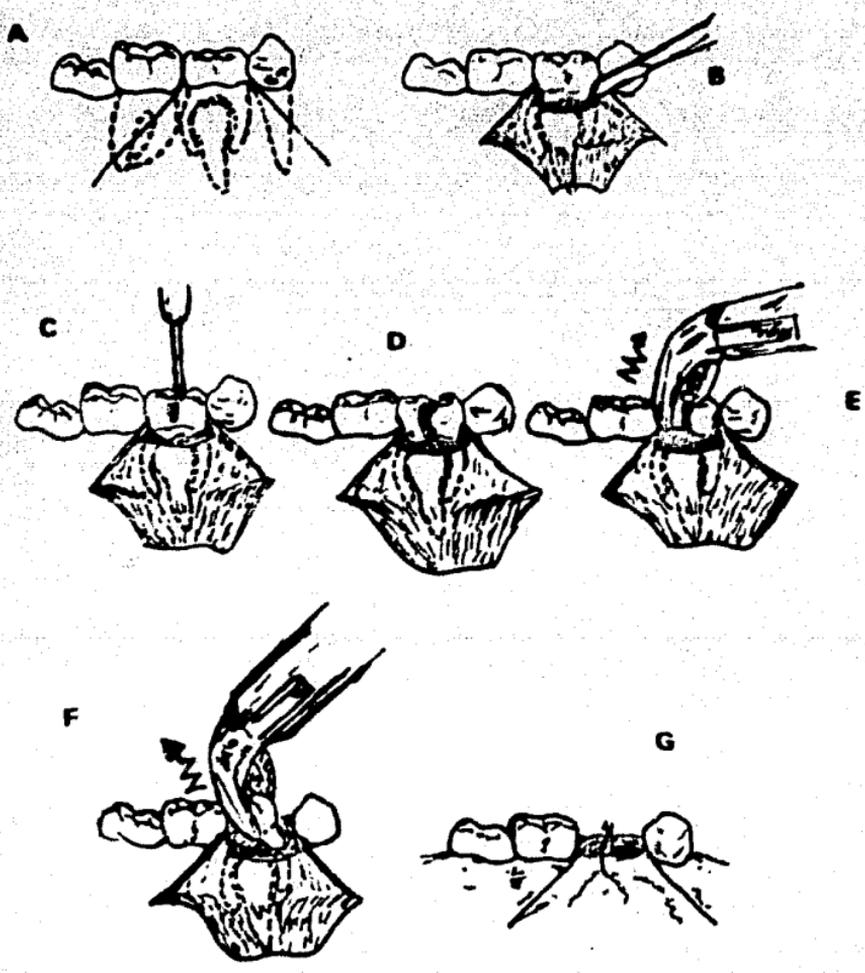
Respecto a su tratamiento, esta anomalía suele ser tratada mediante la extracción quirúrgica del diente anquilosado, lo que generalmente se hace con la finalidad de impedir una maloclusión, igualmente ante la presencia de un trastorno periodontal local o infección severa. Estos dientes suelen tener un buen pronóstico y salvo las razones expuestas, suelen servir indefinidamente.

EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTES PRIMARIOS ANQUILOSADOS.

T E C N I C A (PASOS)

1o.- Estado prooperatorio en que se observa un segundo molar primario cuyas raíces abrazan al premolar permanente no erupcionado como consecuencia de la anquilosis, la extracción deberá de efectuarse de manera tal que al efectuarla no se vea afectado el diente no erupcionado, se observa el corte que deberá de efectuarse para la realización del colgajo. (Lam. 3 Fig. A).

2o.- Rechazado el colgajo mucoperiostico que expone la cortical ósea, se procede a eliminar un tercio de esta con escoplo y martillo o fresa (Lam. 3 Fig. B).



LAMINA 3. EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE ANQUILOSADO "LEYENDA EN EL TEXTO"

30.- Mediante el uso de una fresa se secciona la corona de la pieza anquilosada (Lam. 3 Fig. C).

40.- Estado que presenta la corona efectuado el seccionamiento, donde se observa la separación de la bifurcación (Lam. 3 Fig. D).

50.- Mediante el uso de un forcep No. 151 o 300-se procede a la extracción de la raíz distal con la porción de corona correspondiente a dicha zona (Lam. 3 Fig. E).

60.- Con la misma pinza se procede a la extracción de la raíz mesial, dándole en ambos casos la aplica-- de la fuerza en la dirección debida considerando la posi--- ción que radiográficamente se observó guardaban las raíces.. (Lam. 3 Fig. F).

70.- Se coloca el colgajo en su posición original y se procede a suturar. Estado Final (Lam. 3 Fig. G).

En caso de llevarse a cabo la eliminación quirúrgica de un diente permanente anquilosado, habrá de llevarse a cabo la eliminación ósea necesaria para poder trabajar al nivel de la fusión con la finalidad de seccionar a eliminar el hueso al que se encuentra adherido para lograr la extracción. Igualmente si algun resto radicular queda como se secuela de una extracción en estos casos y se comprueba poste- riormente que no presenta ni clinica ni radiográficamente - signos de actividad, deberá de dejarse dicho resto del ápice radicular con la implantación ósea que presenta, dado -- que su extracción en estas circunstancias sería mas perjudi- cial que benefica.

EXTRACCION QUIRURGICA DE RAICES (APICES) DENTARIOS.

Cuando se presentan casos en los que la vitalidad pulpar se ha perdido y no existe la posibilidad de emplear una fuerza util para efectuar la extracción común en virtud de que existe solo el remanente de la corona como consecuencia de caries avanzada con pérdida de casi la totalidad de la misma o por haberse realizado en la corona restauraciones extensas, existiendo además destrucción del piso de la cámara pulpar, la extracción quirúrgica de las raíces dentarias es el tratamiento indicado a seguir.

Se exponen a continuación los casos en los que intervienen los factores enunciados:

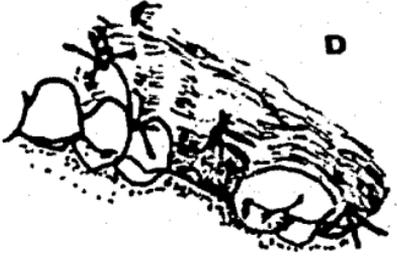
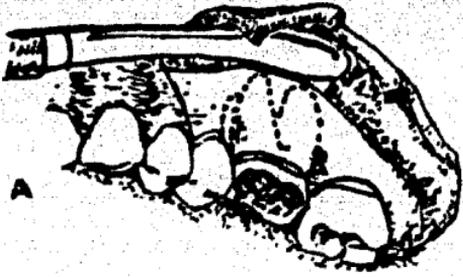
EXTRACCION DE RAICES DE UN MOLAR SUPERIOR.

1o.- Lámina en la que se observa el estado preoperatorio observandose un molar superior en el que existe la pérdida de la corona. Podemos apreciar en ella el rechazo de un colgajo efectuado con la finalidad de lograr la exposición ósea de la cortical vestibular (Lam. 4 Fig. A).

2o.- Eliminación Ósea.- Rechazado el colgajo se procede a la eliminación de una pequeña cantidad de hueso cortical con la finalidad de exponer la trifurcación, lo que permite se proceda al seccionamiento de cada una de las raíces (Lam. 4 Fig. B).

3o.- Seccionadas las raíces se procede a la extracción individual de cada una de ellas mediante el uso de un forcep de extremos finos (Lam. 4 Fig. C).

4o.- Extraídas las raíces se procede a la limpieza del alveolo y se cierra el mismo mediante suturas (Lam. 4



LAMINA 4. EXTRACCION QUIRURGICA DE RAICES SUPERIORES (Tecnica por seccionamiento)

Fig. D).

El procedimiento para la extracción de raíces - del maxilar inferior es el mismo que se ilustra.

EXTRACCION DE RAIZ UNIRRADICULAR
DE PREMOLAR INFERIOR.

TECNICA: Seccionamiento Longitudinal.

1.- Estado en el que podemos observar la ausencia de la corona de la pieza y consecuentemente la posibilidad de no obtener una adecuada fuerza util para su extracción por los medios comunes, por lo que se efectua la misma quirúrgicamente. Podemos observar que se ha efectuado un -- colgajo y realizado su rechazo para lograr la exposición -- ósea y obtener un correcto campo operatorio (Lam. 5 Fig. A)

2o.- Con fresa dental se realiza una ranura de grosor suficiente para permitir la introducción de un elevador recto. (Lam. 5 Fig. B).

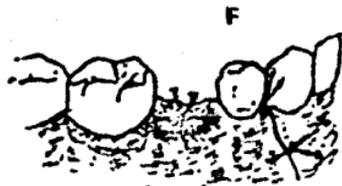
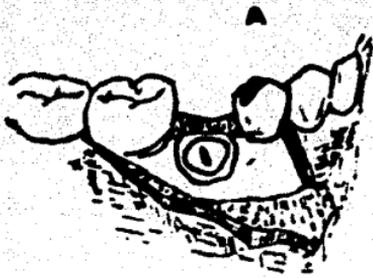
3o.- Se introduce el elevador en la ranura hecha y mediante el giro del mismo se provoca la fractura de la raíz en una parte distal y otra mesial. Se realiza la extracción de los trozos pequeños con el mismo instrumento o con extractora de fragmentos apicales. (Lam. 5 Fig. C).

4o.- Con una fresa de fisura delgada se realiza una hendidura entre la raíz que persiste y el alveolo sobre el que se apoya la misma. (Lam. 5 Fig. D).

5o.- Con un elevador se luxa la raíz y se procede a su extracción (Lam. 5 Fig. E).

6o.- Se procede a la limpieza del alveolo y sutura. (Lam. 5 Fig. F).

Los casos expuestos anteriormente como hemos podido observar son aquellos en los que a pesar de existir --



LAMINA 5. EXTRACCION QUIRURGICA DE RAIZ UNIRRADICULAR. (Seccionamiento longitudinal)

solo la raíz dentaria, ésta conserva gran parte de su integridad manteniéndose al nivel del margen gingival, siendo - hasta cierto punto relativamente fácil (en lo que al procedimiento quirúrgico se refiere), llevar a cabo su extracción

Pero existen casos en los que al realizar la extracción de la pieza ocurre la fractura de la misma en sus raíces dentarias, la que se produce muy por debajo del margen gingival existiendo además divergencia en las mismas lo que dificulta aun mas la extracción de dichos restos radiculares. En tales casos la técnica quirúrgica será la misma, - es decir a cielo abierto o por medio de colgajo, lo que persigue los siguientes objetivos:

a).- Permitir la visión clara del operador en una zona llena de sangre, donde los alveolos no pueden ser tratados a ciegas por el peligro de crear el desplazamiento de los ápices dentarios hacia: El seno maxilar; El Conducto - Dentario Inferior; El Espacio Submandibular a travez de la cortical lingual de la mandibula al trabajar Jeros. molares o en el: Maxilar a travez de la cortical vestibular hacia - los tejidos blandos de las mejillas.

b).- Eliminar la cortical externa en cantidad necesaria (generalmente mayor a la que se elimina en los casos anteriormente expuestos), para lograr trabajar con el instrumental apropiado a nivel semejante al del margen gingival, lo que facilita la manipulación y extracción que se persigue.

De manera general, ya sea en los casos enunciados al principio o en los segundos, la extracción quirúrgica de las raíces deberá llevarse a cabo, ya sea en el momento de la extracción o posteriormente, en virtud de que la presencia en los alveolos de raíces fracturadas serán causa local

de dolor e inflamación, lo que obviamente repercute en cualquier tipo de prótesis que se pretenda colocar.

En relación con la localización de las raíces en rebordes desdentados ya cicatrizados, ésta se logrará mediante un examen radiográfico detallado, el que nos indicará con precisión la situación del resto radicular o fragmento apical, lo anterior se dificulta hasta cierto punto al existir ápices dentarios cercanos al seno maxilar o al conducto dentario inferior por existir en estos casos la posibilidad de forzar al interior de dichas estructuras las raíces durante el acto operatorio. En el caso de piezas cercanas al seno del maxilar se recomienda la técnica radiográfica por desplazamiento de icagen, ya de que ésta nos informará adecuadamente y nos dará un margen de seguridad para efectuar la intervención quirúrgica, evitando así complicaciones inherentes al acto operatorio.

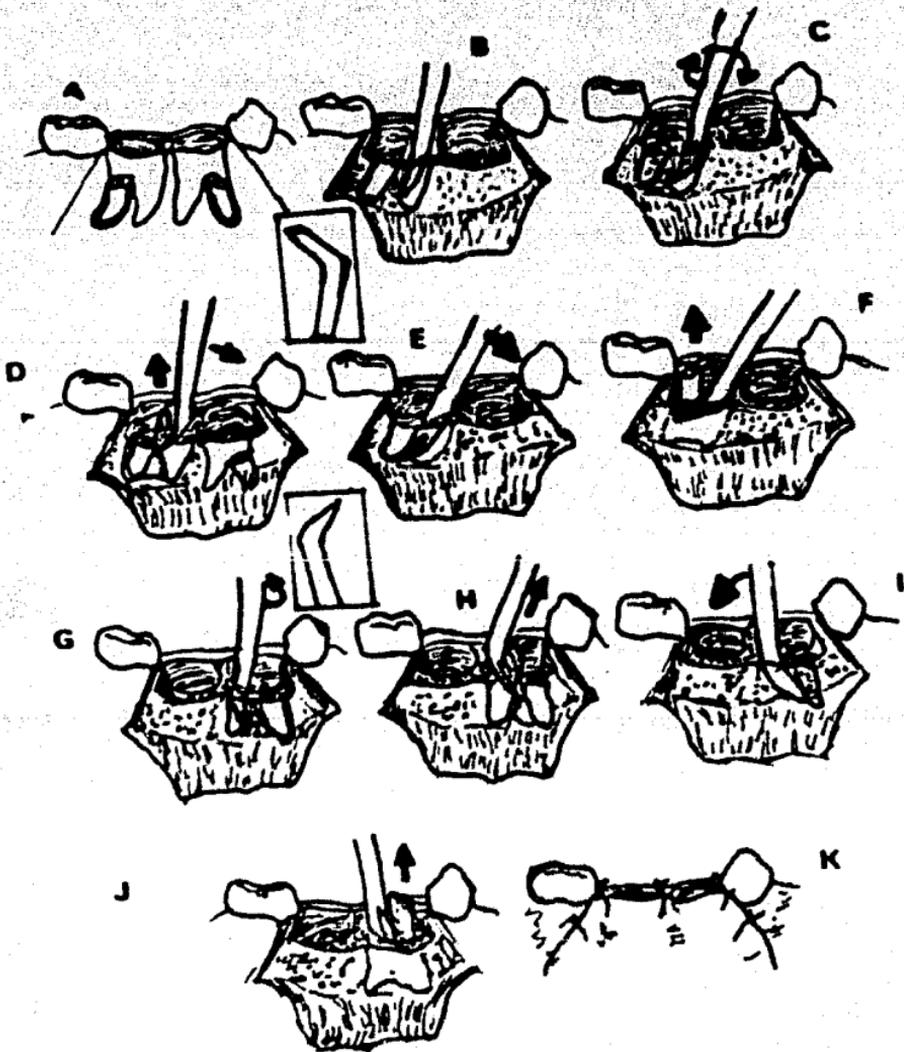
Se exponen a continuación algunos ejemplos de ápices dentarios persistentes en su alveolo, cuya fractura se presenta por debajo del margen gingival en rebordes desdentados o bien cercanos al seno maxilar, en todos los casos la extracción quirúrgica por las técnicas que se exponen serán el tratamiento de elección.

CASO No. 1

EXTRACCION DE RAICES DE MOLARES INFERIORES

1.- Estado preoperatorio en el que se observan -- fracturadas las raíces mesial y distal de 2do. y 1er. molar inferior respectivamente, por debajo del margen gingival --- (Lam. 6 Fig. A).

2.- Se realiza un colgajo amplio para exponer la cortical ósea de ambos alveolos, efectuado esto se procede a la eliminación ósea de la cortical en su margen gingival has



LAMINA 6. EXTRACCION QUIRURGICA DE RESTOS
RADICULARES (Leyenda en el texto)

ta llegar a la cortical gruesa, permitiendo así una más accesible y correcta manipulación a este nivel para lograr la extracción propuesta (Lam. 6 Fig. B).

3.- Mediante el uso de elevadores de mango de -- cruz No. 141 o 14D, los cuales son apropiados para la eliminación de raíces profundamente alojadas en su alveolo, se aplica el instrumento (hoja de elevador cruzada No. 14D) en la unión del hueso vestibular con el hueso interradicular - para lograr la fractura del mismo (Lam. 6 Fig. C).

4.- Lograda la fractura del hueso interradicular se procede a la eliminación del mismo (Lam. 6 Fig. D).

5.- Colocando la hoja del elevador a nivel apical se rota el mango dirigiendo la hoja debajo del ápice radicular para lograr la luxación de la pieza remanente en caso de encontrarse aun adherida. (Lam. 6 Fig. E).

6.- Efectuado esto se procede a la extracción de el resto radicular (Lam. 6 Fig. F).

De igual manera se puede apreciar el mismo procedimiento para la raíz mesial del 1er. molar, utilizando en este caso el elevador 141 ó 111.

7.- Por medio de la rotación del instrumento se procede a la fractura del hueso interradicular (Lam. 6 Fig. G).

8.- Se procede a la extracción del hueso interradicular (Lam. 6 Fig. H).

9.- Se aplica el elevador a nivel apical para lograr la luxación del resto radicular (Lam. 6 Fig. I).

10.- Extracción del resto radicular (Lam. 6 Fig.- J).

11.- Previa limpieza de los alveolos se procede a colocar el colgajo en su posición original y se sutura. (Lam

6 Fig. K).

CASO II.

EXTRACCION DE RAIZ LOCALIZADA EN
AREA PROXIMA AL SENO MAXILAR

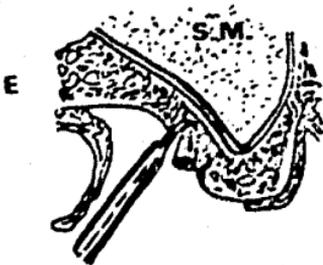
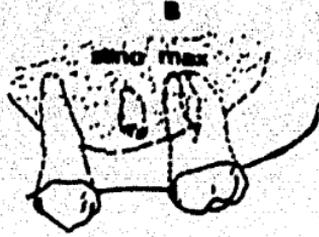
10.- Estado preoperatorio en la que se aprecia la posición de la raíz por palatino, se observa de igual forma que se ha efectuado un colgajo incidiendo alrededor del cuello de las piezas adyacentes para lograr la obtención de -- una buena luz en el campo operatorio. (Lam 7 Fig. A).

20.- Figura en la que podemos observar que el seno se encuentra descendido dando la apariencia de localizarse la raíz dentro del mismo, la técnica radiográfica por desplazamiento de imagen nos proporcionará la localización --- exacta (Lam. 7 Fig. B).

30.- Habiendo logrado situar a la raíz, la cual como se observa se presenta por palatino en relación con el seno. Procedemos a eliminar una porción ósea en cantidad ne cesaria con la finalidad de lograr la exposición de la raíz (Lam. 7 Fig. C).

40.- Estado que presenta el acto quirúrgico des--- pues de haber ampliado la abertura, la cual deberá de efectuarse con todo cuidado para evitar penetrar en el seno en el momento de hacer la remoción ósea y la amplia exposición de la periferia, lo que permite la instrumentación adecuada (Lam. 7 Fig. D).

50.- Por medio de un elevador recto para fragmen-- tos apicales, se desaloja la raíz de su alveolo, aplicando en este caso fuerzas controladas para evitar la perforación del seno (Lam. 7 Fig. E).



LAMINA 7. EXTRACCION A CIELO ABIERTO DE UNA
RAIZ PROXIMA AL SENO MAXILAR.

60.- El colgajo es llevado a su posición original suturando con seda (Lam. 7 Fig. F).

Las técnicas detalladas son unos de los tantos -- ejemplos que podemos exponer al estar presentes las situaciones que determinan al cirujano dentista a llevar a cabo una extracción por medio del auxilio de la cirugía. Pero de manera general podemos decir que los tratamientos quirúrgicos en estos casos deberán de reunir los siguientes pasos y requisitos:

A).- Como en todo procedimiento quirúrgico, previa aplicación de anestésico y mediante la técnica indicada para cada caso; se procederá a la realización del colgajo para lograr la obtención del campo operatorio adecuado, exponiendo la zona ósea requerida para cada caso en particular. Huelga decir que estos colgajos deberán de reunir los principios y requisitos señalados para su realización.

B).- Eliminación Ósea.- Esta deberá de efectuarse de acuerdo a la situación que se presente, reduciendo en su caso la cantidad necesaria para alcanzar los fines que se -- pretenden (exposición de trifurcaciones o bifurcaciones, lograr vías libres de extracción, etc).

C).- El Acto quirúrgico Propiamente Dicho.- Este incluirá las manipulaciones propias del acto exóptico, entre los cuales podemos mencionar las siguientes: Seccionamientos, eliminación de hueso interradicular, luxación y extracciones propiamente dichas, lo que se logra a través del uso del instrumental señalado para tales fines.

D).- Efectuada la extracción se procederá al lavado de la zona mediante la irrigación y aspiración de la misma con la finalidad de eliminar espículas y toda clase de -- restos o partículas óseas.

50.- Concluida la realizaci3n de los actos antes mencionados, se procede al cierre de la zona mediante la aplicaci3n de puntos de sutura, generalmente seda no reabsorbible de 000.

60.- Los cuidados post-operatorios ser3n los de rutina para los actos quir3rgicos exodonticos.

Como se ha mencionado el trato adecuado a los tejidos blandos y la manipulaci3n adecuada del instrumental permitir3 en los casos tratados, obtener como resultado una extracci3n con el menor traumatismo posible gracias a la intervenci3n quir3rgica afectuada.

EXTRACCION QUIRURGICA DE APICES FRACTURADOS.

Como se ha venido comentando, una de las mas frecuentes obstaculos que impiden la elaboraci3n de una pr3te--sis lo constituye la presencia de dientes supernumerarios,--quistes, 3pices dentarios, secuelas de fracturas de 3stos, -etc. siendo en verdad alarmante la frecuencia con que se observa en aquellos maxilares supuestamente desdentados, el --promedio con que aparecen es de un 30 a un 35%, lo que es imputable a: La deficiencia quir3rgica y a la falta de interes por completar las extracciones en caso de fracturas.

En virtud de que el proceso alveolar se reabsorbe y ante la presencia de las pr3tesis 3sta presiona la promi--nencia existente originada por los residuos antes menciona--dos creando asi el consiguiente problema para el portador de pr3tesis, la eliminaci3n de dichos residuos est3 indicada. Ahora bien igualmente deber3n de ser eliminados para evitar una posible infecci3n residual, ya de que aun cuando el dien--te al cual el 3pice o fragmento radicular perteneci3 no estu--viera infectado en el momento de la extracci3n, por la des--composici3n del contenido del conducto radicular y la invasi3n de bacterias bucales, las raices remanentes o fragmen--tos de 3pices dentarios, pues 3stos pueden actuar como irri--tantes mecanicos originando una reacci3n inflamatoria y re--percutir incluso en neuralgias de origen oscuro y difi--cil --diagnostico

La realizaci3n de un ex3men radiografico completo que preceda al desarrollo de la pr3tesis nos permitir3 emi--tir un diagnostico efectivo localizando con precisi3n la zo--na en la que se presentan los cuerpos que aun permanecen en

el supuesto maxilar desdentado. Se recomienda el uso de placas ápicales en virtud de que las radiografías panorámicas - (oclusales) resultan insuficientes. Localizados los fragmentos óseos, el diagnóstico que precede a toda cirugía deberá aplicarse considerando las situaciones que se presentan, pero el criterio a seguir será desde luego aquél que rinda los mejores beneficios para el paciente.

I N D I C A C I O N E S

1.- Está indicada la extracción de raíces dentarias, ápices y todo tipo de fragmentos dentarios existentes cuando clínica o radiográficamente den signos de actividad.

2.- Se extraerán los cuerpos de inclusión extraósea, ya sea supra o infra gingival, pues aun cuando sea asintomática, ante la presencia de estos cuerpos la cavidad subgingival estará infectada.

3.- Los cuerpos totalmente incluidos en hueso sin signos de actividad, es probable no estén infectados ni en riesgo de estarlo, por lo que no es necesaria su eliminación (piezas anquilosadas carentes de actividad). El diagnóstico radiográfico deberá ser agotado al máximo en virtud de que en ocasiones suelen ser diagnosticados los casos inicialmente enunciados en forma errónea, siendo en realidad submucoso

4.- No se deberán de extraer los cuerpos profundamente impactados en hueso, radiográfica y clínicamente inactivos pues su extracción representaría un mal mayor. Puede aplicarse igualmente para aquellos residuos que persisten en piezas anquilosadas.

Para la realización del acto quirúrgico un factor importante a considerar lo es:

La Edad del Paciente.- en relación con ésta pode-

mos mencionar las siguientes consideraciones:

a).- En los pacientes jóvenes la cirugía es mejor tolerada que en pacientes de edad avanzada.

b).- De igual forma es conveniente en pacientes jóvenes, la conservación de los 3eros. molares, ya de que estos estimulan la formación y osificación de las tuberosidades ayudando a su integración, lograda ésta será el momento oportuno de llevar a cabo la extracción, esto es aceptable dado que se considera el uso a largo plazo de una prótesis en un paciente joven.

c).- La extracción de dientes incluidos, así como toda clase de restos radiculares, deberá de efectuarse en pacientes de edad avanzada, aun cuando su actividad sea casi escasa o muy lenta, en virtud de que si ésta se acelera con el paso de los años y se efectúa hasta entonces la intervención, el estado general del paciente estará ya en franca declinación.

La eliminación quirúrgica de apices fracturados requiere de una técnica semejante a la de la extracción quirúrgica de raíces dentarias fracturadas debajo del margen gingival, realizando en estos casos la creación de ventanas óseas para efectuar la extracción con un menor índice de eliminación ósea.

En estos casos al material quirúrgico empleado generalmente es conveniente incluir la presencia de elevadores apicales y pinza para fragmentos apicales, denominada también pinza para esquirlas. El primero es decir el eyector apical es un elevador en miniatura y son: El No. 1 que es recto y el 2 y 3 de aplicación mesial y distal respectivamente. La pinza extractora semeja una pinza hemostática con mordientes largos y delgados.

Se exponen a continuación técnicas para llevar a cabo la extracción al presentarse los residuos mencionados.

EXTRACCION DE APICES RADICULARES FRACTURADOS.

CASO CLINICO: Extracción de Apice Radicular de -
Premolar Inferior.

1.- Estado preoperatorio en el que podemos observar la raíz in situ (Lam. 8 Fig. A).

2.- Colgajo mucoperiostico efectuado para lograr la exposición ósea de la zona a operar (Lam. 8 Fig. B).

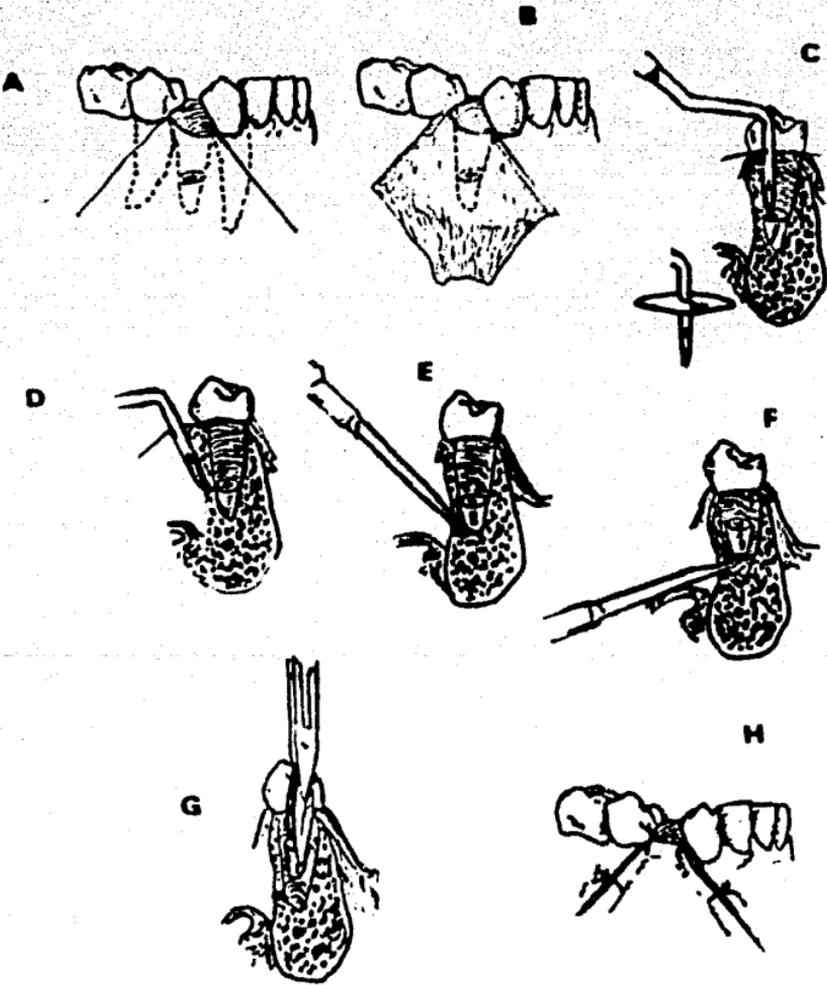
3.- Por medio de instrumento que penetre en el alveolo con un disco de goma colocado, se procede a la medición de la profundidad del alveolo. Se puede observar el instrumento colocado en el alveolo midiendo la longitud a la que habrá de llevarse a cabo la eliminación requerida para lograr un acceso adecuado a los instrumentos (Lam. 8 Fig C).

4.- Se marca la distancia obtenida por la superficie vestibular para efectuar la eliminación que permita la manipulación y extracción del ápice (Lam. 8 Fig. D).

5.- Eliminada la cresta sobre la superficie vestibular, se coloca un elevador punteagudo a travez del hueso vestibular efectuando un movimiento rotatorio en un punto muy proximo al ápice (Lam 8 Fig. E).

6.- Con este movimiento rotario, el elevador colocado debajo de la raíz, la desaloja de su sitio logrando su elevación (Lam. 8 Fig. FO).

7.- Mediante el uso de una pinza para fragmentos apicales se procede a la extracción del ápice fracturado. -



**LAMINA 8. EXTRACCION QUIRURGICA DE APICE
RADICULAR FRACTURADO**

(Lam. 8 Fig. G).

8.- Se coloca en su sitio el colgajo efectuado y se procede a suturar. (Lam. 8 Fig. H).

Es condición en estos casos trabajar la zona operada con sumo cuidado, basandonos en un estudio radiográfico detallado con la finalidad de no traumatizar el paquete del conducto dentario inferior al aplicar el instrumental con que se opera, dado que la traumatización provocaría la persistencia de anestesia en posoperatorio, dependiendo de la extensión del trauma.

EXTRACCION DE UN APICE RADICULAR CERCANO AL FISCO DEL SENO MAXILAR

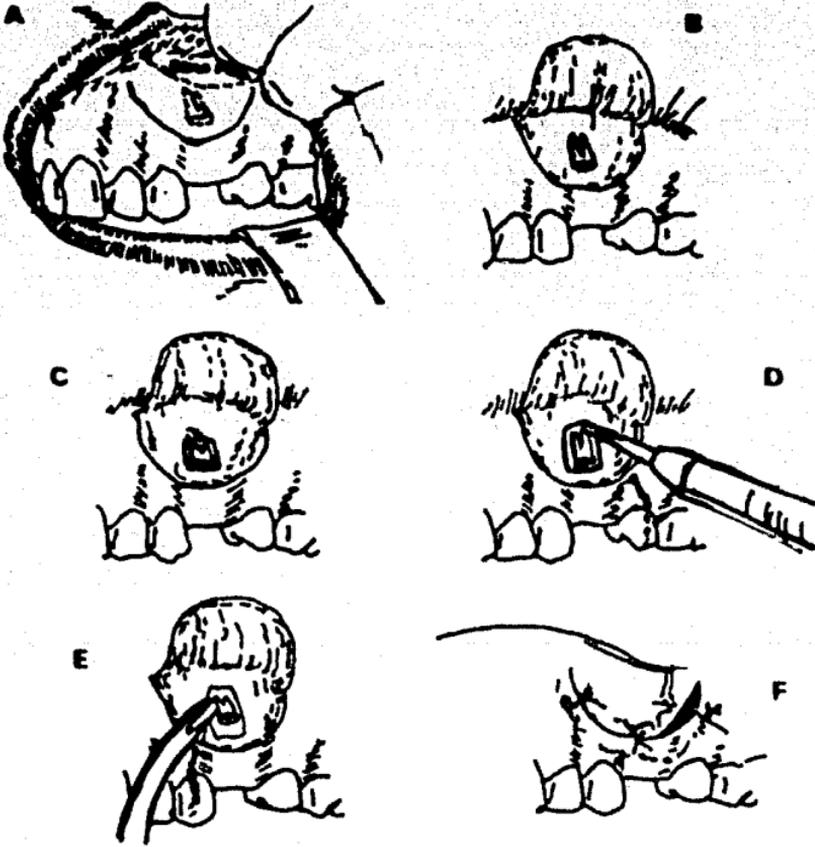
1.- Estado preoperatorio en que se observa el ápice de un premolar superior, cercano al piso del seno maxilar, se señala con una línea el trazo que deberá efectuarse para la realización del colgajo (Lam. 9 Fig. A).

2.- Se efectúa una incisión para la realización del colgajo, se efectúa el semilunar o de Parstch, estado que presenta desprendido el mucoperiostio y donde se insinúa la presencia del ápice (Lam. 9 Fig. B).

3.- Separado el colgajo mucoperiostico, se procede a la eliminación de hueso que impide la presencia del ápice realizando una pequeña ventana por medio de un escople o fresa de baja velocidad con su debida irrigación para evitar la necrosis (Lam. 9 Fig. C).

4.- Con una fresa se procede a agrandar la cavidad anteriormente hecha, logrando así la exposición de todo el ápice. (Lam. 9 Fig. D).

5.- Mediante el uso del elevador apropiado se procede al desalojo y eliminación del ápice fracturado, reali-



LAMINA 9: EXTRACCION DE APICE FRACTURADO
CERCANA AL PISO DEL SENO MAXILAR

zando esta maniobra con la aplicación de fuerzas controladas para evitar alguna complicación dada la proximidad del seno del maxilar (Lam. 9 Fig. E).

6.- Se vuelve el colgajo a su posición original y se sutura (Lam. 9 Fig. F).

La técnica descrita se aplica del mismo modo para el maxilar inferior, pudiendo realizarse esta maniobra en los rebordes desdentados ya cicatrizados mediante la creación de ventanas óseas que permitan el desalojo de los ápices por la ampliación de las mismas. En tales casos dependiendo de la posición en que se encuentren habrán de considerarse las relaciones anatómicas que las circunscriben, -- es decir respetando las estructuras vecinas para evitar dar origen a complicaciones que las involucren.

En relación con lo anteriormente enunciado, podemos mencionar que las estructuras vecinas a las distintas piezas, ó ápices dentarios a extraer, tanto en maxilar como en mandíbula son:

En el Maxilar Superior: La Fosa Pterigomaxilar, - y el Seno Maxilar.

Fosa Pterigomaxilar.- Cuando gracias a nuestro -- exámen radiográfico podemos constatar que la pared distal del alveolo de los 3eros. molares lo constituye una lamina delgada, las maniobras operatorias deberán de ser cautelosas al aplicar fuerza sobre esa pared con el fin de prevenir su fractura y la consecuente proyección dentaria hacia la Fosa.

Seno Maxilar.- Se deberá de hacer una evaluación en base a la radiografía que precede a la extracción para determinar el espesor del tabique inter-apico-sinusal con la finalidad de evitar la proyección al seno de los elemen-

tos que se pretenden extirpar.

En la Mandíbula:

El Conducto Dentario Inferior.- En lo que se refiere a esta estructura anatómica se habrán de estudiar las relaciones que pudiera guardar el conducto respecto a las raíces y alveolos correspondientes (generalmente 3eros. molares con el objeto de prevenir complicaciones. Los traumatismos son generalmente causados por botador o cureta, lesionando cualquier elemento del paquete vasculonervioso, imputandose por lo regular ésto al uso indiscriminado del instrumental -- sin el debido control visual.

Agujero Mentoniano.- Es difícil constatar su lesión al llevar a cabo extracciones comunes, pero puede ser traumatizado o seccionado al realizar un colgajo sin considerar su relación anatómica al paso del corte. Su correcta ubicación previene cualquier accidente al intervenir esta zona.

Rama Ascendente del Maxilar Inferior.- Deberá de considerarse al realizar la extracción de 3eros. Molares, -- pues en dientes con dislaceraciones radiculares que requieren la elevación distal de la pieza, suele verse impedida dicha elevación por esta estructura, no considerar el obstáculo como es debido puede causar en caso de pretender forzarla; la fractura coronaria de la pieza, la luxación del 2do. molar y en casos extremos la fractura del angulo del maxilar inferior.

Mantener un control adecuado de la posición y características de cada estructura, reduce la posibilidad de dar origen a complicaciones, las cuales provocarían un mayor perjuicio al paciente

Hemos expuesto casos clínicos en los que las intervenciones quirúrgicas han sido requeridas para llevar a cabo

un tratamiento que con la manipulación común propia de la exodoncia no habría sido posible lograr. Sin embargo sería conveniente señalar que la extracción tanto de apices dentales o como en la fractura de los mismos, puede lograrse mediante el uso adecuado de botadores, recurriendo en estos casos a la eliminación del hueso interradicular, manipulando cuidadosamente con el elevador entre el ápice y la pared alveolar para lograr la luxación y exposición para dar cabida al uso de una pinza extractora de fragmentos apicales.

Se expone a continuación un caso en que se observan las generalidades mencionadas.

EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES T E C N I C A (PASOS)

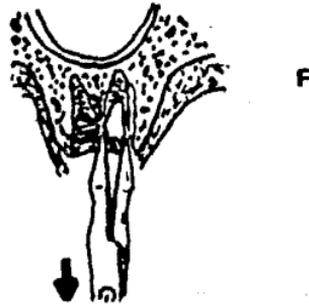
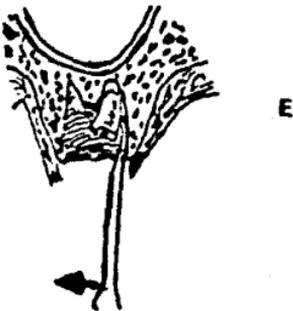
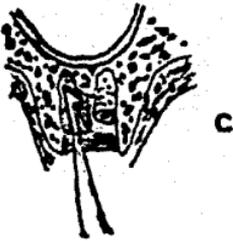
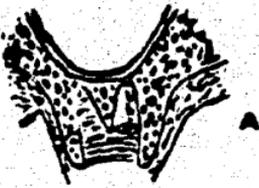
10.- Estado preoperatorio en el que se observa el resto radicular in Situ, proximo al seno maxilar, en la que cualquier fuerza de cuña que se efectue provocaría la proyección del ápice al seno (Lam. 10 Fig. A).

20.- Mediante el uso de un gancho apical de Williams, el cual se inserta en el alveolo adyacente, se provoca la fractura del hueso interradicular, en caso de que éste sea denso se elimina con fresa redonda. (Lam. 10 Fig. B)

30.- Eliminación del hueso interradicular (Lam. 10 Fig. C).

40.- Mediante el uso del mismo gancho se engancha la raíz y el ápice, previa reinserción del mismo, eliminando así la raíz por presión descendente (Lam. 10 Fig. D).

50.- En caso de existir problemas para enganchar el ápice se procede a crear un espacio entre el alveolo y la raíz a lo largo de la superficie lingual de la misma mediante el uso de una fresa redonda pequeña, en el espacio -



LAMINA 10: ELIMINACION DE APICES FRACTURADOS
TECNICAS DIVERSAS "LEYENDA EN EL TEXTO"

creado se coloca un elevador de fragmentos apicales recto - (del No. 1), dándole un giro con movimientos de cuña para - dejarlo en posición tal que permita ser tomada con una pinza de fragmentos apicales (Lam. 10 Fig. E).

6.- Extracción del ápice con pinza extractora de fragmentos apicales; ésto se logra gracias al espacio creado por la eliminación del hueso interradicular y el camino labrado en la pared del alveolo (Lam. 10 Fig. F).

Son diversas las variantes que pueden presentarse al llevar a cabo las técnicas descritas, pero la finalidad será siempre llevar a cabo la extracción con el mínimo índice de traumatismo posible al presentarse las secuelas que origina la fractura de una pieza al ser extraída.

De igual forma volvemos a insistir en la importancia que tiene la manipulación correcta de los tejidos que se ven involucrados en la intervención quirúrgica, pues dependiendo del cuidado que se les tenga, las posibilidades de éxito serán mayores dada la interrelación existente de dichos tejidos para lograr una cicatrización adecuada ausente de complicaciones post-operatorias.

CAPITULO IV.

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS CORRECTIVOS.

- 1.- Alveolotomia
 - A).- Clasificación
 - B).- Indicaciones
 - C).- Técnicas Quirúrgicas.
- 2.- Extirpación de Torus Palatino y Mandibular
 - A).- Indicaciones
 - B).- Ventajas y Desventajas
 - C).- Técnicas Quirúrgicas
- 3.- Resección de Hipertrofias de los Maxilares
 - A).- Diagnostico Quirúrgico
 - B).- Indicaciones y Contraindicaciones
 - C).- Técnicas Quirúrgicas.

ALVEOLOTOMIA.

La Alveolotomía: de alveolo y del Griego: Tome = corte; es la incisión de un alveolo y extirpación de una parte mas o menos extensa de sus paredes.

A su vez Boucher define a la alveolotomía o alveolectomía como la excisión de una parte del proceso alveolar con las finalidades siguientes:

a).- Facilitar la extracción de piezas dentales.

b).- Corregir irregularidades del reborde alveolar residual posterior a la extracción.

c).- Preparación del reborde alveolar residual para la recepción de dentaduras artificiales.

En base a esta definición y considerando que el tema de desarrollo se refiere específicamente a los puntos enunciados, nos avocaremos a tratarlos en la forma mas específica posible, sin que por ello pasemos por alto las generalidades propias del presente capítulo, pues consideraremos a la alveolotomía como una intervención quirúrgica de gran importancia.

La Alveolotomía se registra desde fines del siglo pasado y este nombre se mantiene hasta la fecha, aun cuando actualmente se ha adoptado el termino de alveoloplastia o alveolectomía, en virtud de que no la consideran tan solo como eliminación del proceso sino como el remodelado del mismo, por lo cual cualquiera de los términos empleados los consideraremos correctos para denominar la técnica quirúrgica, quedando de esta forma aclarada cualquier posibilidad de confundir a las mismas.

CLASIFICACION.

La alveolotomía se puede clasificar de la siguiente manera:

- 1.- ALVEOLO TOMIA RADICAL
- 2.- ALVEOLO TOMIA CONSERVADORA
- 3.- ALVEOLO TOMIA CORRECTORA O MODELADORA

1.- Alveolotomía Radical.- Es aquella que consiste en eliminar sistemáticamente las tablas alveolares externas para dar formas geométricas a los maxilares, su empleo ha sido erradicado prácticamente y se efectúa solo si es absolutamente indispensable realizándose en tales casos en una zona limitada.

En relación con la Alveolotomía Radical, podemos comentar lo siguiente:

En virtud de que la atrofia ósea se inicia en el borde del alveolo operado, es importante observar la forma en una alveolotomía realizada en forma extensa contribuye a alterar el proceso normal de reemplazamiento óseo.

Mediante un estudio realizado en el año de 1945, se comprobó que después de grandes alveolotomías (radicales) la atrofia se volvía más rápida y difícil de detener, que en las alveolotomías conservadoras, de dicho estudio se llegó a la conclusión de que:

a).- La Alveolotomía Radical excepto en casos específicos de anomalías especiales, se encuentra contraindicada dado el perjuicio que ocasiona.

b).- Los problemas de la excesiva reabsorción ósea que se traducen en falta de retención para la prótesis se producía después de estas alveolotomías, que está relacionada y se agrava proporcionalmente de acuerdo a la cirugía

Pero la realidad estriba en que la reabsorción ósea excesiva se presenta en muchos casos, aun cuando exista ausencia de tratamientos quirúrgicos (alveolotomías); en base a esto, podemos decir incluso que no se conoce una manera de predeterminar el volúmen de hueso que se formará -- despues de una alveolotomía, ni el grado de atrofia que sucederá a la misma. Esto obviamente actúa en favor de dichos -- actos quirúrgicos, pero pese a esto se consideraron como -- atribuibles de estas alveolotomías las siguientes consecuencias:

A).- Despues de una alveolotomía no se puede esperar crecimiento óseo que sustituya el hueso eliminado quirúrgicamente, si no en proporciones mínimas

B).- La cantidad de hueso neoformado será considerablemente menor en un alveolo reducido quirúrgicamente que sin alveolotomía, debido a la falta de determinante de la osificación en el sitio operado.

Así pues la alveolotomía radical que perseguía la finalidad de eliminar quirúrgicamente las porciones de alveolos destinados a la reabsorción, fué considerada como -- una medida meramente quirúrgica sin fundamento prótico -- que arruinaba los maxilares, de igual forma fué atacada severamente por el grave atentado que ocasionaba en contra de los rebordes alveolares; este ataque provocó una grave reacción en contra de la alveolotomía radical lo que da origen a su casi completa erradicación.

ALVEOLO TOMIA CONSERVADORA.- Es aquél procedimiento quirúrgico que elicitina pequeñas porciones de hueso enfermo o que está destinado a la reabsorción para evitar que -- queden irregularidades en forma de puntas, crestas, o espinas que ocasionen molestias al portador de la prótesis.

Como su nombre lo indica, la finalidad de este tratamiento quirúrgico pretende conservar o preservar la mayor cantidad de hueso posible; siguiendo desde luego la norma de obtener un soporte apto para el sostenimiento de la prótesis ésto es, permitir la colocación de las placas y el alineamiento de los dientes, considerando en todo momento el uso a largo plazo de la prótesis.

Así pues en todos los casos, las normas de este tipo de alveolotomía y el futuro protético del paciente deberán de ser considerados por el cirujano, tanto al planear la intervención como al realizarla; especialmente ante la aparición de posibles dificultades que pudieran presentarse.

En efecto, la coordinación quirúrgico-protética nos indica que al existir esta relación, ambas ramas consideraran, ya sea en extracciones simples o hasta grandes alveolotomías su correcta planeación y ejecución en cada caso, obteniendo así armonía entre la prótesis y el maxilar operado, - estos puntos son básicos en la elaboración de prótesis inmediatas.

ALVEOLOTOMIA CORRECTORA O MODELADORA.- Es aquella que modifica la forma del maxilar haciendolo mas apto para recibir una prótesis

La modificación a que hace mención la presente definición se realiza cuando existe la necesidad de efectuarlas con fines protéticos (estéticos o mecánicos), esta es una operación puramente plastica, planteandose en ella problemas de: Posibilidad, conveniencia y riesgo, es una operación en la que al igual que la conservadora (podemos considerarla a esta dentro del tipo de la conservadora), se requiere de la armonía del cirujano y el protesista, ya de éste mediante el uso de un correcto articulador de diagnóstico

co que determina la índole y extensión del tratamiento, da la pauta para efectuar el acto quirúrgico; ésto se logra tallando en el modelo de yeso una parte del modelado requerido generalmente la mitad, el desnivel entre la parte tallada y la intacta muestra la reducción a efectuar, en base a esto corresponde al cirujano determinar si es posible realizar lo solicitado, considerando los siguientes elementos:

a).- La posición del seno maxilar (excluye en ciertos casos la ventaja de algunas reducciones en las zonas tuberales)

b).- La posición del conducto esfeno-palatino (determina el límite para algunos trabajos anteriores con fines protéticos estéticos), en caso contrario una mucosa espesa permite la reducción con escasa o nula eliminación ósea, ya que en estas intervenciones es frecuente que una porción importante de la reducción se haga a expensas del grueso corion mucoso.

En estas intervenciones es igualmente frecuente el uso de sustancias blandas, elásticas o rígidas para el rebasado mediano o inmediato cuando van acompañadas de una prótesis inmediata.

Esta es la clasificación primaria o Fundamental -- que existe de la alveolotomía; existiendo igualmente la siguiente clasificación o subclasificación, la que se hace en base a los diversos factores que intervienen al realizar la intervención quirúrgica.

CLASES DE ALVEOLIOTOMIAS.

1.- En relación con el acto quirúrgico, pueden --- ser:

A).- Previa a la Avulsión

B).- Posterior a la Avulsión

- a).- Formando parte del acto quirúrgico
 - b).- Posterior con carácter de diferida.
- 2.- De acuerdo con su objetivo; pueden ser:
- A).- De Acceso
 - B).- De Liberación
 - C).- De Rectificación
 - D).- De Estabilización

Las dos primeras se realizan cuando los cuerpos ob-
jeto de la extirpación quirúrgica ocupan aún su lugar en el-
seno de los tejidos

Las dos ultimas se realizan con fines protéticos -
directos.

- 3.- En Relación o Segun la Tabla que aborden; pue-
den ser:
- A) Vestibular
 - B).- Palatina
 - C).- Lingual
 - D).- Oclusal en procesos desdentados
 - E).- Intraseptal, eliminación de la parte pro-
fundas de los septos interradiculares

4.- En Relación con la cantidad de hueso a elimi-
nar, puede ser:

- A).- Radical
- B).- Conservadora, Se incluye dentro de esta -
clasificación a la Alveolotomía Correctora o Modeladora

Esta clasificación ha sido tratada ya en forma ge-
neral sin considerar los factores que se enuncian inicialmen-
te.

Analizando la clasificación que antecede podemos --
percatarnos que los diferentes puntos que la integran se en-
cuentran interrelacionados, conteniendo los diversos facto--

res enunciados en un solo tipo de alveolotomía. Por ejemplo: Una alveolotomía correctora puede ser conservadora, posterior a la avulsión con carácter de diferida, de rectificación y vestibular u oclusal. Esto como se observa complementa la clasificación de la Alveolotomía.

INDICACIONES DE ALVEOLOTOMIAS.

La pauta para señalar cuando está o se encuentra indicada una alveolotomía nos la proporciona la clasificación que hemos enunciado con anterioridad, las indicaciones son precisas y necesarias, pues en base a lo comentado, se puede prescindir de realizar el tratamiento quirúrgico, pero cuando está indicado éste no deberá de rehuirse; en base a lo anterior podemos clasificar las indicaciones en:

INDICACIONES PARA EFECTUAR UNA ALVEOLOTOMIA.

1.- Indicaciones de Alveolotomía con Fines Protéticos Fundamentales

A).- Eliminación de salientes óseas que impidan el sellado periférico

B).- Modificación del Maxilar por Razones Mecánicas. (Dar facilidad de entrada a una prótesis, creación de espacio intermaxilar)

C).- Modificación del Maxilar con Fines Estéticos. (Generalmente se efectúa en zona de anteriores). Las alveolotomías Modeladoras son las que se integran para este tipo de indicaciones.

2.- Indicaciones de Alveolotomía con Finalidad Protética Directa.

A).- Eliminación de Crestas o Aristas Oseas Residuales de pronta o tardía reabsorción.

La Alveolotomía Estabilizadora y de Rectificación, de igual forma se avocan al existir estas indicaciones.

Como hemos podido observar la alveolotomía forma -- parte de casi todas las intervenciones quirúrgicas de la zona dento-alveolar en las que se incluye al hueso; integra en ella procedimientos específicos, los que podemos traducir en indicaciones y que son las siguientes: Preparaciones dentarias relacionadas con la prótesis, algunos tratamientos periodontales, extracciones no constituidas por avulsión simple, eliminación o extirpación de cuerpos que requieren ser extraídos del interior de las zonas alveolares y muchos casos tales como: dientes incluidos, focos residuales, quistes etc.

En todos estos casos existe una técnica específica, ya clasificada que elimina la presencia de la anomalía que da origen a la indicación del tratamiento.

OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE LA ALVEOLO TOMIA.

La alveolotomía o alveoloplastia tiene dentro de la finalidad de su elaboración:

I.- Objetivos Primarios, que son:

A.- El modelado del proceso alveolar para facilitar la confección y adaptación de prótesis mediante la eliminación de hueso y/o tejidos blandos.

B.- Considerando el uso a largo plazo de la prótesis, evitar la excesiva eliminación de hueso previniendo -- así la excesiva reabsorción ósea.

2.- Objetivos Secundarios.

Considerando que la alveolotomía u alveoloplastia es una intervención quirúrgica y que se realiza siguiendo--

un criterio quirúrgico-prótesis, los objetivos secundarios son aquellos que repercuten favorablemente a la prótesis, tales como:

A.- Operar con la finalidad de distribuir la carga de fuerzas masticatorias sobre la mayor superficie posible (debiendo darse a los rebordes alveolares forma de "U") siendo esta del mayor ancho posible, evitando así el reborde en forma de "V".

B.- Eliminación de espacios muertos, pues estos no añaden retención a la prótesis.

C.- Eliminación de irregularidades en rebordes (redondear bordes filosos, reducir salientes voluminosas etc).

FACTORES EXTERNOS QUE INFLUYEN EN LA ALVEOLOMIA.

A.- Edad del Paciente.- Hay que tratar de evitar eliminar hueso en grandes cantidades en el paciente joven ya de que dicha eliminación lo hace mas propenso a la reabsorción ósea por ser mas plastico y ser portador de prótesis por mas tiempo que el paciente de edad avanzada.

B.- Vanidad del paciente.- Existen portadores de prótesis que suelen quitarsela con frecuencia, es decir en cuanto tienen oportunidad la desaloja, pero igualmente existen pacientes que suelen no quitarsela para nada; obviamente estos pacientes presentaran mas problemas con la reabsorción ósea por el mayor tiempo que portan la prótesis. Generalmente esto suele ocurrir a : Mujeres y hombres jóvenes, así como aquellos pacientes que efectuan trabajos cerrados (Relaciones Publicas, Negocios en oficinas etc.)- de esta base partirá el criterio para la eliminación a ---

efectuar al momento de realizar la intervención.

CONSIDERACIONES AL EFECTUAR UNA ALVEOLOMIA.

1.- La prótesis deberá de apoyarse sobre hueso comfacto y no sobre hueso esponjoso, pues éste se reabsorbe con mayor rapidez e intensidad, debiendo conservar la cortical - a expensas del hueso medular mas blando, previniendo así la - eliminación extensa de hueso.

2.- Con la finalidad de evitar un reborde en forma de "V", el cual se produce al reducir inmediatamente despues de la extracción creando espacios muertos, y poder dar soporte ancho a la prótesis y así lograr mayor superficie de contacto y soporte, habremos de posponer la alveoloplastia lo - que permite una menor eliminación ósea, por la neoformación - ocurrida en el lapso de espera (3 a 4 semanas).

3.- Al igual que en el caso anterior, deberá posponerse la alveolomía (1 a 2 meses) hasta que la formación - de nuevo hueso rellene los alveolos, ésto se hara ante la -- presencia de periodontitis avanzada con reabsorción pronun--ciada, dicha espera nos proporcionará un contorno ideal en - el reborde residual.

TIPOS DE ALVEOLOMIA

COMPRESION ALVEOLAR.

Este tipo de procedimiento fué mencionado con anterioridad al enunciar los factores post-extracción que favorecen a la formación de un reborde óptimo.

Se lo considera a ésta como la forma mas rapida y - simple de la alveoloplastia.

Esta alveoloplastia está indicada despues de reali

zar las extracciones, sobre todo en las que hubo necesidad de realizar maniobras considerables con expansión de la tabla vestibular.

TECNICA.

Realizada la extracción se efectúa con los dedos - la compresión de las tablas corticales externa e interna, lo que reduce el ancho del alveolo y elimina espacios muertos - evitando así las dificultades que éstos representan.

2.- Se sutura en el reborde gingival para mantener el tejido blando y el hueso en la posición adecuada.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE.

Este tipo de tratamiento está indicado cuando se desea reducir el margen cortical vestibular o lingual y en raras ocasiones al margen alveolar palatina o lingual.

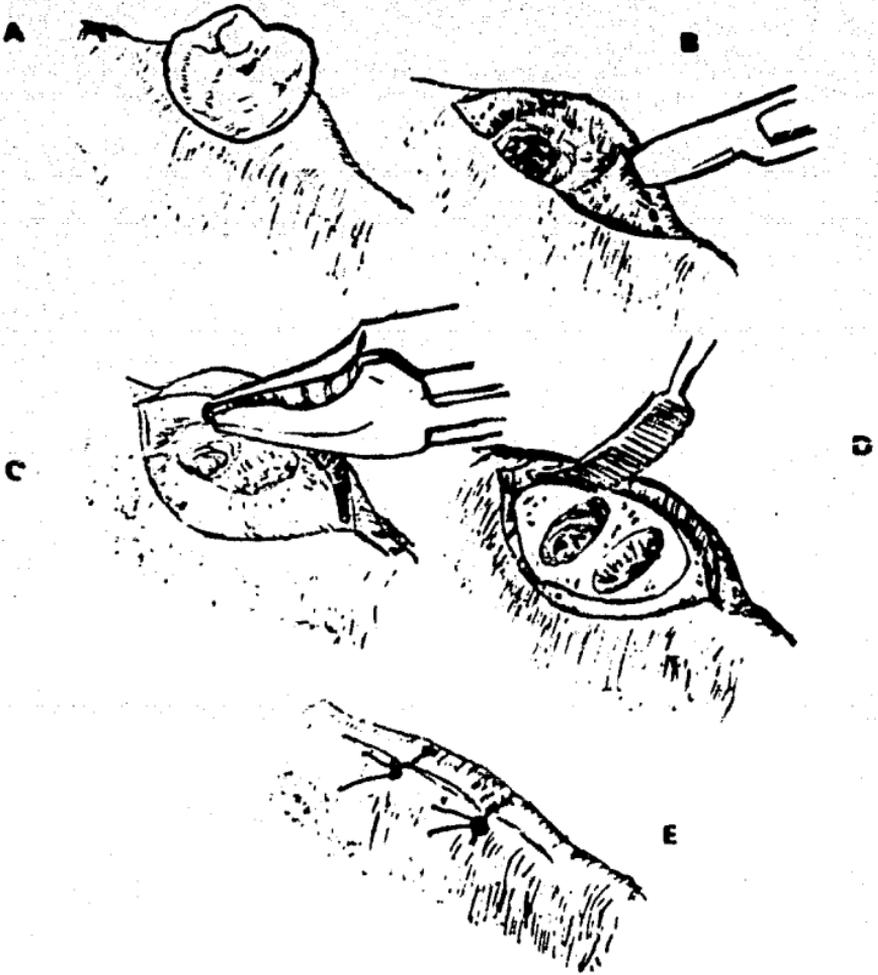
Igualmente este tipo de alveoloplastia está indicada en todos los dientes extruidos, en virtud de que al realizarse la extracción el proceso alveolar se encuentra alargado, debiendo realizarse la reducción de los márgenes óseos de dichos alveolos.

En el caso de los molares superiores extruidos es necesario realizar la reducción de las tuberosidades del maxilar para lograr el espacio entre los rebordes superior e inferior para dar cabida a la prótesis a colocar, en virtud de que el seno maxilar se suele dilatar en la tuberosidad, es necesario tener cuidado en dejar una cantidad de hueso necesaria para la formación del piso del seno.

A continuación se exponen dos casos de este tipo de alveoloplastia.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE

CASO CLINICO: Alveoloplastia Simple de un Molar --



LAMINA I. ALVEOLOPLASTIA SIMPLE DE MOLAR EXTRUIDO.

Extruido Aislado.

T E C N I C A

1.- Estado Preoperatorio

2.- Realización de Colgajo.- Se puede efectuar en este caso cualquiera de los siguientes: En forma de bolsillo Trapezoidal con una o dos incisiones liberadoras o en su caso eliminando encía en un corte en forma de cuña en la zona mesial y distal, (Lam. 1 Fig. B). La aproximación de los margenes al suturar se realiza normalmente gracias a la eliminación ósea que se realiza.

3.- Eliminación Osea.- Se separa el colgajo inme--
diatamente mas alla de la proyección ósea, la separación mas
hacia apical podría originar hinchazón extrema, hematoma, re--
tardo en la cicatrización y excesiva reabsorción ósea. Se --
procede a la eliminación de hueso en cantidad necesaria, la--
que se realiza sosteniendo la gubia en sentido paralelo al--
margen óseo del proceso alveolar. (Lam. 1 Fig. C).

4.- Con una lima para hueso se alisa correctamente
el margen en las zonas en que se efectuó la eliminación para
evitar irregularidades. (Lam. 1 Fig. D).

5.- Limpieza del Alveolo y de la zona operada.

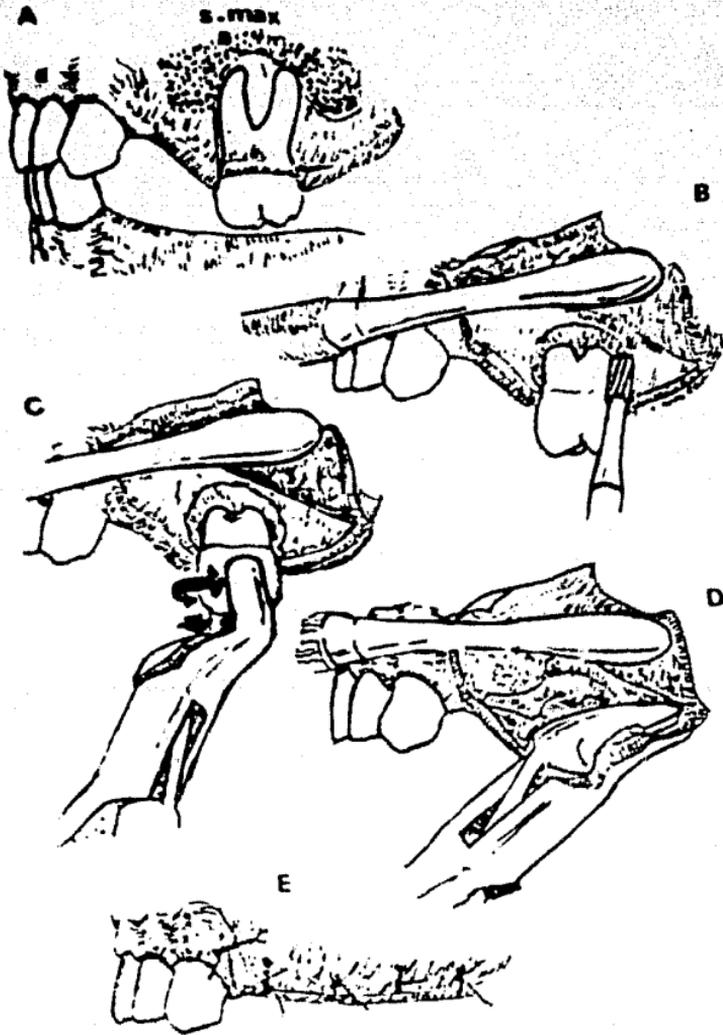
6.- Sutura de la encía (Lam. 1 Fig. E).

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE.

CASO CLINICO: Alveoloplastia Simple de Un Molar --
Extruido.

T E C N I C A

1.- Estado Preoperatorio en el que se observa que--
el reborde alveolar superior se encuentra alargado y ya neu--
matizado por causa del seno maxilar (zona punteada). (Lam. 2



Lamina 2 Extracción y Alveoloplastia de un Molar Extruido y neumático por el seno maxilar.

Fig. A).

2.- Como consecuencia del alargamiento del proceso se procede a la extracción del molar por medio de técnica quirúrgica; realizado el colgajo y eliminando con una fresa una pequeña cantidad de hueso (cortical vestibular) se logra un camino libre para extraer la pieza. (Lam. 2 Fig. B).

3.- Logrado un camino sin trabas, se procede a la extracción propiamente dicha, la cual se efecturá con todo cuidado rotando con la debida precaución el diente y aplicando fuerzas controladas para evitar la fractura de la tuberosidad y el piso del seno maxilar; en caso necesario para evitar lo anterior se procederá al seccionamiento del diente para asegurar la extracción atraumatica. (Lam. 2 Fig. C).

4.- Efectuada la extracción de la pieza, se procede a la reducción controlada del proceso alveolar alargado mediante el uso de alicates o gubia con la finalidad de preservar el piso del seno maxilar y lograr el espacio intermaxilar para dar cabida a la prótesis.

5.- Se limpia el alveolo, se recortan los bordes del colgajo con tijeras curvas y se aproximan los margenes gingivales suturando la encia. (Lam. 2 Fig. E).

ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR.

Este tipo de alveoloplastia es la forma mas conocida y antigua de la alveolotomia, es el procedimiento quirúrgico mas común que se emplea despues de las extracciones -- dentarias, cabe decir que anteriormente se le practicó en -- forza casi radical dejandose entonces contornos en un rebor de alveolar pequeño y angosto que se estrechab' y empequeñe- cia aun mas con el paso del tiempo.

Está indicada en aquellos casos enque se requiere de una mínima reducción ósea, es una de las técnicas mas -- sencillas pero sus resultados no son tan buenos sobre todo- con el paso del tiempo.

ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR SIMPLE.

CASO CLINICO: Inclinación Axial Anormal de los In- cisivos Superiores.

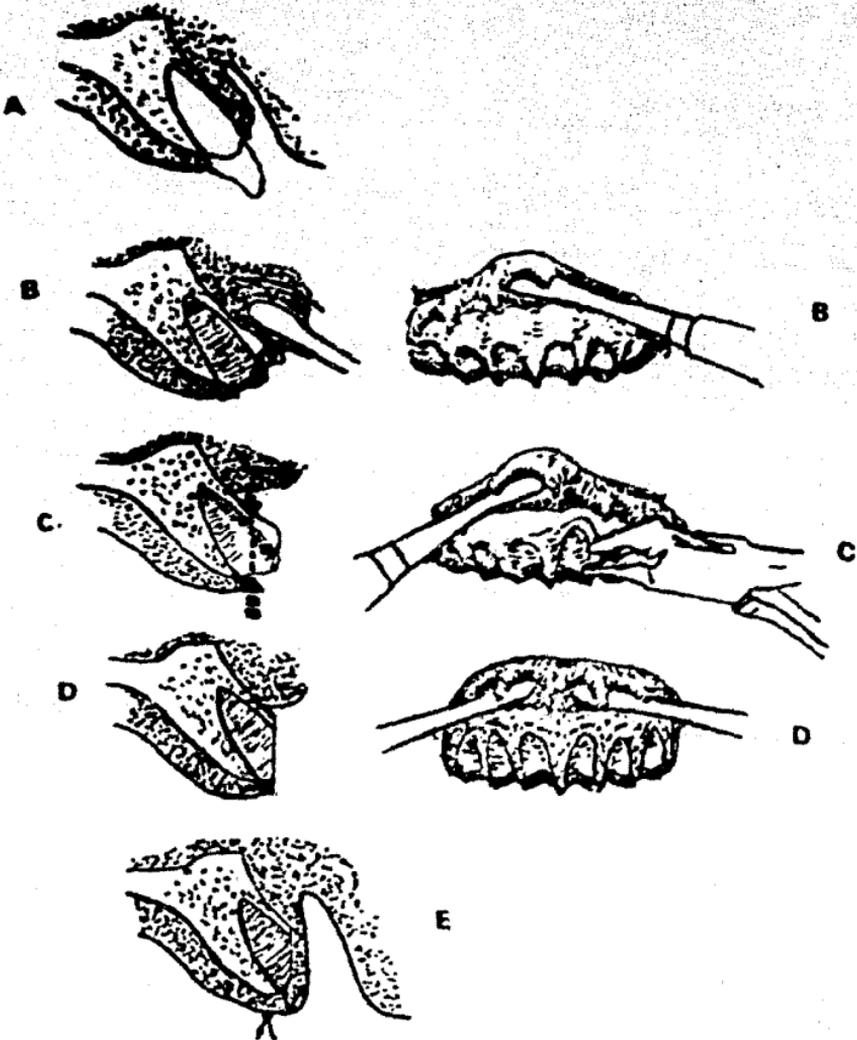
TRATAMIENTO: Alveoloplastia Cortical Vestibular.

T E C N I C A

1.- Estado preoperatorio en el que se observa la- inclinación axial anormal (Lam. 3 Fig. A).

2.- Realizadas las extracciones se procede a la - realización del colgajo, elevando la encia inmediatamente - mas allá de la prominencia ósea a reducir. (Lam. 3 Fig. B).

3.- Eliminación Osea.- Mediante el uso de una gu- bia o alicates de Blumenthal, colocandolo de manera tal que quede un extremo del instrumento por debajo del reborde --- óseo del alveolo y el otro en la cresta del reborde, soste- niendola en sentido paralelo al margen óseos del proceso a-



Lamina 3 Alveoplastia Cortical Vestibular.
Caso Clínico "Inclinación Axial Anormal de
Incisivos Superiores"

reducir, se procede a la eliminación de pequeñas porciones óseas del proceso para poder dotarlo del contorno deseado. Es necesario que el instrumento se encuentre perfectamente afilado para evitar la fractura en el corte, lo que se traduce en cortes excesivos de hueso, logrando así la eliminación neta de pequeñas porciones. (Lam. 3 Fig. C).

4.- Con una lima para hueso se alisa y retoca el contorno óseo obtenido, logrando así la alveolotomía propiamente dicha. (Lam. 3 Fig. D).

5.- Se realiza la limpieza de la zona quirúrgica y se procede a volver la mucosa a su posición original por medio de suturas individuales que se efectúan de vestibular a lingual sobre la zona de los tabiques interradiculares, acercando y suturando así el tejido blando (Lam. 3 Fig. E).

ALVEOLOPLASTIA DE DEAN.

Para la preparación del reborde alveolar con fines protéticos O.T. Dean, realiza una técnica muy positiva en virtud de que se funda sobre principios biológicos sanos. Dean emplea el término de alveoloplastia interseptal para denominarla en tanto Thoma emplea el término intercortical (Entre tablas corticales y no dentro del Tabique) para describir la eliminación de hueso interradicular.

Los principios biológicos en los que se funda dan lugar a:

a).- La reducción de prominencias en los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la recepción de la prótesis.

b).- La inserción muscular no se altera

c).- El Periostio se respeta.

d).- Queda intacta la irrigación de la tabla cortical conservando la vitalidad ósea.

e).- Reducción de la reabsorción postoperatoria - por el conservamiento del hueso cortical.

Para preservar la tuberosidad al trabajar el reborde posterior, Dean sugiere la eliminación de las piezas posteriores y seguir la secuencia hacia adelante, de igual forma sugiere primero la extracción de los caninos para preservar la tabla cortical vestibular que se une a ellos y que suele fracturarse, efectuadas éstas seguir con los incisivos, extraídos los dientes se eliminan las papilas gingivales y se elimina el tabique óseo interradicular (con guíja, cincel o fresa).

Efectuado lo anterior, se procede a la proyección de la cortical vestibular hacia palatino, lo que se logra realizando un alivio, para tal efecto se realiza una excisión de hueso en forma de "V" en la tabla cortical del alveolo de los caninos, en virtud de que la tabla con frecuencia no se fractura no basta con este acto para realizar la compresión pues dicha tabla volvería a su posición original. En virtud de lo anterior, Dean emplea un cincel dentro del alveolo para pasarlo a travez de la cortical en la región apical con lo que se asegura la fractura de la cortical vestibular, la que se vuelve un injerto óseo de movimiento libre unido únicamente al mucoperiostio del que recibe el aporte sanguíneo. En los rebordes posteriores la fractura de la cortical vestibular se realiza en el alveolo mas posterior. Concluido lo anterior con una lima para hueso se alisa la línea de la fractura horizontal de la zona apical, lo que se realiza desde dentro del alveolo logrando así una superficie vestibular lisa.

Este tipo de alveoloplastia se encuentra indicada en casos de Inclinación Vestibular Moderada.

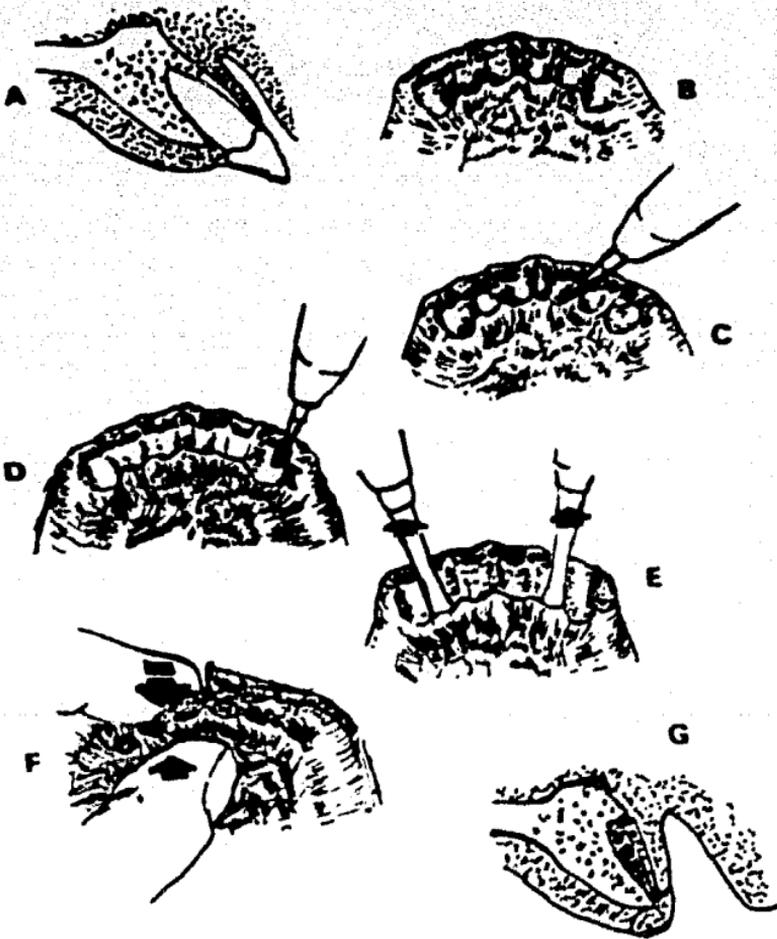
ALVEOLOPLASTIA DE O.T. DEAN.

CASO CLINICO: Inclinación Vestibular Moderada

TRATAMIENTO: Alveoloplastia, mediante la Técnica de O.T. Dean.

T E C N I C A

- 1.- Estado preoperatorio en el que se observa la inclinación axial moderada. (Lam. 4 Fig. A).
- 2.- Estado que presenta despues de las extracciones el reborde alveolar, en el cual se haz eliminado las papilas gingivales. (Lam. 4 Fig. B).
- 3.- Eliminación del hueso medular interradicular con fresa o cincel procediendo así a la eliminación del tabique óseo interradicular logrando así una comunicación entre los alveolos de las piezas extraidas. (Lam. 4 Fig. C).
- 4.- Obtención del Alivio para lograr la proyección de la pared cortical vestibular hacia palatino.- ésta se realiza mediante un corto de hueso en forma de "V" en la zona disto alveolar de los alveolos de los caninos. (Lam. 4 Fig. D).
- 5.- Obtención de la Fractura de la Cortical Vestibular.- Mediante el uso de instrumentos gruesos y planos -- que se introducen en el orificio óseo forzandolos hacia afuera se logra así dicha fractura, con una lima para hueso se alisa la línea de fractura obteniendo una cortical vestibular lisa. (Lam. 4 Fig. E).
- 6.- Obtención del Contorno.- Mediante la presión digital se logra comprimir la cortical vestibular modelando así la misma hasta la obtención del contorno deseado. (Lam.



Lamina 4. Alveoloplastia de O.T. Dean.
Caso Clínico: INCLINACION VESTIBULAR
MODERADA

4 Fig. F).

7.- Sutura.- La mucosa palatina y la vestibular -
se vuelven a su sitio mediante suturas individuales simples,
manteniendo así la tabla cortical en la posición adecuada.--
(Lam. 4 Fig. G).

ALVEOLOPLASTIA DE OWBEGESER.

En virtud de que la alveoloplastia de Dean daba origen a un proceso en forma de "V" en casos de protrusión maxilar extrema, Owbegeser propone una modificación con respecto a dicha técnica para la obtención de un reborde en forma de "U", para lograrlo, fractura las corticales vestibular y palatina remodelando así dichas estructuras.

Para llevar a cabo esta operación, se realiza ésta en un modelo de yeso antes del acto quirúrgico, lo que se lleva a cabo en el laboratorio y posteriormente sobre el modelo trabajado ("operado") se realiza una férula o prótesis, este planteamiento nos permite llevar a cabo con precisión la intervención quirúrgica.

Indicaciones: Se encuentra indicada en casos de protrusión maxilar extrema.

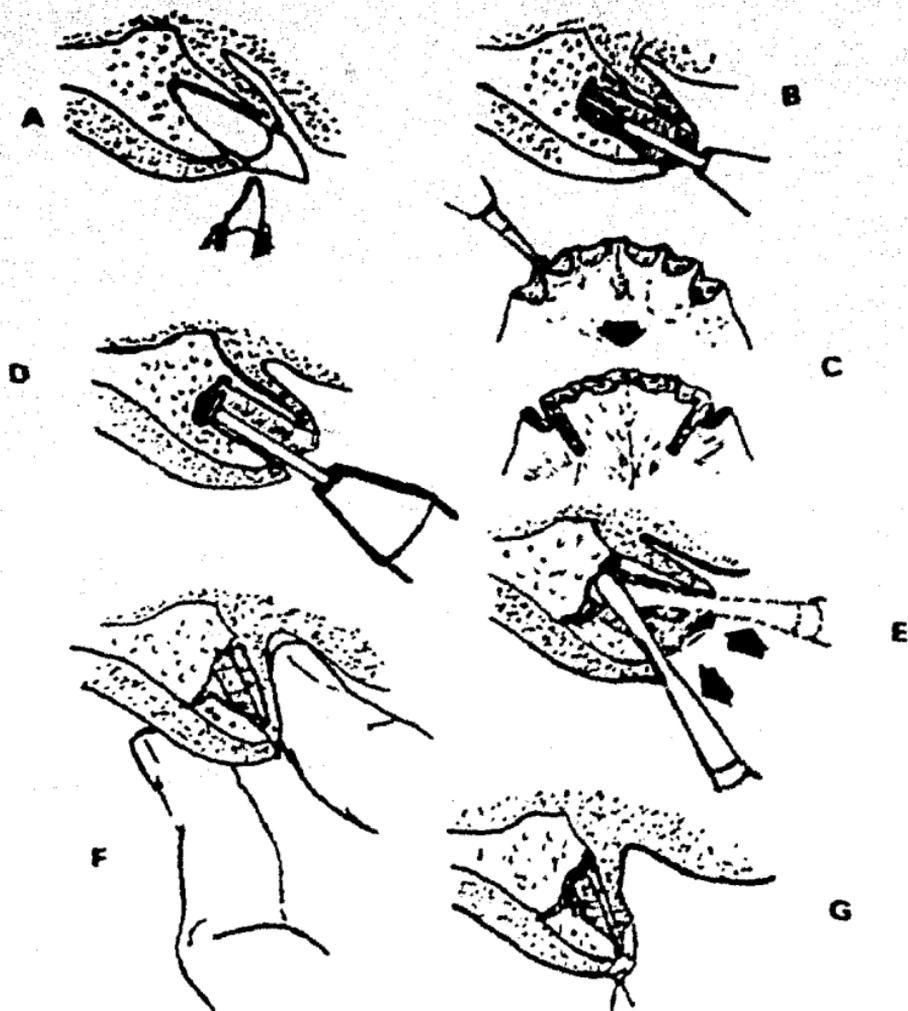
CASO CLINICO: Protrusión Maxilar Extrema

TRATAMIENTO: Alveoloplastia, mediante la Técnica de Owbegeser.

T E C N I C A .

1.- Estado preoperatorio en que se observa la --- marcada protrusión maxilar. (Lam. 5 Fig. A).

2.- Realizadas las extracciones se eliminan las papilas gingivales y se procede con una fresa a eliminar el hueso interradicular medular para lograr la comunicación de los alveolos, en este caso el ancho del canal deberá ser suficientemente ancho para permitir la cabida de un disco pequeño, lo que se logra con una fresa piriforme o redonda --- grande. (Lam. 5 Fig. B).



Lamina 5. Alveoplastia de OBWEGESER.
Caso Clínico "PROTUSION MAXILAR-
EXTREMA".

3.- En las zonas correspondientes a los alveolos de los caninos se corta con una fresa las tablas vestibular y palatina para debilitar el hueso. (Lam. 5 Fig. C).

4.- Se introduce un disco montado chico en el canal óseo que comunica los alveolos para ranurar las corticales vestibular y palatina debilitándolas horizontalmente a través de la línea de fractura propuesta. En virtud de que la tabla vestibular es muy delgada solamente suele aplicarse un corte parcial a lo largo de la cortical palatina. (Lam. 5 Fig. D).

5.- Se introducen un par de elevadores gruesos y planos dentro del canal que comunica a los alveolos, mediante su uso se fracturan la tabla vestibular hacia el mismo lado y la palatina hacia palatino. (Lam. 5 Fig. E).

6.- Mediante la compresión digital se modela el proceso dándole así la forma adecuada. (Lam. 5 FIG. F).

7.- Cierre de la encía mediante suturas sobre los alveolos para ayudar a mantener el hueso en su posición. (Lam. 5 Fig. G).

Realizado lo anterior se emplea una prótesis con ferula para estabilizar el proceso alveolar fracturado, el cual tarda en cicatrizar un lapso de 4 a 6 semanas.

REBORDES SERRADOS O EN FILO DE CUCHILLO.

En relación con la mandíbula, la presencia de crestas alveolares residuales agudas o afiladas que afectan el mucopriostio desde su profundidad al ejercer presión sobre la zona, y que son como consecuencia de la atrofia alveolar-intensa del reborde inferior, son un impedimento para el por

tador de prótesis en virtud de que su uso se vuelve en extremo dolorosa, aun cuando la dentadura sea retirada la compresión digital desencadena la presencia dolorosa. Para lograr observar con claridad el caso en nuestro estudio radiográfico será necesario realizarlo con exposiciones bajas lo que nos revela los osteofitos serrados que sobresalen en la cresta del reborde.

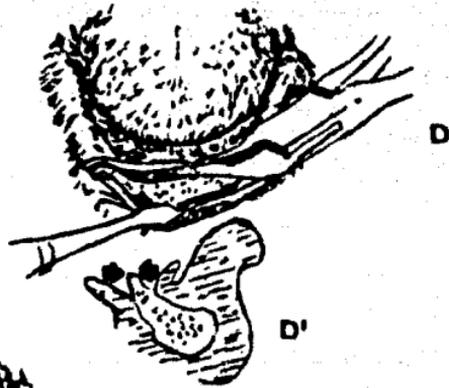
La eliminación de bordes filosos del hueso y de osteofitos minúsculos se logra con el alisamiento del reborde -- mediante el uso de una gubia, alicates y lima para hueso, -- esto permitirá al paciente portar la prótesis con confianza y comodidad.

Este procedimiento quirúrgico es en sí sencillo debiendo solo el operador cuidar con especial atención la presencia del paquete vasculonervioso mentoniano que emerge del agujero y que suele encontrarse en el campo quirúrgico, en casos extremos es necesario realizar el desplazamiento de dicho nervio agrandando el agujero mentoniano.

REDUCCION DE REBORDE EN FILO DE CUCHILLO.

T E C N I C A .

- 1.- Estado preoperatorio en el que se observa el reborde en filo de cuchillo. (Lam. 6 Fig. A).
- 2.- Vista anterior del caso en que se observa el reborde alveolar filoso cubierto por un borde delgado de encía. (Lam. 6 Fig. B).
- 3.- Realización del Colgajo, se incide horizontalmente inmediatamente por vestibular de la cresta gingival -- con un corte con dos incisiones liberadoras pequeñas a cada extremo de la zona a operar, rechazando los colgajos vestibulares



Lamina 6. Reduccion (de Reborda en Filo de Cuchillo..)

lar y lingual para lograr la exposición ósea de la cresta en la zona afilada. (Lam. 6 Fig. C).

4.- Eliminación Ósea.- mediante el uso de gubia o alicates de corte lateral se procede a la eliminación de los bordes óseos rugosos o filosos y de las prominencias, el corte deberá ser mínimo pues es necesario preservar la mayor cantidad de hueso posible en virtud de que éste de por si ya es carente. (Lam 6 Fig. D).

5.- Mediante el uso de limas para hueso se procede al alisado del reborde, eliminando así las posibilidades de secuelas parecidas a las que dan origen al acto quirúrgico.- (Lam. 6 Fig. E).

6.- Sutura.- con la finalidad de evitar la reducción innecesaria de la profundidad del surco vestibular, se suturará mediante el uso de suturas individuales sin tensión (Lam. 6 Fig. F).

REDUCCION DE LA LINEA MILOHIOIDEA

Cuando la atrofia alveolar es muy pronunciada, -- origina el acentuamiento de la línea milohioidea, la cual -- puede incluso palpase en la zona de molares en su superficie lingual. En casos de atrofia extrema la línea milohioidea y la línea oblicua externa se hallan en las partes mas prominentes del reborde, pues por efectos de la reabsorción el proceso alveolar se ha reducido a un surco, en tales casos la reducción de la línea milohioidea se encuentra indicada. Guillies afirma que ésta está indicada cuando se encuentra en los niveles mencionados.

La reducción de la línea milohioidea es la operación mas simple y mas util que se ofrece en la mandibula que

se encuentra muy reabsorbida, pues reduce el borde filoso - que ocasiona el dolor y profundiza el surco lingual al mismo tiempo.

Indicación: La reducción de la línea milohioidea - o el margen cortical lingual sobresaliente, está indicada - cuando se encuentra afilado y produce dolor, creando además un espacio muerto lingual problematico.

REDUCCION DE LA LINEA MILOHIOIDEA.

CASO CLINICO: Saliente Linguomandibular Extrema.

TRATAMIENTO: Reducción del Reborde Oseo Agudo.

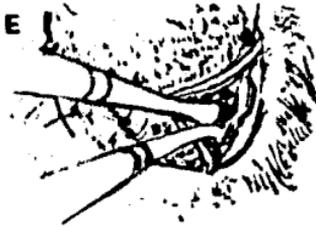
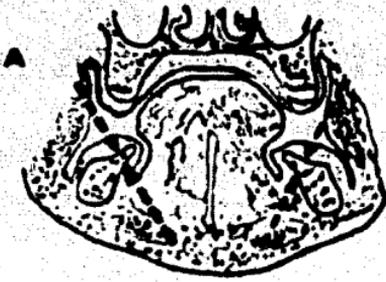
T E C N I C A

1.- Estado preoperatorio en que se observa anatomicamente la presencia de la línea milohioidea prominente - creando un espacio muerto lingual severo, que complica la -- adaptación de la prótesis.)Lam. 7 Figs. A y B).

2.- Realización de Colgajo.- Se efectúa incidiendo la encía residual de la cresta alveolar desde premolares hasta la zona de 3eros, molares un poco mas alla de la zona de la cirugía ósea. Se rechaza el mucoperiostio lingual para lograr la exposición de la línea milohioidea y el musculo del mismo nombre, el que se inserta en el borde y superficie inferior de la línea, siendo necesario incidirlo cuidadosamente con el bisturí, orientando la hoja en sentido - lateral hacia la mandíbula. El musculo separado se volverá a insertar en la mandíbula a nivel inferior. (lam. 7 Fig.C)

3.- Reducción Osea.- rechazado el mucoperiostio - lingual y expuesto el hueso, se procede a la reducción del - borde óseo agudo con gubia o alicates. (Lam. 7 Fig. D).

4.- Mediante el uso de una lima para hueso se pro



Lamina 7. REDUCCION DE LA LINEA MILOHIOIDEA

cede a alisar la zona en la que se efectuó la reducción. ---
(Lam. 7 Fig. E).

5.- Se sutura la encía mediante la aplicación de -
puntos de sutura individuales. (Lam. t Fig. F)..

En caso de que el paciente sea portador de próte--
sis, se usará compuesto de modelar para hacer el recorte mug
cular y se rebasará temporalmente con material blando, el --
flanco trabajado mantiene bajo el musculo milohioideo y pro-
voca la profundización del surco lingual.

Estos son los principales tratamientos que se rea-
lizan mediante el uso de la alveolotomía o alveoloplastia, -
como podemos observar todos y cada uno de ellos tiene como -
finalidad principal permitir la adaptación de aparatos dento--
protéticos, eliminando las diversas causas que dan origen a-
impedimentos para su colocación, lo que consecuentemente nos
permite dar un paso mas en el desarrollo de este trabajo.

TORUS PALATINO Y MANDIBULAR.

A aquellas protuberancias óseas, benignas, localizadas en la tabla cortical del hueso, se les denomina Torus. Son de crecimiento lento y relativamente comunes que aparecen en lugares definidos de los maxilares.

Son eminencias óseas de tamaño y forma variable cuya etiología es desconocida, aun cuando se ha considerado la posibilidad de que los factores que lo desencadenan son:

La herencia; dada la predisposición y frecuencia con que aparece en las familias. Igualmente se le asocia a éste como una respuesta funcional a un traumatismo estimulante (traumatismo superficial) como lo es el esfuerzo masticatorio que se ejerce sobre el paladar. Se han observado en ambos sexos, pero la frecuencia es el doble en las mujeres que en los hombres; de igual se presentan en todas las razas y en edades de población así como en infantil. A estas excrescencias óseas no se les ha podido establecer un significado patológico; se dividen en:

- 1.- Torus Palatinus o Palatino
- 2.- Torus Mandibularis o Mandibular

1.- Torus Palatino.- Estas prominencias tienen la característica de estar constituidas por una estructura ósea recubierta de una mucosa delgada, que cubre la cortical compacta de dureza petrea que caracteriza a estas formaciones, dichas excrescencias están constituidas por dos partes principales, las que a su vez se pueden dividir en dos o mas segmentos los que al igual que que el torus propiamente dicho, se encuentra constituido de centros medulares esponjosos y cubiertos de grueso hueso cortical.

Dada la escasez de tejido submucoso, la irrigación

de la mucosa en la zona es relativamente escasa en comparación con el resto del paladar incluyendo la periferia del torus, desde la que la mucosa adquiere su espesor normal.

El torus palatino se localiza en la sutura palatina media extendiéndose lateralmente a partir de ésta, involucra la apófisis palatina del maxilar superior y en raras ocasiones el hueso palatino, por extenderse a ambos lados de la línea se le considera bilateral, pero es en sí único y como se dijo de forma y tamaño variable. Pero por muy grande que sea el torus palatino el piso nasal no estará nunca descendido, esto es que se aloja únicamente en el lado bucal del paladar careciendo de contraparte en el lado nasal.

Respecto a su crecimiento: el agrandamiento hacia abajo del diploe produce el torus, dicho agrandamiento es gradual y con mayor aceleración entre la segunda y tercera década de vida, ya de que por alguna razón no determinada los osteoblastos a lo largo de la línea del paladar siguen depositando hueso en lugar de cesar su actividad y dan como consecuencia origen a las diversas protuberancias o excrecencias óseas a las que podemos clasificar en:

1.- Torus Palatino Convexo o Plano.- Son excrecencias convexas, generalmente ancha y simétrica ausente de nodulos o socavaciones, es sesil y bilateral, su base es amplia y única en la línea media.

2.- Torus Modular.- Es una masa ósea semifusionada de tamaño y numero diverso con protuberancias semipediculadas, se pueden observar en este tipo de torus las excrecencias óseas segmentadas bilaterales que se localizan en la línea media las cuales suelen extenderse hasta el hueso palatino incluso.

3.- Torus Lobulado.- Se le considera como un torus nodular, que debido a un crecimiento acelerado adquiere un tamaño bastante grande que posee socavaciones sumamente marcadas, su base es pediculada, lo que se puede observar hasta lograr la exposición de algunos fragmentos de la membrana mu coperiostica.

4.- Torus Fusiforme.- Es menos comun que los anteriores, es largo, delgado, con rebordes redondeados en su parte media, pudiendo presentar una forma de mayor a menor.

TORUS MANDIBULAR.

El torus mandibular es igualmente una excrecencia ósea, y puede ser unilateral o bilateral y a veces multiple. Se localiza en la superficie lingual de la mandibula en la zona de premolares y su tamaño varía desde el de una lenteja hasta el de una avellana. Está constituido de hueso cortical solido.

Como se ha mencionado anteriormente, los torus no tienen significado patológico, pero pueden crear problemas para lograr la adaptación de prótesis tanto en el maxilar su perior como en la mandibula dada la delgadez de la mucosa -- que los cubre así como por su volúmen, lo que les da muy poca adaptabilidad frente a la presión ejercidas por las bases y barras protéticas.

Puede sin embargo aun cuando está presente el torus llevarse a cabo la realización de la prótesis, en virtud de que los pacientes que la presentan, poseen buen desarrollo óseo, cuidando en estos casos elaborar la prótesis de ma nera tal que no perturbe al torus para evitar problemas al mismo, ésto se logra igualmente preparando un alivio para la prominencia.

ELIMINACION DE TORUS PALATINO Y MANDIBULAR.

Dado que los torus pueden estar presentes sin llegar a crear mayores problemas, incluso para portadores de -- prótesis previo acondicionamiento en estos casos, los que -- nos permiten observar que: Las indicaciones para eliminarlos deberán ser precisas y necesarias, lo que se confirma en base a que durante un lapso de 10 años en un numero aproximado de diez mil pacientes desdentados no hubo necesidad de realizar corrección quirúrgica en ningun caso.

INDICACIONES

Las indicaciones para efectuar la eliminación quirúrgica puede ser por las siguientes causas.

1.- Mecánicas.- En aquellos casos en que la presencia del torus es de tal magnitud que impide la adaptación de la prótesis interfiriendo con el diseño y confección de la misma, ya sea por las bases de una placa superior o en las barras linguales en el maxilar inferior, lo que origina un obstaculo para la retención de la prótesis.

2.- Fisiologicas.- Puede ser por causas de fonética, cuando por la forma y tamaño del torus es exhuberante e impide o causa perturbaciones en la dicción. Igualmente consideramos el traumatismo de la mucosa, la que se ulcera y en virtud de la irrigación insuficiente no cicatriza.

3.- Psicologicas.- Está indicada en aquellos casos en que los pacientes se obsesionan con la idea de padecer de cancer, aun cuando se les haya dado una información adecuada en base a estudio microscopico adecuado. Estos son casos muy esporadicos pero en caso de no poder persuadir al paciente --

habrá de llevarse a cabo la eliminación quirúrgica.

En comparación con los diversos tratamientos quirúrgicos tratados, la eliminación de los torus presentan la desventaja de que al efectuar el acto quirúrgico o posteriormente a éste las complicaciones que pueden presentarse son mayores, entre éstas podemos mencionar las siguientes:

Durante el Acto Operatorio.

Hemorragia.- Suele presentarse en forma persistente en la mucosa en el extremo posterior de la herida y aun cuando a veces se logra remitir mediante la aplicación de cantidades pequeñas de anestésico, suele incluso llegar a necesitarse una sutura o ligadura para contener hemorragias persistentes. La hemorragia intraosea se cohibe mediante el aplastamiento del hueso adyacente contra el punto sangrante o mediante el uso de Surgicel en la zona. Estos problemas se pueden evitar mediante el empleo de incisiones perfectamente localizadas que evitan los grandes vasos palatinos y nasopalatinos aunado a un suave manipuleo de los colgajos efectuados

Perforación del Piso de la Fosas Nasales.- Suele presentarse en raras ocasiones y en ese caso generalmente es una muy pequeña perforación la que se traduce en una hemorragia, la que habrá de contenerse en un lapso mínimo de tiempo (5 minutos aproximadamente); en caso de persistir se atacará la nariz con gasa envaselinada.

Fractura del Paladar.- Es la mas desafortunada y severa de las complicaciones que suele presentarse al eliminar el torus, en caso de producirse se llevarán a su lugar los fragmentos libres, se inmovilizan colocando la mucosa en su lugar con precisión y procediendo a suturarla, hasta consolidar la fractura. Durante este periodo el paladar deberá-

estabilizarse mediante el uso de una férula.

En caso de no poder colocar los fragmentos del proceso palatino, se habrá de inmovilizar la mucosa palatina y la nasal cerrarla en planos, sin tensión y sostenerles con férula aunque en estos casos el borde posterior de la prótesis a colocar se verá afectada en su retención y sellado periférico por la falta de soporte óseo subyacente.

Ahora bien si la eliminación del torus no se completó antes del percance, habrá de efectuarse su completa reducción al consolidarse la fractura, la división con fresa del torus antes de intentar su resección evita la posibilidad de la fractura.

Posterior Al Acto Quirúrgico.

Desprendimiento de la Mucosa Palatina.- En caso de llegar a perderse la mucosa habrá de confeccionarse una férula o prótesis temporal la que cubrirá el hueso expuesto hasta que se produzca la granulación y epitelización secundaria lo que puede llevarse de 5 a 6 semanas, conforme la cicatrización avanza la férula se rebasará con óxido de zinc y eugenol para compensar los cambios del contorno palatino. La cuidadosa manipulación de los colgajos evitará la traumatización, laceración o infección de la mucosa, manteniendo así su vascularización y vitalidad evitando problemas de esta naturaleza.

Hematomas.- La presencia de hemorragias persistentes, adaptación de colgajos con flojedad aunado a esto la ausencia de una matriz o férula, dan origen a la aparición de hematomas entre la mucosa y el hueso palatino. El hematoma habrá de atenderse pues en caso de infectarse la mucosa puede necrosarse y desprenderse; esta complicación se ataca mediante el drenado del hematoma al descubrirse, aunado a -

la acción conjunta de antibióticos para reducir las posibilidades de un foco infeccioso. El tratamiento adecuado de las causas que la originan y que se enuncian en primer termino - evitan la presencia de secuelas postoperatorias de este tipo

Como podemos observar las desventajas que nos ocasiona la eliminación de un torus palatino son diversas pero igualmente podemos percatarnos que todos pueden ser evitados o atacados sin ningun problema salvo la molestia que ocasiona su tratamiento. El cuidado con que se lleve a cabo el acto quirúrgico y el respeto a las estructuras que en él se -- ven incluidas, nos proporcionan la seguridad de un procedimiento quirúrgico exitoso.

ELIMINACION DE TORUS PALATINO.

T E C N I C A

Instalado el paciente de tal forma que el paladar quede en plano vertical se procede a anestésiar al paciente bloqueando con anestésico local los tres agujeros palatinos infiltrando igualmente solución anestésica bajo el mucoperiostio alrededor del torus produciendo asi; anestesia regional, hemostasia y una pequeña elevación de la mucosa que lo separará del hueso subyacente.

Se efectua una incisión en la línea media sobre el mucoperiostio en toda la longitud del torus y en sus extremos se incide en la zona anterior y posterior divergentemente (en forma de "Y") lo que ayuda a la reflexión de los tejidos blandos, cuidando evitar las foráminas vasculares.

En caso de que el torus esté presente hasta la zona posterior del paladar duro se evitará igualmente la penetración dentro del paladar blando hacia la cavidad nasal. Mediante un elevador periostico los colgajos se separan de -

la zona y se suturan en la mucosa del proceso alveolar, lo que los mantiene alejados del campo operatorio e impide su laceramiento, traumatismo, desgarramiento o perforación a causa de la instrumentación del acto, con esto se evita la presencia de isquemia que repercute en una necrosis de uno o varios colgajos y a su vez en el desprendimiento de los mismos.

La eliminación propiamente dicha del torus se logra mediante el seccionamiento del mismo con una fresa (formando surcos en la excrecencia, los que deberán poseer una profundidad adecuada cuidando en todo caso evitar penetrar el piso de las fosas nasales), el desprendimiento o eliminación se logra mediante la cuidadosa aplicación de un cincel cuya hoja se colocará de manera tal que el bisel quede situado contra el paladar para evitar la perforación del suelo nasal; también puede efectuarse su separación del paladar mediante el uso de gubia, escoplo y martillo o fresa quirúrgica, esta última reduce al máximo las posibilidades de producir una fistula oronasal, el reborde o muñón que queda después de efectuada la eliminación del torus se alisa con fresa grande para hueso.

La reducción del torus deberá efectuarse en forma por demás conservadora, dejando en caso necesario el paladar plano e incluso con un leve reborde residual medio, sin tener necesariamente cóncavo el paladar, la reducción y el alisado adecuado nos proporcionará un terminado en el paladar con la descripción detallada, la que en la mayoría de los casos es la indicada.

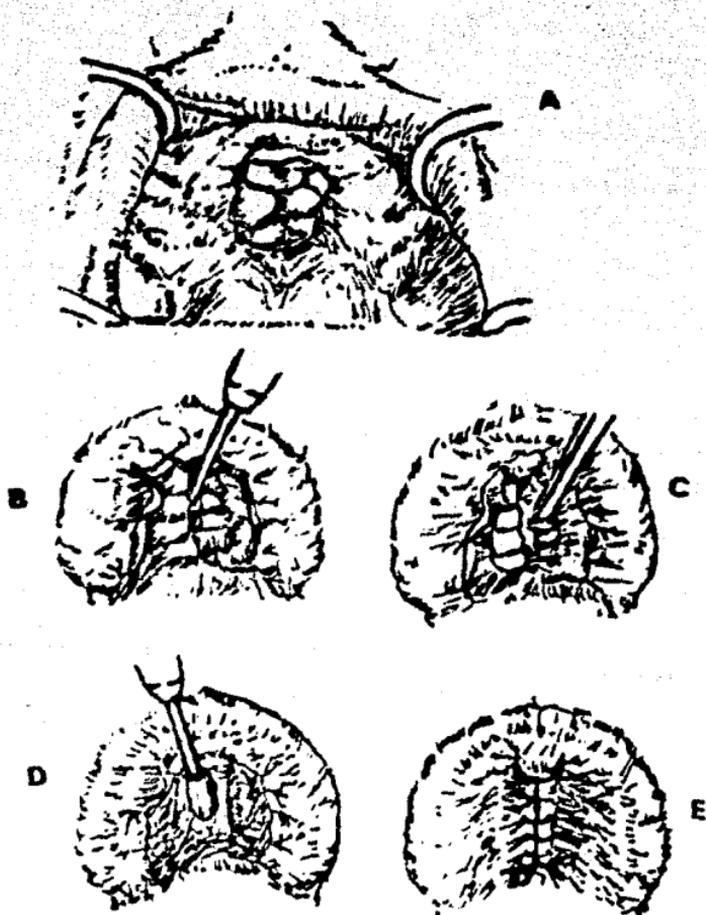
Dependiendo del tamaño del torus suele existir un excedente de mucosa palatina, la que generalmente se recorta con tijeras procediendo posteriormente a suturar con material no reabsorbible, como consecuencia de la pobre vascu

larización de la zona (línea media palatina), es frecuente la formación de escaras y de un nuevo epitelio que cubre la zona intervenida; en caso de ser delgada la mucosa se pondrá especial cuidado, pues ésta suele desgarrarse con facilidad. Para dar origen a una capa mucosa mas gruesa en la línea media suele conservarse toda o gran parte de la mucosa excedente, la que se coloca en su posición original con los bordes revertidos y sostenidos con sutura de "colchonero" manteniendo en contacto las superficies vivas de los colgajos asegurando así la cicatrización.

El post-operatorio en estos casos es importante, - determinando éste el éxito o fracaso del acto efectuado ya - de que además de los cuidados de rigor se debe evitar la formación de hematomas, lo que se logra mediante el uso de un drenaje de goma o el empleo de férula o matriz, ésta tiene - como finalidad adaptar y sostener los colgajos en posición - con contacto óseo eliminando así los espacios muertos que pu - dieran permitir la acumulación de sangre y suero.

Esta férula palatina puede confeccionarse antes de la intervención rellenandola con pomada quirúrgica aplicada contra la zona intervenida, deberá permanecer cuando menos -- una semana hasta la remisión del edema y la hemorragia. En - caso de usar apósitos intrabucales adhesivos del tamaño apropiado éstos daran igualmente buenos resultados para acelerar el proceso de curación perseguido. Los motivos por los que - generalmente suele utilizarse una matriz obedece a los siguientes factores: altura de la ojiva palatina, tamaño del - muñón del torus y el grado de flojedad de los colgajos.

Las suturas se pueden retirar de los 6 a los 10 -- días y los drenajes de goma en caso de emplearse entre las - 24 y 48 horas; de igual forma el paladar queda completamente



Lamina 8. ELIMINACION de TORUS PALATINO LOBULADO

reestablecido entre 4 y 6 semanas despues de la operación, -
pudiendo iniciar ya nuestro tratamiento protético.

ELIMINACION DE TORUS PALATINO
LOBULADO.

T E C N I C A

1.- Estado preoperatorio en el que se observa el -
torus lobulado con espacios retentivos. (Lam. 8 Fig. B).

2.- Realizada la incisión y retraidos y suturados-
los colgajos a la mucosa del proceso alveolar lejos de la zo-
na operatoria, se procede al seccionamiento o formación de--
surcos en el torus para debilitarlo. (Lam. 8 Fig. B).

3.- Mediante el uso de un filoso cincel se procede
a eliminar los fragmentos del torus, evitando dar origen a --
una comunicación onnasal. (Lam. 8 Fig. C).

4.- Mediante el uso de una fresa grande para hueso
se procede al alisado del muñon, el que se efectua en forma-
conservadora. (Lam. 8 Fig. D).

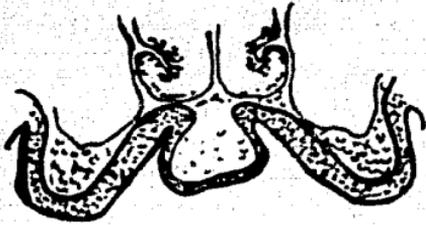
5.- Sutura.- Empleando material no reabsorbible se
procede a suturar la mucosa palatina incidida, ésta suele --
efectuarse previo recorte del excedente mucoso que queda co-
mo consecuencia de la eliminación ósea. (Lam. 8 Fig. E).

CORTE CORONARIO DE LA ELIMINACION
DE UN TORUS PALATINO.

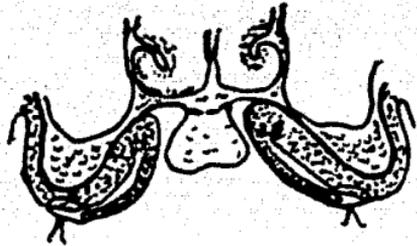
T E C N I C A (PASOS)

10.- Estado preoperatorio en el que se observa el-
torus con espacios retentivos laterales y en el que se apre-
cia la delgada mucosa que recubre la excrescencia ósea en --
comparación con el resto de la mucosa, la flecha señala el -
sitio donde deberá de efectuarse la incisión media. (Lam. 9

A



B



C



D



Lamina 9. ELIMINACION de TORUS PALATINO.

(Corte Coronario) Explicación en el Texto.

Fig. A).

20.- Estado que presenta el acto despues de haberse rechazado los colgajos y haberse suturado los mismos a la mucosa alveolar con la finalidad de alejarlos del campo operatorio evitando asi su traumatización, se observan las zonas retentivas a que da origen la exostosis ósea en sus porciones laterales. De igual forma se observa el corte propuesto para la eliminación. (línea punteada). (Lam. 9 Fig. B).

30.- Efectuada la eliminación y el alisamiento, se aprecia el acabado que presenta el paladar, en el que observamos un leve reborde residual medio o un paladar casi plano. Igualmente observamos que se han recortado (dejando un pequeño excedente) y suturado los colgajos con los bordes revertidos, sosteniendolos con la denominada sutura de "colchonero" para producir una capa mucosa gruesa en la zona intervenida. (Lam. 9 Fig. C).

40.- Aplicación de la férula o matriz para sostenimiento de los colgajos con contacto óseo, con el objeto de prevenir la formación de hematomas entre el hueso y la mucosa palatina. (Lam. 9 Fig. D).

ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR.

Nos hemos referido ya al torus mandibular enunciando sus características, localización e indicaciones de eliminación las cuales son las siguientes:

A).- Está indicada cuando el tamaño del torus es exagerado y provoca dificultades en la dicción y durante la masticación en la alimentación.

B).- Cuando existe ulceración de la mucosa que los recubre a causa de traumatismos y persiste la ausencia de -

cicatrización.

C).- Cuando por su tamaño es impedimento para la confección de prótesis removibles completas o parciales.

ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR.

Con anestésico local se anestesia la zona mediante el bloqueo del nervio lingual inferior, nervio lingual e infiltración vestibular, el anestésico deberá contener adrenalina para facilitar la hemostasia.

Se incide sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de molares hasta la región de los incisivos, si existen dientes se incidirá a lo largo del margen cervical lingual de las piezas con la misma extensión, cuyas zonas incisales no habrán de prolongarse aun cuando se vaya a tratar los dos lados en la misma sesión pues de esta manera el colgajo lingual podrá volver con precisión en cada lado reduciendo así la formación de hematoma post-operatorio. La incisión se prolongará hasta la línea media reflejando el mucoperiostio para lograr la exteriorización del torus, la reflexión habrá de efectuarse con sumo cuidado ya de que la mucosa que recubre el torus es muy delgada y se rompe con facilidad sobre todo ante la presencia de torus redondos múltiples.

Una vez expuesto el torus, los tejidos blandos tanto colgajos como suelo de la boca deberán protegerse mediante el uso de un retractor metálico o separador ancho, el que deberá permanecer durante el acto quirúrgico para evitar complicaciones inherentes al acto en dichas estructuras.

La eliminación del torus se logra mediante el uso de un cincel filoso, la mayoría de ellos suele ceder bajo la acción del impacto del instrumento y se recomienda que de --

usarse martillo, el ayudante quirúrgico sostenga la mandíbula. Ahora bien ante la presencia de torus grandes y fusiformes se recomienda la técnica que se emplea en los torus palatinos, es decir proceder con una fresa a debilitar la prominencia ósea estableciendo un plano de desprendimiento antes del uso del cincel.

Efectuada la eliminación el hueso alveolar se alisa con limas para hueso o fresa quirúrgica grande, la que deberá ser utilizada con irrigación por agua. Una vez terminado se lavará la zona cuidadosamente irrigando y aspirando para eliminar las partículas óseas.

Los colgajos efectuados se colocan en posición y se suturan con seda. El post-operatorio en estos casos suele ser el de rigor, aun cuando en raras ocasiones se suele aplicar una férula para sostener el mucoperiostio en contacto óseo en su superficie lingual reduciendo la formación posible de hematomas y reduciendo la hinchazón lo que se complementa mas efectivamente aplicando trozos de hielo en la zona acabando de efectuar la cirugía y durante ese día. Los antibióticos intervienen para prevenir la infección y de igual manera resultan efectivas las recomendaciones para recetar enzimas para limitar el edema sublingual.

Aunque son muy raras podemos decir respecto a los problemas que pueden presentarse al realizar el acto, se encuentran principalmente: El desgarramiento de los colgajos y la laceración del piso de la boca, lo que puede ocurrir por sobre instrumentación. Las laceraciones profundas producen hemorragias intensas que requieren la ligadura de vasos grandes, igualmente la hemorragia masiva del piso de la boca origina edema de la lengua y zonas adyacentes que obstruyen las vías aéreas. Del mismo modo se requerirá la reparación qui-

rúrgica de los conductos salivales submandibulares si son la cerados.

El adecuado manejo del instrumental evitará las -- complicaciones que se mencionan con anterioridad y al igual que en todo tratamiento quirúrgico la habilidad del operador y el cuidado con el que la aplica sobre los tejidos blandos -- permite asegurar el éxito de la intervención.

ELIMINACION DEL TORUS MANDIBULAR.

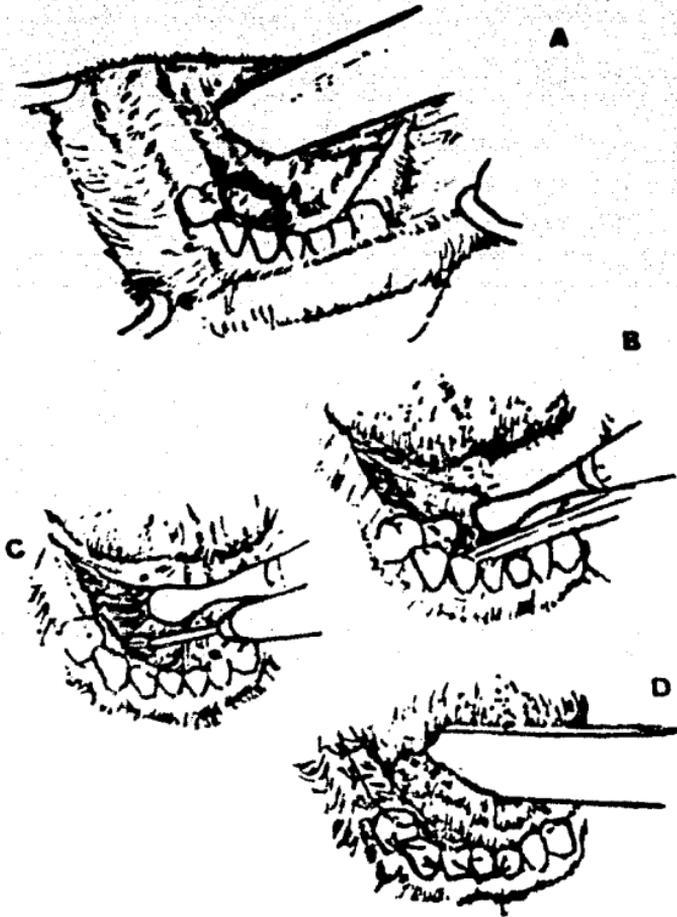
T E C N I C A (PASOS)

1o.- Estado preoperatorio en el que se observa -- la presencia de un torus mandibular (Lam. 10 Fig. A).

2o.- Estado en que se observa la incisión que se ha efectuado en la cresta del reborde desde los molares hasta la región de los incisivos, exponiendo el torus mediante la separación del colgajo mucoperiostico lingual. En la grafica se aprecia igualmente la eliminación del torus lo que -- se efectúa mediante el uso de un filoso cincel. (Lam. 10 --- Fig. B).

3o.- Con una fresa grande para hueso se procede a el alisado del muñón del torus eliminado, igualmente esta -- operación se logra tambien con limas para hueso. (Lam 10 --- Fig. C).

4o.- Mediante el uso de seda se procede a suturar la encia previa colocación del colgajo efectuado en su posición original. (Lam. 10 Fig. D).



Lamina 10 ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR .

RESECCION DE HIPERTROFIAS DE LOS MAXILARES.

Las hipertrofias de los maxilares son exostosis de los procesos alveolares que suelen aparecer como excrecencias de las superficies del proceso alveolar del maxilar y la mandibula, aun cuando es ésta última se presentan con menos frecuencia. Se localizan generalmente cerca de la cresta del proceso alveolar en la zona de molares y premolares, y se les considera como un espesamiento funcional de la cortical ósea. En pacientes no edentulos suelen alcanzar proporciones tales que originan surcos vestibulares en los que atrapan restos alimenticios con el consiguiente problema higienico. Suelen tener sin embargo un tamaño aproximado de -- 2 a 3 cms.

Las hipertrofias de las tuberosidades a que se hace mención suelen crear problemas en dos sentidos; hacia vestibular o hacia oclusal, en donde pueden llegar a suprimir el espacio intermaxilar requerido para la elaboración de una prótesis. En este caso deberá decidirse entre una prótesis que no cubra la zona correspondiente, ya sea corta o creando perforaciones a nivel de la zona ausente de espacio o en todo caso dando origen a la formación del espacio por medio de la cirugía.

En el caso de que las hipertrofias vestibulares la reducción de la exostosis plantea para el paciente protético dos problemas:

A).- Pese a que la reducción es necesaria para lograr la fidelidad de la impresión para la prótesis, así como su estabilidad y retención, dicha eliminación podría promover una perdida excesiva de la cortical ósea dejando en este

caso solamente hueso esponjoso cubierto unicamente por mucosa.

B).- Como consecuencia de lo anterior se podría producir una severa reabsorción ósea del proceso, lo que reducirá substancialmente no solo el tamaño del proceso si no tambien el ancho transeversal del maxilar con la consecuente afectación para la prótesis. Ambas situaciones darían origen a un mayor perjuicio al aplicar una fotesis en tales circunstancias en virtud de que las condiciones no serían optimas para la adaptación del aparato dentoprotético.

Las posibilidades de mantener el tamaño del maxilar se acrecentan al no eliminar totalmente la exostosis, sino gran parte de ella pero de tal forma que quede un residuo de éste evitando así desperdiciar una cantidad de hueso que puede ser util en el futuro, ya de que como se dijo al tratar el tema de la alveolotomía, la cantidad de hueso que se reabsorbe después de una intervención que incluye eliminación ósea no puede determinarse, pero en la mayoría de los casos suele existir una mas rápida reabsorción ósea al precederla un acto quirúrgico.

Ahora bien, la presencia de hipertrofias tuberales nos remite a realizar nuestro diagnostico considerando que puede presentar las siguientes situaciones:

a).- La hipertrofia es puramente mucosa.- En este caso se procederá a la reducción quirúrgica de la mucosa excedente, siguiendo la técnica adecuada al caso.

b).- La Hipertrofia es Osea u Osteomucosa.- En tal caso se procederá a la reducción ósea, mediante la correspondiente alveolotomía con o sin adelgazamiento de mucosa.

c).- En la zona de la Hipertrofia existe en reali

dad un crecimiento del seno maxilar, es decir existe hipertrofia ósea del lado bucal y atrofia del lado sinusal. Este caso podría considerarse como la única contraindicación para llevar a cabo una intervención quirúrgica común en esta zona dado que podría repercutir en una comunicación antrobucaal -- siendo preferible entonces prescindir del acto quirúrgico.

Indicaciones y Contraindicaciones.

En base a lo anteriormente expuesto, las indicaciones y contraindicaciones de las resecciones de las hipertrofias tuberales saltan a la vista, entre ellas podemos señalar, que está indicada la escisión de la exostosis:

a).- Por razones Estéticas y de Higiene.- Cuando las exostosis vestibulares son tan grandes que dan origen a surcos vestibulares que provocan el alojamiento de restos -- alimenticios creando en el paciente severos problemas de higiene.

b).- Por Razones Protéticas.- Cuando el crecimiento de la hipertrofia es tal que; hacia oclusal reduce el espacio protético, y cuando hacia vestibular es tal que; da -- origen a la creación de grandes espacios produciendo así espacio muertos profundos impidiendo la adaptación de la prótesis.

De igual forma se encuentra contraindicado el tratamiento de eliminación ósea para reducir la exostosis cuando existe el peligro de crear una comunicación oroantral o -- la posibilidad de trasladar la pared ósea del seno. Esto se observa cuando el crecimiento óseo es del seno maxilar.

RESECCION DE HIPERTROFIAS DE LOS MAXILARES.

En la alveolotomía la forma mediante la cual se --

logra la eliminación de las exostosis vestibulares. Se incidirá el mucoperiostio sobre la cresta del reborde alveolar, - en caso necesario se procede a efectuar una incisión anterior oblicua o liberadora. Se separa el colgajo efectuado bucolabialmente para lograr la exposición de la exostosis en un nivel que se halle inmediatamente por debajo de la misma.

La eliminación quirúrgica se realiza mediante el uso de gubia, fresa quirúrgica bajo acción de agua para evitar la necrosis o bien mediante el uso de martillo y cincelo que se realiza muy esporádicamente., efectuada la eliminación se alisa el proceso alveolar empleando limas para hueso. Se irriga, se aspira y se procede a colocar nuevamente los colgajos a su posición original suturando así la incisión efectuada. El cuidado posoperatorio es el de rutina.

RESECCION DE HIPERTROFIAS DE LOS MAXILARES.

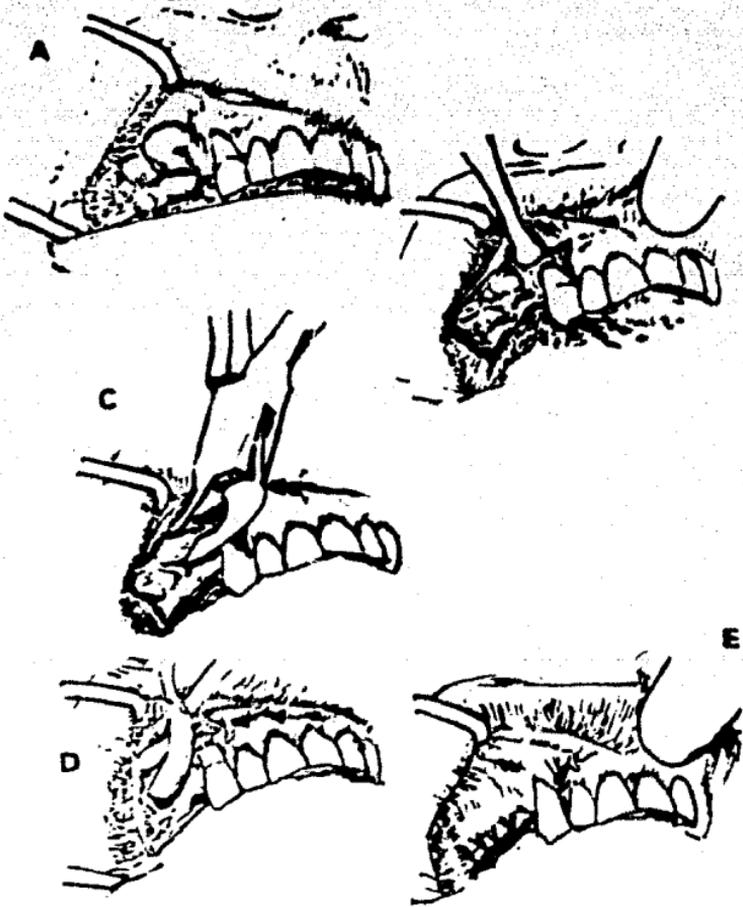
T E C N I C A (PASOS)

10.- Estado preoperatorio en que se observa una exostosis vestibular (Lam. 11 Fig. A).

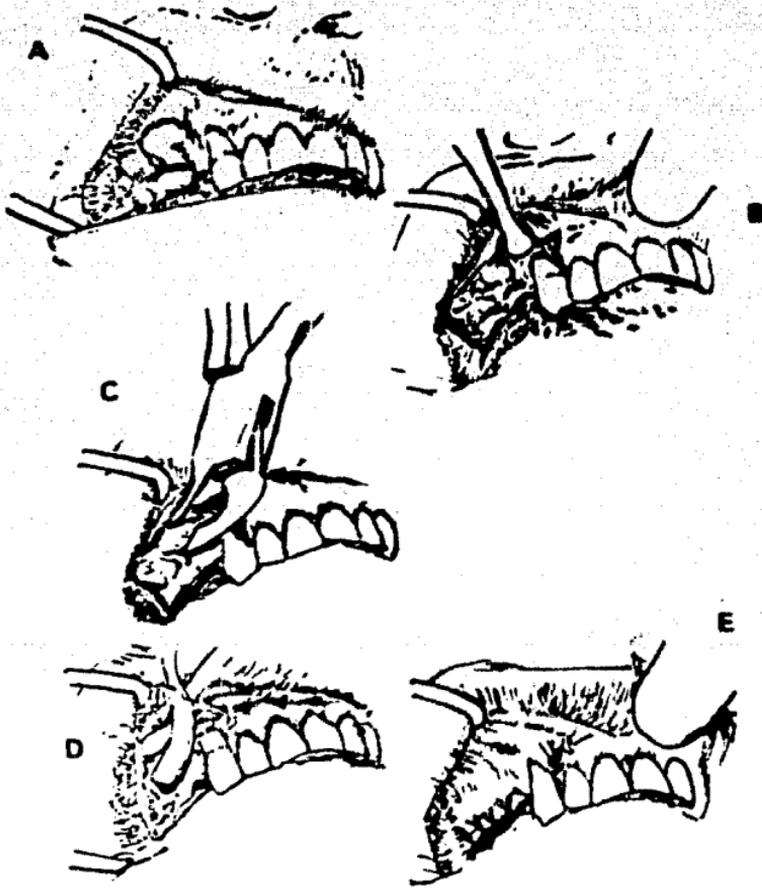
20.- Estado en que se observa la incisión que se ha efectuado en la cresta del proceso alveolar desde la tuberosidad hasta la región de caninos, incluyendose una incisión anterior liberadora para dar origen a una mayor luz en la zona quirúrgica, exponiendo así la exostosis a reducir.-- (Lam. 11 Fig. B).

30.- Mediante el empleo de gubia, alicate o fresa para hueso se procede a la eliminación de las proyecciones óseas. (Lam. 11 Fig. C).

40.- Con limas para hueso se procede al alisamiento de la zona operada del proceso en la parte correspondien-



Lamina 11 RESECCION DE HIPERTROFIAS DE LOS
MAXILARES (MAXILAR SUPERIOR)



Lamina 11 RESECCION DE HIPERTROFIAS DE LOS
MAXILARES (MAXILAR SUPERIOR)

te al muñón remanente. (Lam. 11 Fig. D).

50.- Previo lavado de la zona se procede al cierre de la zona operada mediante puntos de sutura con seda. (Lam. 11 Fig. E).

En relación con aquellos casos en los que la proliferación existe hacia oclusal y es necesaria la conservación o creación del espacio intermaxilar, nos remitiremos al caso tratado en el tema de la alveolotomía, específicamente la Alveoloplastia Simple (Laminas 1 y 2, principalmente esta última). Ya de que como hemos visto la Alveolotomía o Alveoloplastia es el tratamiento indicado tanto en el maxilar superior como en la mandíbula.

ELIMINACION DE EXOSTOSIS PALATINAS LATERALES.

La detección o presencia de exostosis pequeñas en la superficie palatina del proceso alveolar en la región de los molares, suele ser de difícil localización en virtud de que en esta zona la membrana mucosa y el abundante tejido conectivo existente, pueden originar que pasen desapercibidas en el exámen oral respectivo. Sin embargo si estas exostosis son grandes o afiladas o bien cuando la presión de las mismas provoca dolor, nos encontraremos en la necesidad de eliminarlas dado el reflejo doloroso que causarían al portador de la prótesis, lo que crearía un ambiente de desconfianza e inseguridad.

Ahora bien la eliminación de estas exostosis suele verse un tanto complicada en virtud de que como se ha comentado, el mantenimiento del aporte sanguíneo es vital para el éxito del tratamiento, y en este caso la arteria palatina anterior, la vena y el nervio se alojan en un surco que corre contra el maxilar en la unión de la apófisis palatina y el pro-

ceso alveolar casi vertical, y en estos casos suelen encontrarse las exostosis muy cercanas a esta zona. Para proceder a su eliminación evitando este riesgo es conveniente separar el colgajo integrado con el paquete, eliminando así la posibilidad de lesionarlo.

Esta técnica se efectúa en el consultorio dental - generalmente sin complicaciones bajo anestesia, la cual al efectuarse con toda precaución y la adecuada pericia reditúa los beneficios que se persiguen.

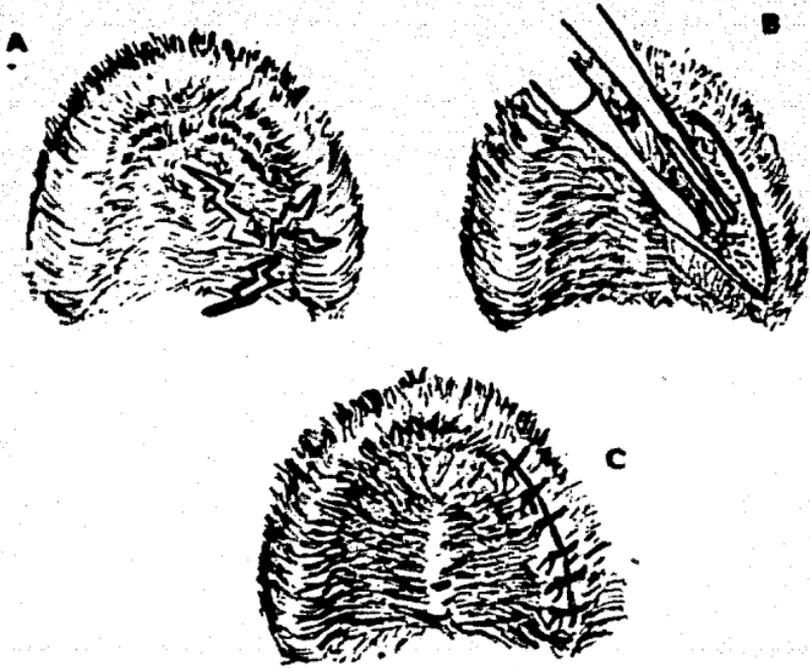
ELIMINACION DE EXOSTOSIS PALATINA LATERAL.

T E C N I C A (PASOS).

1o.- Estado Preoperatorio en el que se señalan las exostosis palatinas laterales, las cuales producen o producirían dolor bajo la presión de dentaduras artificiales e impidiendo incluso su adaptación. Con el anestésico apropiado y mediante técnica anestésica infiltrativa que se inyecta en el nervio palatino anterior y nervio naso palatino, se procede a la intervención quirúrgica. (Lam 12 Fig. A).

2o.- Estado en que se observa la incisión a lo largo de la cresta del proceso alveolar desde la tuberosidad del maxilar hasta la zona de premolares, con este trazo es mas que suficiente siempre y cuando se le dé el largo necesario, se debe evitar hasta donde sea posible los cortes perpendiculares que incluyan el paladar evitando de igual manera con ésto la posibilidad de generar hemorragias, ahora bien en caso de presentarse hemorragia intensa es necesario ligar los vasos. La eliminación de la exostosis se efectúa con gubia, fresa o cincel (Lam. 12 Fig. B).

3o.- Cohibida la hemorragia se procede a suturar -



Lamina 12 ELIMINACION DE EXOSTOSIS PALATINA -
LATERAL

la mucosa, generalmente es suficiente con el cierre de la in ci si ón para lograr la cicatrización del proceso. En lo que se refiere a los cuidados post-operatorios, solo hay necesidad de observar los cuidados de rutina. Estado Final (Lam.12 Fig. C).

La inclusión de esta exostosis obedece a que al -- igual que los problemas mencionados, interfieren en la colocación y adaptación en una prótesis por los puntos dolorosos que ocasionan, los que se traducen en problemas fisiológicos y psicológicos en el paciente portador de la misma.

Podemos considerar los ejemplos expuestos como los problemas o anomalías de los tejidos duros que pueden presentarse de manera general, obstaculizando el proceso normal de formación de una prótesis. La eliminación de estas anomalías mediante las técnicas descritas, permitirá la adaptación de prótesis dentales con el consecuente éxito quirúrgico-protético el que repercutirá en beneficio del paciente carente de sus funciones anatomofisiológicas, logrando así su recuperación funcional y su integración social al poseer una prótesis que le brinde confianza y seguridad tanto en función --- como en estética.

CAPITULO V.

CONSIDERACIONES POST-OPERATORIAS DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS.

- 1.- Dolor.
 - A) Tratamiento.
- 2.- Inflamación.
 - A) Tratamiento
- 3.- Infección
 - A) Tratamiento
- 4.- Hemorragia.
 - A) Tratamiento.
- 5.- Instrucciones Generales.

CONSIDERACIONES POST-OPERATORIAS DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS.

Realizado el acto quirurgico cualquiera que haya-- sido el tipo de intervencion o tecnica efectuada, el procedi-- miento no termina, pues queda pendiente la opcion del exito-- o fracaso del mismo, el cual se determina por las instruccio-- nes y cuidados del regimen post-operatorio.

En efecto aun cuando la intervencion quirurgica -- propiamente dicha haya sido realizada siguiendo las normas-- y principios que rigen a estos procedimientos, su exito pue-- de perderse durante el periodo post-operatorio por causas -- imputables al paciente o cirujano. Este regimen lo constitu-- yen las instrucciones que se proporcionan al paciente, ya -- sea en forma verbal o escrita y las cuales tienen como fina-- lidad evitar complicaciones post-operatorias. El cumplimien-- to fiel de estas instrucciones además de evitar complicacio-- nes, proporciona una mayor seguridad, comodidad y un apresu-- rado restablecimiento, lo que obviamente repercute en favor-- del paciente intervenido; las instrucciones habrán de in --- cluir el control de:

- A).- Dolor.
- B).- Inflamación
- C).- Infección
- D).- Hemorragia
- E).- Incluirá igualmente instrucciones generales-- tales como: Dieta, Actividad e Higiene Bucal.

DOLOR.

La presencia del dolor en los estados post-ope-- ratorios, es muy comun y frecuente dada la gran sensibilidad--

existente en la cavidad bucal, siendo fácil observarlo en la zona quirúrgicamente operada, el dolor de la herida en la región bucal está compuesta de diferentes sensaciones ya de que algunas tienen su punto de partida en la mucosa bucal, otras en el periostio y el hueso etc, siendo mayor el dolor en la proporción en que el traumatismo haya afectado al tejido que involucró durante la intervención, el que pudo ser producido por: dislaceración de tejidos blandos (con separadores y pinzas), o por calentamiento del hueso (por uso de motor de alta velocidad), igualmente se pudo producir por la inexperta aplicación de anestésico o por una infección-- que perturbe la curación normal de la herida.

A veces al efectuar tratamientos exodonticos se suelen presentar severos dolores en el maxilar, la cara o los oídos persistiendo de 2 días hasta 2 semanas incluso,-- en caso de acompañarse alitosis, esto indica en la mayoría de los casos coágulo sanguíneo se ha descompuesto. La formación de un buen colgajo sanguíneo significará en estos casos menos dolor post-operatorio.

De manera general la presencia del dolor post-operatorio es tan frecuente que no es causa de preocupación en el cirujano, salvo que persista durante mucho tiempo, lo--- que significará que esta constituyéndose como parte de un-- proceso patológico--generalmente infeccioso-- siendo necesario en estos casos atacar la infección en acción conjunta-- con el analgésico apropiado..

De igual forma podemos decir que la correspondiente profilaxis del dolor, nos permite evitar con frecuencia la presencia de fuertes dolores post-operatorios y su tratamiento consecutivo del mismo, esto en virtud de que la intervención efectuada se practica bajo anestésico local, el--

cual disminuye o desaparece y da origen a la instalación del dolor de un modo paulatino y con diferente intensidad. Siendo recomendable pues en estos casos la prescripción profiláctica de remedios analgésicos cuando sabemos que estará presente el dolor post-operatorio, evitándolo o reprimiéndolo - así hasta cierto punto antes de que adquiera su plena intensidad.

Así pues podemos decir que al haber sido efectuado en forma adecuada la intervención quirúrgica, el dolor post-operatorio es fácilmente controlable, lo que se logra gracias a la acción de analgésicos, entre los que podemos mencionar los siguientes:

ANALGESICOS NO NARCOTICOS.

De 1er. Grado o Nivel.

SALICILATOS.- Mejloral, Aspirina-Disprina, etc.

De 2do. Grado o Nivel.

PIRAZOLONAS.- Dipirona Sodica y Magnesica:

Connel- Magnopirol - Beserol- etc.

De 3er. Grado o Nivel.

Difenil Oxiquinazina.- Prodolina

De 4o. Grado o Nivel.

Propoxifeno (Darvón Simple) con cafeína: (Darvón-Compuesto).

Consideramos de igual manera a aquellos analgésicos narcóticos que suelen tener intervención en padecimientos dolorosos que no pueden ser controlados por los analgésicos mencionados en primer término. Estos analgésicos presentan el inconveniente de crear adicción y dentro de sus reacciones secundarias provocadas por su acción dan origen a: Náuseas, estreñimiento y vomitos. Este tipo de narcoti-

cos actúan en forma efectiva disminuyendo el dolor por depresión del Sistema Nervioso Central.

Se les denomina analgésicos narcóticos opiáceos, - pues del opio es de donde se obtiene la belladona, de la que se logra la morfina y la codeína, la cafeína queda igualmente incluida en el grupo que se menciona. Además de la belladona que es el opiáceo natural, se produce un narcótico sintético - de uso actual- la heroína. Obviamente en casos de dolor postoperatorio se encuentra indicado el uso de analgésicos no narcóticos. Huelga decir que aparte del caso que nos ocupa es decir el dolor post-operatorio las indicaciones de estos analgésicos no narcóticos son múltiples pudiendo ser igualmente empleados ante la presencia de procesos dolorosos de etiología diversa.

De igual forma, a las propiedades analgésicas de dichos medicamentos hay que agregar las propiedades que se les atribuyen, como lo son: Acción antipirética, antiinflamatoria y espasmolítica.

En relación con la elección del analgésico a emplear ésta deberá de realizarse considerando los datos aportados por el paciente al desarrollar su historia clínica --- pues en esta fuente de valiosa información en la que nos basaremos para prescribir el analgésico adecuado, este punto no deberá de pasarse por alto en virtud de que la mayoría de los analgésicos pueden crear reacciones secundarias severas o tener contraindicaciones específicas- como es el caso de analgésicos de 2do y 3er. nivel- ante la presencia de determinados padecimientos o bien ante posibles reacciones alérgicas dada la susceptibilidad del paciente, lo que se manifiesta conforme el grado o nivel del analgésico aumenta, por lo que se insiste deben de considerarse pues las contraindica--

ciones de cada uno de los analgésicos, las cuales tienen generalmente una estrecha relación con padecimientos tales como: Insuficiencia renal y hepática, discrasias sanguíneas, - padecimientos gastrointestinales, hipersensibilidad, etc. y se reitera igualmente sobre las reacciones secundarias, las cuales se asocian generalmente con el desencadenamiento de: Irritaciones gástricas, somnolencia, náusea, vómito, algunos tipos de anemia, erupciones cutáneas, etc., como se observa - la diversidad de reacciones que pueden presentarse son amplias pero apoyados en un buen diagnóstico la terapia será - la apropiada para remitir el dolor con el menor índice de - problemas posibles.

De igual forma, su presentación y administración - es semejante o variable en cuanto a su posología, ésta será - considerada de acuerdo a las especificaciones ya estableci-- das pudiendo aumentarse en cantidad o frecuencia, dependiendo de el caso en particular que se trate y dependiendo de la intensidad del dolor, pero sin exceder el límite máximo indicado. Ahora bien en relación con la administración de analgésicos debemos de mencionar que el alivio y control del dolor mediante el uso de estos, se hace mas efectivo cuando se dan dosis pequeñas a intervalos frecuentes que grandes dosis a - intervalos prolongados.

De manera general este es el usual procedimiento - para controlar el dolor post-operatorio como podemos apre--- ciar no existe mayor problema para proporcionar al paciente el alivio de que requiere al existir la sintomatología dolorosa.

I N F L A M A C I O N

La inflamación es una reacción a una lesión de los elementos de los tejidos, tanto de los vasculares como los -

de sostén que actúan para destruir, neutralizar o inhibir la acción del agente lescivo y mas tarde para reparar el trastorno producido, es una defensa fisiologica que de no existir la destrucción de los tejidos ante un agente morboso seria mayor; por tal razón no se le considera como un proceso patológico, esto hasta cierto límite ya de que si intervienen -- otros factores, si se vuelve patológico. Esta respuesta de la naturaleza a las heridas, es una línea de defensa primordial y necesaria para hacer frente a la invasión bacteriana y el traumatismo, siendo elementos de gran importancia en esta actividad los leucocitos de la sangre, los que constituyen la línea principal de defensa, en tanto que los macrofagos, linfa, y exudado inflamatorio son los refuerzos secundarios.

El control de la inflamación en estados post-operarios depende de la etiología de la misma, ya de que ésta puede ser originada por reacciones normales a las maniobras quirúrgicas, trismus como consecuencia de trauma en ausencia de infección o bien por la presencia de una infección aguda. De manera general la forma de atacar la inflamación en los estados post-operatorios se logra mediante la acción terapeutica de aplicaciones de frio y calor, así como mediante el uso de agentes antiinflamatorios.

En relación con el frio diremos lo siguiente: Está indicado para disminuir la inflamación en todos los casos de trauma en que no existe la presencia de infecciones agudas.

En tales casos el frio actúa eliminando el calor de la zona de aplicación disminuyendo la sensibilidad de las terminaciones nerviosas periféricas aliviando el dolor. De la misma forma al enfriar los tejidos se impide la circulación inhibiendo la leucocitosis y el aflujo de linfa a la zona afectada, con la consiguiente disminución de presión co--

bre las fibras nerviosas y la distensión de los tejidos, controlándose así la hinchazón de la zona, pero este mismo proceso puede inhibir la cicatrización, evitando en los tejidos el aumento de circulación que sabemos es parte de la acción-inflamatoria y que corresponde a esta natural defensa y la--cual lleva todos los elementos de regeneración y de defensa --contra las bacterias. Por lo anterior las aplicaciones de --frio deberán de ser breves y evitarse en aquellas personas --que tienen disminuido el aflujo sanguíneo, dado que el friograva el extasis sanguíneo en la zona de inflamación, por --lo que su uso prolongado puede originar necrosis y gangrena.

Está indicada en traumatismos ausentes de infec---ción, en los que el frio controla la hemorragia por contracción de los vasos sanguíneos, evitándose así la equimosis y la formación de hematomas, está indicada en casos de trismus que es una inflamación de los musculos masticadores con presencia de edema. En aquellos casos en que la hinchazón no se reduce con la aplicación de frio en un lapso de 24 horas está indicada la aplicación de calor.

El frio puede retardar los procesos inflamatorios-químicos y fisiológicos así como la supuración, lo que puede ser deseable o no dependiendo del criterio a seguir en cada caso, lo que queda aclarado es que la aplicación del frio a edemas prematuros, producidos por traumatismos causan vaso--constricción, retardo en la hinchazón y analgesia.

La aplicación del frio en cirugía bucal (estados --post-operatorios) presenta limitaciones mayores que las del calor, pero aun así está indicada. Generalmente se usa inmediatamente despues de existir el traumatismo inherente al acto para reducir la hinchazón y disminuir lo mas posible la --acumulación de líquidos tisulares y exudados mientras el ede

ma va en aumento. Esta terapia se aplica comunmente por medio de pequeñas bolsas de hielo, apositos frios o bien hielo picado en una toalla. El tiempo de aplicación de los apositos frios se puede usar de 24 a 48 horas despues del acto, pero no mas alla de este periodo y de igual forma la aplicación deberá ser intermitente y por periodos hasta de 20 minutos, en caso de prolongarse mas tiempo existe la posibilidad de producirse una congelación que conduciria a la necrosis y gangrena.

La tumefacción y la rigidez provocada en los estados post-operatorios que tienen su origen debido a hemorragias dentro de los tejidos bucales y que se extienden a tejidos faciales y que es ocasionada por los liquidos y elementos sanguíneos relacionados con la cicatrización o eliminación de la infección requieren igualmente de la aplicación de compresas frias durante el 1er. dia y posteriormente aplicaciones de calor. En relación con estos procesos inflamatorios, es conveniente hacer la observación de que al llevar a cabo el cierre de la herida las suturas se deberán de colocar a una distancia mayor de 5 mms. pues en caso de estar muy proximas, éstas estrangularan el tejido e interferirán en el escape del suero o exudado inflamatorio.

Queda establecido pues que igualmente, la aplicación del calor aumenta la vascularización de la zona produciendo hiperemia, o sea, la línea de defensa de la naturaleza, afloja los tejidos, ayuda en la absorción, localiza la zona infecciosa, apresura su normalización y la supuración en presencia de infección patógena. Los apositos calientes y colutorios moderados se llevan a cabo una vez que la hinchazón ha alcanzado en forma natural su punto maximo y hay que continuarlos hasta que la hemorragia y el trismus

remitan. Su aplicación se efectua dentro de las 48 horas--- siguientes al acto quirúrgico, ya de que esto previene la-- rigidez y como se dijo estimula la circulación lo que ayuda a eliminar la decoloración que suele instalarse como consecuencia de la presencia de hemorragia debajo de los tejidos y los cuales afectan a los de la cara. Una vez que el calor permite localizar y llevar al maximo la inflamación en ca-- sos infecciosos, se deberá de proceder a la supuración lo-- cal. En caso de existir necrosis inflamatoria, el procedi-- miento mas rapido y efectivo para librarse de los tejidos-- muertos lo constituyen la licuefacción supurativa.

Como podemos observar la correcta aplicación de-- los cuidados post-operatorios mediante el uso de aplicacio-- nes de frio y calor proporcionan un margen de seguridad en-- la remisión de la inflamación que aparece como secuela de-- los actos quirúrgicos. La aplicación conjunta de analgési-- cos conteniendo agentes antiinflamatorios complementa la--- terapeutica antes expuesta. Es sin embargo en ocasiones ne-- cesario prescribir antiinflamatorios en forma especifica,- y entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

ANTIINFLAMATORIOS DE ORIGEN ANIMAL.

Tripssina, Quimitripsina, Estreptocina, Estrep-- todornasa. (Uaridasa): Este Tipo de antiinflamatorios se-- suelen emplear ya sea solos o en combinación con otros me-- dicamentos, por Ejem. antibioticos (Ambotetra).

ANTIINFLAMATORIOS DE ORIGEN VEGETAL.

Aranasa y Papasa: Tanderil.

Papaina: Tromasin.

Indometacina: Este antiinflamatorio contiene hia-- lurodinasa la cual influye en la disgregación disminuyen--

do la formación del exudado inflamatorio; (Indocil).

Otro analgésico que incluye el compuesto anterior lo es el Magnopírol con Loren.

Consideramos desde luego como antiinflamatorios-- los analgésicos comentados al tratar el dolor, aun cuando-- su acción antiinflamatoria se considere como secundaria --- dentro de su función, entre ellos incluimos: Los salicila-- tos en grado mínimo, los derivados de la Pirazolona (Connel Magnopírol, Beserol etc.) y la Prodolína entre otros que--- podemos mencionar. Lo importante es que quede establecida-- la acción que desarrollan al presentarse la inflamación en-- los estados post-operatorios.

Respecto a la posología y administración de los-- antiinflamatorios, ésta estará determinada por el cirujano-- considerando cada caso en particular de que se trate, ya--- de que aun cuando existe una presentación y posología esta-- blecida, no pretendemos crear una generalidad que nos de--- termine a señalar el tratamiento a emplear, el indicado se-- rá como se dijo aquél que está dirigido considerando las--- características de cada paciente.

Como se observa el proceso inflamatorio post-ope-- ratorio al igual que el dolor es fácilmente controlable gra-- cias a la terapéutica mencionada anteriormente, la que gene-- ralmente se logra sin complicaciones.

I N F E C C I O N

El régimen post-operatorio tiene entre sus fina-- lidades principales el control de la infección, la que --- constituye una de las complicaciones que suelen presentar-- se posteriormente a la realización de los procedimientos-- quirúrgicos. Se requiere entonces de un tratamiento local-- y general para prevenir los procesos infecciosos o en su--

caso para controlarlos cuando se presenten.

Las posibilidades de que se instale un proceso infeccioso las podemos considerar gracias al desarrollo y análisis de nuestra historia clínica, en virtud de que al llevarla a cabo y gracias al interrogatorio (anamnesis) que realizamos sobre el paciente, obtenemos la información necesaria para evaluar adecuadamente su capacidad de resistencia frente a las infecciones, lo que obviamente nos permitirá aplicar una adecuada profilaxis con la finalidad de evitar o controlar dicha complicación. Estos casos los podemos observar en aquellos pacientes que presentan deficiencias o alteraciones sistémicas (Anemia, Diabetes, etc).

En realidad la presencia de procesos infecciosos en los estados post-operatorios, suelen considerarse hasta cierto punto como una complicación benigna, la cual suele tratarse sin mayores problemas, lo que se logra gracias a la aplicación de calor, adecuado drenaje de la zona y prescripción de antibióticos.

En efecto, como se comento al tratar la inflamación el calor permite la localización y supuración de la infección, la cual al ser localizada se procede a la realización de su drenaje, lo que evita la extensión de la infección, disminuye el dolor y acelera la resolución del proceso. Suele en muchas ocasiones existir una acumulación bien localizada de líquidos purulentos, sobre la que se realiza una incisión provocando la salida de los mismos, en estos casos la zona puede permanecer solamente con la incisión hecha o bien proceder a la colocación de un drenaje (mecha) de goma la cual deberá de permanecer por lo menos durante 24 horas. Siendo este el paso fundamental para la eliminación de casi todos los síntomas que provoca la infección (Dolor, Inflamación, Rubor, etc.). La eliminación de la --

infección se logra gracias a la acción del antibiotico de elección en la dosis adecuada.

La falta de higiene en la cavidad bucal, la ausencia de un esterilizado adecuado en el instrumental, focos contagiosos, etc. son causa de la presencia de las infecciones post-operatorias.

En relación con la administración de antibioticos podemos decir que de manera general la penicilina es el antibiotico de elección, dado que se ha demostrado que la mayoría de las infecciones asociadas con la cavidad bucal son producidas por microorganismos sensibles a la penicilina, sin que esto sea regla general, dado que en casos de infecciones especificas o de reacciones alergicas a dicho medicamento procederemos a la elección de otro tipo de antibiotico.

Al igual que en los casos anteriores, diremos que la presentación de los antibioticos (Bactericida o Bacteriostatico), presenta variantes; En cuanto a la Via de Administración, estos medicamentos presentan casi la gama conocida, por lo que considerando el caso que se atiende se empleará el criterio comentado anteriormente al hablar del control del dolor y la inflamación.

La farmacología será determinada considerando el tipo de infección, grado de ésta y resistencia y susceptibilidad del paciente, además claro está de las consideraciones que haya arrojado el estudio de su historia clínica. Entre los antibioticos existentes tenemos el grupo de: Las Penicilinas (Naturales, Sinteticas, Semisinteticas) y de espectro variable (Amplio, Reducido etc.). Grupo de las Tetraciclínas y Grupo de Los Macrolidos: (Generalmente usados estos ultimos en caso de que la historia clínica aporte datos de intolerancia al grupo de las penicilinas).

Como podemos observar la gana de antibioticos exigentes es muy grande, por lo que podemos afirmar categoricamente que no existe mayor problema para lograr el control -- de una infección en los estados post-operatorios.

A la acción de los antibioticos hay que agregar--- la acción conjunta de antiinflamatorios y analgésicos, de--- los cuales ya hemos hecho mención para lograr la remisión--- total de la infección y del síndrome que provoca, eliminan--- do así el proceso infeccioso y lograr el restablecimiento -- del paciente.

H E M O R R A G I A

El control de la hemorragia en los estados post-- operatorios al igual que en los procesos infecciosos los -- podemos preveer considerando los datos asentados en nuestra historia clínica, en efecto, podemos lograr un mejor con--- trol de aquellos pacientes que han referido tener una mayor propensión al sangrado, por lo que podemos decir que los pa-- sos que nos conducen hacia la hemostasia se manifiestan muy anteriormente al acto quirúrgico y al momento de efectuar-- el derrame de la primera gota de sangre, debiendo concen--- trar un especial interes en estos pacientes.

Efectuado el acto quirúrgico, un factor que deter-- mina las posibilidades de que este ausente la hemorragia lo determina la colocación de la sutura en el colgajo mucop-- riostico, la cual se hace porque mantiene la aposición de-- los tejidos blandos sobre el hueso fijandolos para contri-- buir a la cicatrización, previene la hemorragia post-- opera-- toria, en especial la capilar que es la mas frecuente y en-- casos de extracción sostiene los tejidos blandos sobre el-- alveolo, lo que ayuda a la formación y mantenimiento de un-- buen coagulo sanguineo, como podemos observar, tal cierre-- de la herida mediante suturas tiene un muy importante papel

en el control de la hemorragia, aunque si bien sostiene y -- detiene las mismas, en ocasiones es necesario ligar algun va so rebelde, las suturas en cirugia se retiran entre los 5 y 7 dias despues de la aplicaci3n de las mismas.

En relaci3n con la hemorragia que proviene del fon do de los alveolos, estos se inhiben atacando el alveolo con Gelfoam o Surgicel, ahora bien puesto que el tejido de granu laci3n es muy vascularizado, 3ste suele eliminarse de los al veolos como una forma de evitar o prevenir la presencia de-- hemorragias profusas y prolongadas, siendo esa la raz3n por la que se elimina todo tejido con infecci3n cronica del al-- veolo, por lo comun el tejido infectado que se elimina sue-- le sangrar mucho aun despues de la extracci3n, pero este ti po de hemorragias no es del todo indeseable. Los alveolos--- "secos" se tratar3n con un adecuado curetaje para eliminar-- el tejido de granulaci3n infectado, se irrigar3 con agua --- bien destilada o suero fisiologico tibio y se ataca con ga-- sa yodoformada impregnada de Butin Metaphen, lo que se har3 hasta que el nuevo tejido de granulaci3n recubra el alveolo. Las hemorragias intraoseas se suelen controlar mediante el aplastamiento del hueso adyacente al punto sangrante.

Lo importante y debe de quedar perfectamente cla ro es que la hemorragia deber3 de ser inhibida antes de que el paciente abandone el consultorio, para poder observar la magnitud de la hemorragia asi como para ver si se est3 lo-- grando el proceso de coagulaci3n, es conveniente cambiar e-- incluso retirar los apositos de gasa que inhiben la hemorra gia, en base a esto podemos considerar si el paciente tiene o podra tener posibles complicaciones.

De manera general el control de la hemorragia---- post-operatoria en aquellos pacientes que no presentan pro-- blemas sist3máticos que alteren el proceso de coagulaci3n--

se logra mediante la adecuada colocación de la sutura, mediante el ligamento de vasos rebeldes en caso de estar presente este, aplicación de coagulantes absorbentes reabsorbibles (Gelfoam o similar), o por la simple presión de un aposito de gasa en contra del punto sangrante.

Ademas de lo anteriormente mencionado, a los pacientes con problemas para lograr su coagulación, en especial aquellos que presentan deficiencias para elevar el nivel de protrombina se les suele recetar vitamina K, la cual es eficaz para aumentar dicho elemento, lo que no deberá--- de considerarse como una regla para cohibir la hemorragia,--- pues la imposibilidad de detenerla puede deberse a otra causa, lo que generalmente podemos determinarlo en base a la--- historia clinica y al estudio de laboratorio que precede--- al acto y en el cual se solicitan las pruebas de sangre respectivas.

A aquellos pacientes en que se manifiestan trastornos hematologicos severos que ponen en peligro su vida, deberá de atenderseles en un hospital donde podran ser--- atendidos en caso de emergencia con todas las medidas necesarias y actuando conjuntamente dentista y medico especialista. Es sin duda en estos casos donde la historia clinica alcanza niveles en verdad determinantes para que el cirujano pueda actuar con las debidas consideraciones en cada caso que se presente, asi pues a los pacientes que ---- toman anticoagulantes y que refieren sus antecedentes hemorragias prolongadas seran aquellos que demanden de una--- muy especial atención, para lograr al igual que en los pacientes ausentes de problemas hematologicos, la normalización del proceso de coagulación y cicatrización, ausente--- de complicaciones aun mas severas que la hemorragia misma.

INSTRUCCIONES GENERALES.

El manejo de las instrucciones generales es en realidad una facil rutina que habrá de mantener el paciente con la finalidad de evitar complicaciones tales como; Procesos infecciosos o hemorragias, lo que obviamente repercute en procesos inflamatorios dolorosos o severos o leves -- problemas que no deben de estar presentes cuando el acto quirúrgico ha sido llevado a cabo en forma correcta, cumplir fielmente con estas instrucciones proporcionará el éxito completo de dicho acto quirúrgico. Siendo en realidad las instrucciones sencillas, y como todas y cada una de ellas repercute beneficiosamente en favor del paciente, su cumplimiento debe ser llevado a cabo. Entre ellas tenemos:

Dieta: La dieta deberá de ser entre blanda y líquida segun la tolerancia del paciente, pero deberá de contener las suficientes proteínas para que exista una cicatrización normal, deberá ser ausente de irritantes o grasas.

Cuidado de la Zona.- La zona operada deberá de ser cuidada no debiendo existir presión o ejercicio en la misma hasta haber logrado una cicatrización adecuada, pues en caso contrario podría provocarse la hemorragia y hasta la infección de la zona.

Actividad Fisica.- La actividad fisica habrá de restringirse por lo menos de 24 a 48 horas, dependiendo de la amplitud del acto quirúrgico...

Higiene Bucal.- Esta deberá de efectuarse considerando el acto quirúrgico en forma normal, cuidando no dañar la zona operada, la cual deberá de lavarse por medio de irrigación con agua tibia o suero fisiológico. Quedan igualmente prohibidos los colutorios energicos, por lo menos hasta lograrse el proceso de cicatrización. La mala higiene en post-operatorio puede desencadenar en un proceso infeccioso

por lo que no deberá de ser pasado por alto.

Como se observa las presentes indicaciones mantendrán un estado propicio para la obtención del éxito en los diversos tratamientos quirúrgicos.

Queremos hacer notar, que en relación con los medicamentos a que se hizo mención en el presente capítulo, que ésta no se amplió en virtud de que se consideró que dependiendo del caso, y como se dijo tanto en la administración como la posología, se atenderían de acuerdo al criterio del cirujano hacia el paciente, siendo entonces innecesario llevar a cabo una larga lista de medicamentos con su respectiva dosis.

Estas son de manera general las consideraciones -- post-operatorias que habrán de tomarse en cuenta y de llevarse a cabo en todas y cada una de las intervenciones, debiendo atenderse, insistimos en base a nuestra historia clínica y al desarrollo y circunstancias que se vayan presentando, - en forma individual considerando siempre al paciente enfermo y no a la enfermedad.

C O N C L U S I O N E S .

1.- Debe de considerarse la importancia de la interrelación que se manifiesta entre las diversas ramas que constituyen la Odontología para poder llevar a cabo la realización de un tratamiento.

2.- Se requiere del análisis de los pasos que anteceden a todo tratamiento quirúrgico, considerando la trascendencia que cada uno de éstos tiene para lograr el máximo de beneficios al paciente que presenta las anomalías que requieren de actos quirúrgicos.

3.- La presencia de anomalías que obstaculizan los diversos tratamientos protéticos, específicamente aquéllas que involucran a los elementos duros de los maxilares, deben ser analizadas con el debido detenimiento para determinar la posibilidad de su eliminación sin llegar a crear mayor perjuicio que el que la anomalía misma involucra.

4.- Para efecto de poder llevar a cabo lo anterior se requiere de la elaboración de una historia clínica detallada, la cual deberá de incluir toda la información que requerimos para la realización propiamente dicha del acto quirúrgico, así como de todos los factores que involucra el mismo, tanto antes como después de su realización. Este paso es punto trascendental del desarrollo de cualquier acto quirúrgico a realizar, queda constituida como paso obligatorio a llevar a cabo.

5.- Los diversos tratamientos exodonticos, ya sean comunes o quirúrgicos, deberán de llevarse a cabo con el menor índice de traumatismo posible que pueda existir, con la finalidad de proporcionar a la escuela siguiente (la Prote--

sis), la mayor facilidad posible para lograr la adecuada -- adaptación de las bases que la integran, lo que repercutirá obviamente en una mayor seguridad y comodidad para el portador de la prótesis.

6.- Para efecto de lo anterior al llevar a cabo -- los tratamientos exodónticos, se deberá de proporcionar al proceso alveolar la forma mas conveniente para la adapta -- ción de la prótesis considerando los requisitos propios de la misma para obtener los fines deseados al elaborar el apa -- rato dentoprotético.

7.- La presencia de las diversas anomalías que -- afectan a los tejidos duros, ya sean adquiridas o congénitas deberán de ser eliminadas mediante la técnica quirúrgica respectiva cuando dicha anomalía interfiera en la realiza -- ción de una prótesis.

8.- La eliminación Ósea que se lleve a cabo al -- eliminar las anomalías existentes, deberá de ser en canti -- dad necesaria para lograr el fin que se pretende, pero pre -- servando la mayor cantidad posible de tejido óseo con la fi -- nalidad de ayudar a la reparación de la zona afectada y de -- igual manera evitar una posible reabsorción ósea severa que repercute perjudicialmente en el proceso que se pretende -- adaptar.

9.- Deberán de considerarse los cuidados post-ope -- ratorios inherentes a todo acto quirúrgico siguiendo una es -- trecha vigilancia de los mismos para que se lleve a cabo su cumplimiento fiel, dada la importancia de los mismos, ya de -- que son estos los que determinan el éxito del acto quirúrgi -- co ausente de complicaciones.

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

- 1.- ALVIN L. MORRIS Y HARRY M. BOHANNAN.- Las Especialidades Odontologicas en la -- Practica General.
ALVIN L. MORRIS Y JAMES W. LITTLE .- CAP. III.- La Medicina Oral en la Practica General.
SHELDON ROVIN.- CAP. IV.- La Patologia Oral y El Diagnostico Oral en la Practica General.
EMMET. R. COSTICH.- CAP. IX.- La Cirugia Oral en la Practica General.
EDITORIAL LABOR S.A. 2da. EDICION. 1976.
- 2.- ARCHER W. HARRY.- CIRUGIA BUCAL.- TOMO I.- Buenos Aires EDITORIAL MUNDI. 2da. Edición. 1968.
- 3.- DURANTE AVELLANAL CIRO.- Diccionario Odontologico. 4a.- Edición EDITORIAL
- 4.- GURALNICK WALTER C.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL.- Barcelona. EDITORIAL SALVAT. Edición 1971.
- 5.- HAUPL KARL.- TRATADO GENERAL DE ESTOMATOLOGIA. TOMO III VOL. 1o. y 2do. EDITORIAL
- 6.- LEE WALTER DOXTATER.- Dentaduras Completas y Parciales- EDITORIAL UTEHA. EDICION 1940.
- 7.- MEAD STERLING V.- CIRUGIA BUCAL.- Vers. Española Por: - Oscar G. Carrera. MEXICO. EDITORIAL UNION-TIPOGRAFICA. Ed. 1957
- 8.- OZAWA DEGUCHI JOSE Y.- PROSTODONCIA TOTAL.- Editorial - UNAM. Textos Universitarios. 2da. Edición- 1975.
- 9.- PRODUCTOS ODONTOLOGICOS, INDEX DE.- Primera Edición 1978 Editorial INDEX.
- 10.- PSTORI ERNESTO J.- EXODONCIA CON BOTADORES.- Buenos Aires Editorial Mundi. Edición 1977.
- 11.- PICHLER HANS.- CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES.- Barcelona. Editorial Labor. Edición 1952.
- 12.- STARSHAK THOMAS J.- CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA.- Buenos-Aires. Editorial Mundi. Edición 1974.

- 13.- WINTER LEO.- TRATADO DE EXODONCIA.- Traducción de Vi. y Torrest. Barcelona. Editorial Pubul .S.A.
- 14.- APUNTES INEDITOS.