

10/764

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE
COMUNICACIONES BUCONASALES
Y BUCOSINUSALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

ERICA ESTELA CONTRERAS SALAZAR
JORGE ENRIQUE PEREZ PEÑUÑURI

1 9 8 0



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

Pág.

CAPITULO I

ANATOMIA DE LA BOVEDA PALATINA, SENOS PARANASALES Y VESTIBULO BUCAL..... 1

- a). - Vasos sanguíneos.
- b). - Nervios.
- c). - Conductos óseos.
- d). - Glandulas salivales.
- e). - Agujeros.
- f). - Mucosa bucal.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS CLINICAS..... 14

CAPITULO III

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS..... 15

CAPITULO IV

ETIOLOGIA..... 16

CAPITULO V

DIAGNOSTICO..... 18

CAPITULO VI

MEDICACION..... 20

- a). - Analgésicos.
- b). - Hipnóticos.
- c). - Tranquilizantes.
- d). - Antibióticos.
- e). - Inyecciones subcutáneas.

- f). - Inyecciones Intramusculares.
- g). - Inyecciones por vía intravenosa.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES BUCONASALES Y BUCOSINUSALES.....	29
--	----

- a). - Prótesis.
- b). - Quirúrgicos.

CAPITULO VIII

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.....	30
------------------------------	----

CAPITULO IX

ANESTESIA.....	36
----------------	----

- a). - Maniobras Preanestésicas.
- b). - Anestesia del nervio nasopalatino.
- c). - Anestesia de los nervios palatinos.
- d). - Anestesia del nervio dental posterior.
- e). - Anestesia del nervio maxilar superior.

CAPITULO X

TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	46
-----------------------------	----

- a). - Incisión.
- b). - Osteotomía.
- c). - Tratamiento del seno maxilar.
- d). - Sutura.

CAPITULO XI

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.....	65
---------------------------------	----

CAPITULO XII

COMPLICACIONES QUIRURGICAS. 68

CONCLUSIONES. 72

BIBLIOGRAFIA. 73

ANATOMIA DE LA BOVEDA PALATINA, SENOS PARANASALES Y VESTIBULO BUCAL.

Algunos aspectos anatómicos deben de ser cuidadosamente considerados al planear la cirugía bucal de las comunicaciones buconasales y bucosinusales, así como al manejar los problemas infecciosos o traumáticos. - Las siguientes descripciones de los aspectos anatómicos que tienen importancia en la relación con las comunicaciones buconasales y bucosinusales - y su tratamiento son breves y representan una revisión, con unos cuantos comentarios.

a). - Vasos Sanguíneos.

Hay en la boca numerosos vasos sanguíneos de calibre importante - que pueden ser seccionados fácilmente. No se encuentran en el trayecto de las líneas de inserción acostumbradas y por eso se olvidan algunas veces. Las arterias, de que proceden y sus colaterales son las siguientes:

*) Arteria maxilar interna.

Colaterales:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1). - Infrarbitaria. | 4). - Pterigopalatina. |
| 2). - Palatina superior. | 5). - Esfenopalatina. |
| 3). - Vidiana. | |

1). - PLEXO VENOSO PTIRIGOIDEO.

Esta red formada por numerosos vasos venosos que se anastomosan entre sí, esta localizada arriba y detrás de la tuberosidad del maxilar superior, quedando en el espacio infratemporal entre los músculos pteri -

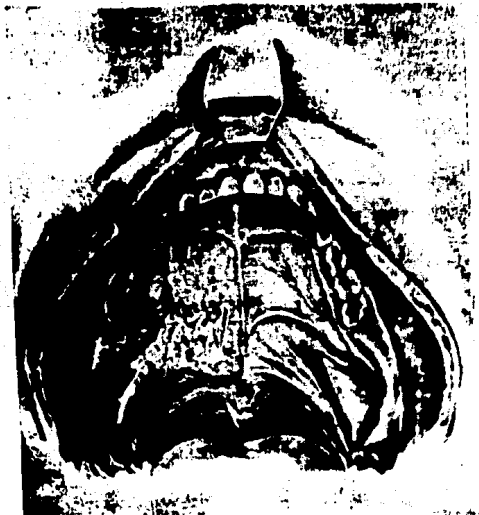


FIG. 30. — La bóveda palatina; ha sido resecao un trozo de mucosa, pudiéndose observar la capa glandular, algunos músculos del paladar blando y de la úvula, el hueso (apofisis palatinas) y los vasos sanguíneos de la región de la bóveda.

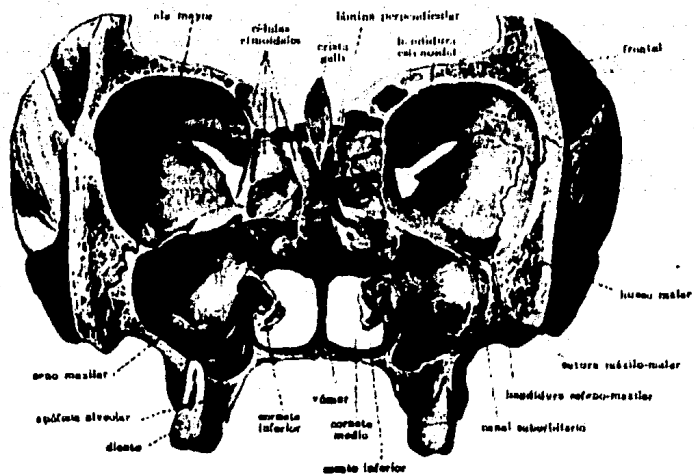


FIG. 3 — Corte frontal del cráneo donde pueden observarse las cavidades orbitarias, los senos maxilares, las fosas nasales y la relación de los molares con el piso del seno. (SOBOTTA.)

goideos.

2).- ARTERIA Y VENA PALATINA SUPERIOR DESCENDENTE.

Las arterias y venas palatinas superiores emergen de los agujeros palatinos posteriores y avanzan hacia adelante a cada lado del paladar, en el ángulo formado por la unión del borde alveolar y el paladar óseo.

3).- ARTERIA DEL TABIQUE.

Este vaso es una de las 2 ramas terminales de la arteria esfenopalatina se anastomosa con la arteria palatina superior después de pasar hacia arriba por el conducto palatino anterior. Este vaso suele ser pequeño e insignificante.

b).- Nervios.

Es importante conocer el curso de cada una de las ramas de los nervios craneales, los troncos nerviosos frecuentemente acompañan a venas y arterias. En algunos casos traumatizar los vasos sanguíneos puede no tener muchas consecuencias, pero lesionar el nervio puede causar muchas alteraciones; el conocimiento de las ramificaciones de los nervios craneales es esencial para el dentista a causa de su importancia en la admón, de anestesia local y de la ayuda que brindan para determinar la localización del daño debido a una enfermedad o a un traumatismo.

1).- NERVIO MAXILAR SUPERIOR Y SUS RAMAS.

El nervio maxilar superior, rama del V par craneal, abandona el cráneo por el agujero redondo mayor y entra en la fosa pterigo-maxilar,

aquí se divide en sus ramas principales, una de estas es el nervio eseno - palatino que da lugar al nervio nasopalatino o esfenopalatino interno que - - desciende sobre el tabique nasal para alcanzar el paladar a través del ori - ficio superior del conducto palatino anterior.

2).- NERVIOS PALATINOS.

Se originan también en la fosa Pterigo-maxilar, descienden en el ca nal pterigopalatino. El mayor de estos nervios palatinos es el nervio palati no anterior, alcanza la mucosa del paladar por el conducto palatino poste - rior y luego toma su curso a lo largo del paladar, en el ángulo formado - - por el borde alveolar y el hueso del techo de la boca. Este nervio inerva - la mayor parte de la mucosa del paladar.

3).- NERVIOS DENTALES POSTERIORES.

En numeros de dos a tres los nervios dentales posteriores se sepa - ran del nervio maxilar superior cuando este se introduce en el canal sub - - orbitario y descienden después hacia la parte posterior del maxilar supe - rior donde se introducen en el hueso por uno o mas orificios pequeños que - se encuentran sobre la superficie convexa arriba del origen del músculo - buccinador. Crusan entonces dentro de la pared del seno maxilar, hacia la base del borde alveolar.

4).- NERVIO DENTAL SUPERIOR.

El nervio dental superior nace en el conducto suborbitario, a distan - cia algo variable del agujero suborbitario y también desciende a lo largo - de las paredes de los senos maxilares hacia el borde alveolar, donde se -

une a las fibras de los nervios dentales posteriores, para inervar los dientes del maxilar superior al salir del agujero suborbitario y pasar a la fosa canina, el nervio maxilar superior se divide en gran número de ramas terminales que forman el ramillete suborbitario e inervan la región comprendida entre el parpado y el labio superior.

5). - EL NERVIO FACIAL VII PAR CRANEAL.

Sale del bulbo en la fosita supraolivar y continua hasta que se introduce en el conducto auditivo interno y luego en el acueducto de falopio, sale del hueso temporal por el agujero estilo mastoideo dando lugar a varias ramas.

a). - Rama superior o temporo facial.

Esta rama se subdivide en los filetes nerviosos temporales, frontales, palpebrales, nasales o suborbitarios y bucales superiores.

El VII par craneal conduce impulsos sensitivos y motores.

Sus ramas sensoriales funcionan en la sensación profunda de la cara en la propiocepción y en los bulbos gustativos de los 2/3 anteriores de la lengua y del paladar.

Nervio maxilar superior.

Ramas colaterales:

A). - 1 Intracraneal:

3 meníngeo medio.

B). - 4 Extracraneales:

R. orbitario

Lácrimopalpebral.

Temporomaxilar.

R. del ganglio esfenopalatino

F. dentario

F. alveolar.

F. mucosos.

F. óseos.

R. dentario anterior

F. óseos.

F. nasales.

F. alveolares.

F. dentarios.

Ramos terminales:

R. suborbitarios.

F. palpebrales.

F. labiales.

F. nasales.

V par craneal nervio trigémino.

El n. trigémino es sensitivo para una gran parte de la cara y del cuerpo cabelludo; las cavidades bucal, nasal y orbitaria; los senos paranasales y las meninges craneales. Lleva también fibras propioceptivas y motoras a los músculos masticadores, al vientre anterior del digástrico, al milohioideo, al periestafilino externo y al músculo del martillo. Es un nervio mixto con rafe sensitiva y motora; las fibras motoras se distribuyen

con la rama maxilar inferior, la raíz sensitiva esta unida al ganglio de gasser.

Del ganglio de gasser nacen 3 nervios importantes de distribución -
periférica:

- 1).- El nervio oftálmico.
- 2).- El maxilar superior.
- 3).- El maxilar inferior.

c). - Conductos óseos

1).- CONDUCTO SUBORBITARIO.

Este conducto se encuentra en la delgada capa ósea que forma el techo del seno maxilar y el piso de la orbita. Empezaba como un surco en la superficie orbitaria del maxilar superior el canal suborbitario y se transforma en un conducto óseo a medida que avanza bajo el borde suborbitario, para emerger en la superficie facial del maxilar superior a través del agujero suborbitario el conducto lleva las ramificaciones nerviosas de la segunda rama del trigémino (V par - 2) y las ramas terminales de la arteria maxilar superior, el nervio dental superior se deriva del V par - 2 en el conducto y se introduce en la pared anterior del seno del maxilar.

2).- CONDUCTO PALATINO ANTERIOR.

Este conducto tiene forma de Y. las ramas empiezan a agruparse en 2 agujeros uno a cada lado del tabique nasal, que se unen para formar un solo conducto. La abertura de este conducto es el agujero palatino anterior, que está localizado justamente detrás de los primeros incisivos, en la línea media del paladar.

Las ramificaciones de la rama nasopalatina del V par - 2 se distribuyen en el paladar adyacente al agujero.

3).- CONDUCTO PALATINO POSTERIOR.

El conducto palatino posterior va desde la fosa pterigomaxilar hasta el agujero palatino posterior, en el hueso del mismo nombre.

El conducto está formado por la aposición del surco Pterigopalatino-

del maxilar superior, contiene el nervio, la arteria y la vena palatinas anteriores; su diametro es variable y su curso puede ser recto o ligeramente tortuoso.

SENOS.

Los senos (maxilares, frontal, etmoidal y esfenoidal) deben ser conocidos por el dentista de manera que este pueda identificar, sus características, contornos en radiografías. Además debe darse cuenta que los problemas asociados con estos senos pueden causar dolor en el área bucofacial.

1). - SENO MAXILAR.

Tiene especial interés para el dentista por su relación con el desarrollo y la erupción de los dientes del maxilar superior con dientes desplazados y con dientes que tengan que ser extraídos, además este seno ofrece una vía para la extensión de una infección odontogena. Las infecciones y los tumores malignos que emergen en los senos maxilares con frecuencia se abren dentro de la cavidad bucal, ocasionando una comunicación bucoantral o se extienden a través de la nariz y de la faringe nasal a la faringe bucal y a los tejidos que le rodean donde pueden ser descubiertos por el dentista.

Las fracturas faciales y las complicaciones relacionadas con la extracción de dientes del maxilar superior también pueden afectar al seno maxilar.

d). - Glandulas salivales.

Las glandulas salivales accesorias existen en toda la mucosa bucal y su función principal consiste en lubricar las membranas mucosas, para facilitar el habla, y la masticación en los movimientos mandibulares.

e). - Agujeros.

1). - AGUJEROS PALATINOS.

Los agujeros palatinos posteriores son aberturas de los conductos palatinos posteriores, son los mayores y mas anteriores de los agujeros, bilaterales y en pares de los huesos palatinos.

Situados junto a la sutura con las apófisis palatina del maxilar superior; los orificios inferiores de los conductos llamados palatinos accesorios tienen menos importancia en anestesia y cirugía.

2). - AGUJERO NASOPALATINO.

Este agujero impar es el orificio del conducto palatino anterior.

f). - Mucosa bucal.

Un aspecto importante de la mucosa bucal por lo que se refiere a la planeación de incisiones, es que en el área de sujeción de la encía y en la mucosa del paladar la membrana mucosa esta en íntima asociación con el periostio que queda debajo de ella.

El periostio es un tejido no elástico y, por lo tanto esta íntima aproximación de los tejidos previene la extensión a la distorsión cuando un colgajo es reflejado en forma subperióstica en esta región. Este hecho hace también virtualmente imposible el intento de cerrar un defecto creado por la biopsia excisional del paladar, a menos que la membrana mucosa sea cuidadosamente socavada con el fin de permitir su separación de los tejidos que quedan debajo de ella tales heridas en el paladar duro no se cierran quirúrgicamente sino que se les deja formar tejido de granulación y sanar por si mismas.

La mucosa bucal es nutrida por un abundante aporte sanguíneo. El color rojo de los tejidos es por la gran vascularidad que existe, lo cual es una ventaja para el paciente y para el dentista que opera en esta área. El aporte sanguíneo juega un importante papel contra las infecciones y en el proceso reparador subsecuente a cirugía o a las lesiones.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Las características clínicas de las comunicaciones buconasales y -
bucosinusales, son las siguientes:

1. - La zona de la lesión se encuentra enrojecida, sangrante, edematizada, la sangre forma una especie de capa con burbujas.
2. - Hay dolor y sensibilidad a la palpación en la región de la mejilla.
3. - Fiebre, malestar general.
4. - Secresión nasal purulenta.
5. - Edematización en la zona de los cornetes.

El dolor es espontáneo y opresivo, fluctuante o pulsátil y neuralgiforme, es común que el dolor se irradie a todo el arco dentario superior durante la masticación o la deglución o se transmita al oído simulando una pulpitis abscedada.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

CASO CLINICO.

DIAGNOSTICO POR CUADRANTES.

I. - CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.

Región de Centrales	Ausencia del central superior derecho.
Región de lateral y canino	Ausencia de lateral y mesialización del canino.
Región de premolares.	Sin datos patológicos.
Región de molares.	Ausencia del 1 ^o molar, - 2 ^o y 3 ^o normales.

Ligamento parodontal, lámina dura y trabeculado óseo en condiciones normales.

II. - CUADRANTE INFERIOR DERECHO.

Región de centrales.	Incisivo central inferior - derecho normal.
Región de lateral y canino.	Sin datos patológicos.
Región de premolares.	Sin datos patológicos.
Región de molares.	Sin datos patológicos del - 1 ^o y 2 ^o molares, 3 ^o molar sin erupcionar.

Ligamento parodontal, lámina dura trabeculado óseo, ángulo de la mandíbula, rama ascendente, apófisis coronoides y cóndilo sin datos patológicos.

III. - CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.

Región de centrales.	Sin datos patológicos.
Región de lateral y canino.	Sin datos patológicos.

Región de premolares.	Sin datos patológicos.
Región de molares.	1º molar presenta una obturación oclusal, 2º molar sin datos patológicos, y 3º molar ausente.

Ligamento parodontal, lámina dura, trabeculado óseo, ángulo de la mandíbula (presenta una fractura ferulizada), rama ascendente, apófisis coronoides y cóndilo sin datos patológicos.

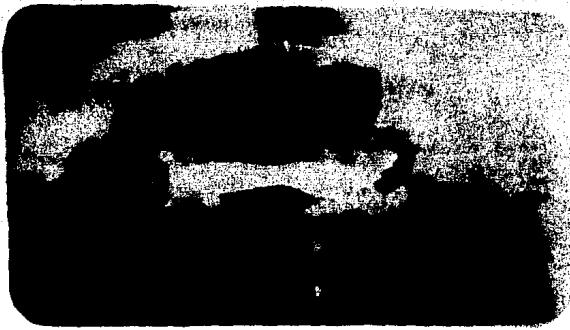
IV. - CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

Región de centrales.	Ausencia del central superior izquierdo.
Región lateral y canino.	Ausentes.
Región de premolares.	Ausencia del primero, presencia del segundo.
Región de molares.	Sin datos patológicos.

En la parte antero superior observamos falta del trabeculado óseo, a partir del borde alveolar, encontramos una discontinuidad del reborde, siguiendo la continuidad de la radiolucidez observamos que se trata de una fistula palatina que se comunica con la fosa nasal y seno maxilar del mismo cuadrante.

Ligamento parodontal, lámina dura y trabeculado óseo de los molares existentes se encuentra en condiciones normales.

En la parte intermedia de los dos maxilares (superior e inferior). Encontramos una radioopacidad alargada que se extiende de izquierda a derecha tratándose de una placa parcial removible cuya función es la de servir como medio aislante de los senos buconasales, impidiendo la penetración de sustancias extrañas que puedan afectarlo.



Radiograffa del caso clinico anterior.

ETIOLOGIA.

Las comunicaciones patológicas entre cavidades vecinas, como la cavidad bucal con el seno maxilar y las fosas nasales, que normalmente están separadas por tabiques anatómicos, obedecen a factores de distinto orden que enumeraremos sucintamente:

a). - Lesiones traumáticas.

Pueden considerarse entre estas lesiones las que originan los aparatos de prótesis, con cámaras de succión de goma. En nuestra práctica no hemos encontrado ningún caso debido al uso de estos aparatos y creemos, en cuanto sabemos, que no se usan en nuestro medio. Instrumentos, armas u objetos de distinta índole pueden perforar la tabla vestibular, la bóveda palatina, la arcada alveolar, en un accidente o en una guerra por ejemplo, dejando establecida una comunicación entre la boca y la nariz o el seno; algunas de estas comunicaciones traumáticas curan espontáneamente, obturándose, por lo tanto, la brecha abierta extemporáneamente; otras no cierran más, pues sus bordes se epitelizan y quedan establecidas las comunicaciones entre tales cavidades.

b). - Reliquias operatorias.

A continuación de operaciones realizadas sobre el maxilar superior, para extirpar tumores, resecaer quistes, eliminar dientes parcial o totalmente retenidos a erupcionados, y para los cuales no se ponen en práctica procedimientos especiales para evitar la instalación de estas comunicaciones, pudiendo quedar establecidas comunicaciones patológicas entre el

seno y la nariz con la cavidad bucal.

c). - Afecciones inflamatorias del maxilar superior.

Osteftis, osteomieltis, necrosis del maxilar de distintos orígenes.

Estas afecciones producen secuestros en el maxilar, de volumen e importancia distintas, que al eliminarse quirúrgicamente, puede quedar realizada la lucha entre las cavidades.

d). - Afecciones específicas sífilis y tuberculosis.

El goma sífilítico tiene su sitio de elección en la bóveda. "Los gomas del paladar son las manifestaciones bucofaringeas más frecuentes de la sífilis terciaria; son también las más graves, pues en la mayoría de los casos terminan en la perforación de la bóveda o del velo".

La tuberculosis localizada sobre la bóveda a el velo, suele dar perforaciones sobre estas regiones anatómicas.

e). - Lesiones congénitas: fisuras alveolopalatinas.

Se presentan como una lesión primaria o como una consecuencia de intervenciones quirúrgicas para tratar las fisuras, pueden quedar sobre la arcada o sobre la bóveda, perforaciones de distinto calibre.

DIAGNOSTICO.

Es el arte de reconocer un proceso de enfermedad a partir de sus signos y síntomas; El término también puede significar la decisión a que se ha llegado.

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

Es importante recordar que no se puede administrar la terapéutica definitiva hasta que no se haya establecido un diagnóstico cuidadoso, basado en historia y exploración completas.

Historia clínica.

Cada vez que va un paciente al dentista deberá obtener una historia completa o poner al día lo que ha hecho previamente. La historia que se hace cuando un paciente es visto por primera vez o anualmente puede ser en forma de un cuestionario sobre la salud que llene el paciente y es luego revisada por el dentista.

Hay formas de historias por ejemplo está que incluye:

- 1). - Declaración del padecimiento principal.
- 2). - Historia de la enfermedad presente.
- 3). - Descripción de experiencias médico dentales pasadas.
- 4). - Revisión de aparatos y sistemas.

Cabeza.

Oídos.

Nariz.

Garganta.

Cavidad bucal.

Cuello.

Cardiorespiratorio.

Gastrointestinal.

Genitourinario.

Muscular.

Nervioso.

Endocrino.

5). - Historia familiar personal y social.

Exploración física.

Debe empezarse anotando su peso, estatura, temperatura, pulso, - respiración y presión arterial.

Deberá incluir palpación de ganglios linfáticos de cabeza y cuello, - examen de la piel de cara, cuello y manos.

Examinar los oídos, nariz y garganta.

MEDICACION.

El conocimiento y el uso responsable de las drogas y los agentes - - anestésicos es una condición de la buena odontología.

Pero el dentista no debe conformarse con aprender como proporcionar una terapéutica de drogas adecuada y aceptable y creer que lo único - - que necesita es recordar esto. El campo de la farmacología es quizá el que cambia más rápidamente de todos los campos de la incumbencia del dentista, se presentan continuamente nuevas drogas y se descubren nuevos hechos acerca de las antiguas. Existe numerosa bibliografía que contiene información concisa acerca de trastornos o enfermedades específicas y de drogas y agentes anestésicos: sus indicaciones y contraindicaciones, su dosificación y sus efectos colaterales, así como toda acción antagonista o sinérgica, que el dentista debe tener a la mano en el consultorio. Aquí mencionaremos solo las drogas más usadas en procedimientos quirúrgicos bucales.

La historia, la exploración física del paciente y la valoración de la personalidad, tanto como el problema que se va a manejar dictarán el tipo de medicamentos que se necesitan en el período preoperatorio, al operar - y durante el período posoperatorio.

Los pacientes que sufran padecimientos de cualquiera de los principales órganos o sistemas, o infecciones, alcoholismo, adicción a las drogas o neurósis, pueden estar recibiendo tratamiento específico para combatir sus enfermedades o su conjunto de enfermedades.

Siempre que historia y exploración del paciente muestren que está - afectado por algún problema médico particular, el dentista debe determi-

nar la historia de la terapéutica medicamentosa.

En algunos casos, el paciente puede no estar al tanto del nombre de la droga o las drogas que esta tomando, pero si tiene sus píldoras o cápsulas consigo, puede usarse la bibliografía que se tenga a la mano para ayudar a determinar de qué medicamento puede tratarse.

Debe investigarse cualquier posibilidad de efecto antagónico o sinérgico entre las drogas que el paciente ya está tomando y las que podría necesitar como parte del tratamiento del problema bucal, tanto como cualquier contraindicación debido al problema médico del paciente.

El dentista también debe de estar enterado del método de detoxificación y eliminación de las drogas que administra, así como conocer sus manifestaciones de toxicidad.

Los pacientes que reciben tratamiento para padecimientos como diabetes, hipotiroidismo a cualesquiera de las enfermedades de la colágena, deberán ser valorados cuidadosamente y debería solicitarse consulta con sus médicos personales. Al solicitar esta consulta, el dentista deberá estar preparado para presentar y explicar al médico el plan de tratamiento a seguir en la atención dental propuesta.

Las pacientes que tomen ciertos tipos de antihistamínicos y los que reciban agentes psicoterápicos pueden experimentar una forma benigna de depresión del sistema nervioso central, y por esto, necesitar dosis menores de los agentes hipnóticos preoperatorios.

Es necesario revisar periódicamente la farmacología de las drogas que se usan en forma poco frecuente, para estar al tanto de los nuevos usos

y de los efectos colaterales más recientemente comunicados. El empleo regular de tratamientos médicos conjuntos mantendrá al dentista más tranquilo acerca de su conocimiento de dosificación y posibles complicaciones, y proporcionará los beneficios de una mejor asistencia al paciente.

a). - Analgésicos.

La aspirina es la droga analgésica más común y probablemente la que se prescriba con más frecuencia. Los verdaderos analgésicos elevan el umbral del dolor del paciente, pero no deprimen la función cortical cerebral. La dosis habitual es de 325 mg. para niños de cinco a diez años de edad y de 650 mg. para individuos de más de diez años. Esto es igual a una y a dos de las tabletas habituales de aspirina (32 a 35 mg.). Son agentes analgésicos más fuertes: el propoxifeno (Darvon), 32 a 65 mg; la etoheptacina (citrato de zactana), 100 mg. y la pentozocina (talvein), 50 mg. Estas drogas no crean adicción y, según algunos, puede acrecentarse su acción asociando a su administración 325 a 650 mg. de aspirina.

Narcóticos.

La codeína es el narcótico más frecuentemente empleado; por regla general, se administra en dosis de 30 a 60 mg. puede darse en combinación con 325 a 650 mg. de aspirina, y así suelen controlarse los dolores de origen dental menos agudos y graves. La codeína provoca náuseas en algunos pacientes, por lo que este factor deberá determinarse antes de prescribir la droga.

El clorhidrato de alfapradina (clorhidrato de nesentil) debe de admi-

nistrarse en forma subcutánea o intramuscular, pero esto puede hacerse convenientemente por inyección intrabucal en el vestíbulo de la boca, en área de los repliegues mucobucuales de los maxilares superior o inferior. La dosis habitual es de 0.6 mg. por kg. de peso corporal. La eficacia de esta droga aumenta tomando una cucharada sopera (19 mg. aproximadamente) de jarabe de prometacina (fenergón) por vía bucal. Esta combinación de drogas es especialmente eficaz en niños y su efecto es rápido si el jarabe de prometacina se administra en ayunas. Otros detalles acerca de las acciones farmacológicas de estas drogas sus contraindicaciones y sus posibles efectos colaterales, deberán revizarse en algún texto de farmacología amplio como el de Goodman y Gilman o el de Goth. La meperidina (Demerol) es un narcótico más potente que la codeína y puede administrarse por vía bucal, intramuscular o intravenosa. La dosis habitual es de 100 mg. Esta droga, como la morfina crea adicción y ocasionalmente puede provocar náuseas y vómitos. Si no se le emplea en forma regular, deben revizarse por anticipado sus propiedades farmacológicas.

La morfina es el más potente de los analgésicos narcóticos y se administran en forma subcutánea a la dosis de 10 mg. no existe ninguna presentación satisfactoria que pueda administrarse por vía oral y por lo tanto, cuando el paciente no puede recibir inyecciones se substituye la morfina por meperidina.

El clorhidrato de nolarfina (clorhidrato de nallina) y el tartrato de levorlorfón (lorfón) son antagonistas narcóticos debe consultarse el instructivo que acompaña a la forma de presentación de estas drogas narcóticas

en el consultorio coma parte del tratamiento conjunto para control del dolor, deben tenerse a la disposición inmediata antagonistas narcóticos.

b).- Hipnóticos.

El fenobarbital es un barbiturato de acción prolongada. A menudo se receta a dosis superior a 100 mg. como medicación al acostarse, a pacientes a los que aguarda una experiencia desagradable al día siguiente para ayudarlos a conciliar el sueño y dormir después de tal experiencia Pentobarbital sodico. (Nembutal) puede tomarse por vía bucal o administrarse por vía intravenosa. La dosis varia de 50 a 100 mg. La eficacia de los barbituratos puede aumentarse si el paciente está tomando ansiolíticos o anti-histaminicos o si ha estado consumiendo alcohol. La sobredosificación de estas drogas implica la posibilidad de depresión respiratoria.

Hidrato de cloral. Es un excelente hipnótico para pacientes de edad, en los que su acción es breve pero muy eficaz. Es irritante para el estómago y por esto no deberá usarse en pacientes con ulcera pero puede tener la ventaja de no causar depresión respiratoria grave.

Paraldehido es un hipnótico sedante muy satisfactorio que prácticamente no posee ninguna cualidad depresora, motora o respiratoria. La gran desventaja en su penetrante olor, que algunas personas encuentran objetable. Su efecto depresor del sistema nervioso central es muy semejante al alcohol etílico.

c).- Tranquilizantes (Agentes ansiolíticos).

Estas drogas se emplean en forma poco frecuente en odontología y,

por lo tanto, si están indicadas, deben revizarse sus características en un libro de farmacología. Los del grupo de la fenotiacina ocasionalmente producen síntomas extrapiramidales que pueden manifestarse como espasmos de músculos de la cara o de la masticación. El clorhidrato de hidroxicina (atorax vistaril), tiene propiedades antihistamínicos y se ha sugerido su empleo para sedación preoperatoria cuando están contraindicados otros tipos de analgésicos o hipnóticos.

d). - Antibióticos.

La premedicación con antibióticos está reservada para pacientes con enfermedad generalizada que podría complicarse por bacteremia resultante de la cirugía. En tal caso están pacientes con diabetes juvenil mal controlada, pacientes con historia establecida de susceptibilidad a la infección, pacientes que reciben grandes dosis de esteroides (mayores de 25 mg. de cortisona o su equivalente por día), y pacientes con enfermedad cardíaca reumática o congénita. Puede haber otras ocasiones en las que la historia del estado de salud del paciente pueda sugerir la conveniencia de la terapéutica antibiótica. En cualesquiera de estos casos el dentista podrá tener interés en intercambiar opiniones con el médico del paciente antes de comenzar el tratamiento.

Recetar antibióticos plantea ciertos problemas que deben valorarse en relación con las ventajas que ofrecen en cualquier situación dada. Estas drogas pueden causar complicaciones, que varían desde manifestaciones alérgicas simples (urticaria y dermatitis) y reacciones tardías (enfermedades sericas), hasta graves complicaciones como en el choque anafiláctico.

Además de las manifestaciones generalizadas de reacción a las drogas, existe la posibilidad de que puedan desarrollarse cepas de bacterias resistentes que produzcan una super infección o de que pueda exterminarse la flora bacteriana intestinal. La estreptomycinina puede dañar el octavo par craneal, el cloromfenicol producir agranulocitosis y las tetraciclinas pueden causar cambio de color permanente en los dientes si se administra a niños durante las edades en que se produce el desarrollo de la corona.

La penicilina sigue siendo la droga de elección en el tratamiento profiláctico con antibióticos, si el paciente revela que es alérgico a ella la segunda droga de elección es la eritromicina; si esta está contraindicada deberá usarse alguna de las tetraciclinas.

Se le da al paciente 600 000 unidades de penicilina procaínica por vía I.M. el día de la operación, complementada con una inyección de 600 000 unidades de penicilina cristalina I.M. 1 hora antes de la intervención.

Y 600 000 unidades de penicilina procaínica intramuscular en cada uno de los 2 días siguientes a la intervención.

La vía intramuscular es el método de administración más conveniente, puesto que así no hay duda de que el paciente ha recibido la droga. Sin embargo debido a que los pacientes tratados permanecen como pacientes externos ambulatorios, es generalmente poco aconsejable administrar las necesidades diarias de penicilina procaínica por vía intramuscular en este caso al paciente deberá administrarse por vía bucal 250 mg. de penicilina fenoximetil (penvee - V. cilina) cuatro veces al día de la operación y

una vez cada día de los dos siguientes a la operación.

La justa apreciación de la administración de antibióticos se basa en la historia de la infección que va a tratarse; la naturaleza de la causa del problema, si es de origen bacteriano o una complicación bacteriana de lesiones traumáticas; y en características y localización de la infección.

Administración de drogas.

El método más fácil y más conveniente para administrar drogas es el que se realiza por vía oral. Probablemente ocupe el segundo lugar en la autoadministración el método inhalatorio. La administración de drogas por absorción a través de membranas mucosas es una tercera forma.

La inyección nos proporciona un grado mayor de certeza de que la droga ha entrado en el cuerpo realmente. Pero esto no garantiza su rápida absorción y distribución, lo cual depende de la vía de inyección.

Vías de administración.

La administración de drogas por vía bucal es muy sencilla, pero tiene sus limitaciones así como sus ventajas. La presencia de estados patológicos gastrointestinales acompañados de náuseas y vómitos y el vaciamiento tardío del estómago asociado con miedo y aprehensión, pueden limitar la absorción de la droga o dar por resultado su pérdida por vómito.

e). - Las inyecciones subcutáneas.

Colocan las drogas debajo de piel o mucosa, en un área desde la cual pueden ser absorbidas a la circulación. La droga se absorbe más lentamente pero tiene un efecto más prolongado. No es recomendado si las

drogas son muy irritantes pues pueden causar ulceración de la piel.

f). - Inyecciones intramusculares (I. M.).

Depositán la droga justamente en el tejido vascular y del músculo y, por lo tanto, se puede preveer que la absorción y los efectos son rápidos - cuando se administran medicamentos por esta vía. La elección de sitios - específicos en pierna o regiones glúteas es opcional, pero en ambos casos debe escogerse el sitio cuidadosamente para evitar que la aguja lesione el nervio ciático durante el procedimiento de la inyección.

g). - Inyecciones por vía intravenosa (I. V.).

Para la administración de drogas ofrece una oportunidad para introducirlos directamente a la circulación, donde pueden volverse rápidamente eficaces y el grado de eficacia puede determinarse en el curso de la administración.

TRATAMIENTO DE LAS COMUNICACIONES BUCONASALES Y BUCOSINUSALES.

Existen 2 tratamientos para tratar las comunicaciones buconasales y bucosinusales.

a) La Prótesis.

b) El tratamiento quirúrgico.

a) La Prótesis.

Por intermedio de un aparato de caucho o de acrílico que obtura la brecha, mientras está aplicado el aparato; la técnica de preparación de estos aparatos se considerará en todos los tratados de prótesis. Las prótesis tienen muchas ventajas, pero múltiples inconvenientes; solo se modifica artificialmente un problema que exige otras soluciones. La prótesis está reservada para los fracasos del tratamiento quirúrgico, o en perforaciones que no puede ser aplicado este procedimiento por los diámetros de la perforación, el estado local de sus bordes, o el estado general del paciente.

b) El tratamiento quirúrgico.

Es el método de nuestra preferencia. Puede aplicarse con las salvedades que se han señalado para la aplicación del tratamiento protético.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

La mayor parte del equipo e instrumental quirúrgico más importante que se necesita en cirugía bucal, si no del todo, deberá estar disponible en todo consultorio dental, sin embargo pueden ser necesarias algunas modificaciones menores.

Bisturtes.

El cuchillo, bisturí o escapelo puede ser una unidad integral, con hoja y mango unidos, como en el caso de los cuchillos periodontales, o puede consistir en un mango con una hoja desmontable y desechable.

En un mango del num. 3, por ejemplo, pueden montarse hojas num.-11 (hoja recta y punteaguda), num. 12 (hoja falciforme con un extremo punteagudo), y num. 15 (hoja con un borde cortante convexo que se vuelve recto a medida que se aproxima al mango).

La hoja num. 15 es la más útil de los 3 y la que se emplea más frecuentemente. Su pequeño tamaño reduce al mínimo la posibilidad de cortar tejidos accidentalmente, puede usarse para hacer todas las incisiones intra bucales que se necesiten, como reflexión de colgajos, o de espaciación de estructuras que quedan bajo labios mejillas, paladar lengua y piso de la boca.

Tijeras.

Tienen múltiples formas y siguen un sistema clásico de identificación y subdivisión. Las tijeras usadas para cortar tejidos blandos no deben usarse para cortar hilos de sutura ni ningún otro tipo de material. Los extremos cortantes de los instrumentos pueden ser punteagudos, y por ello afi

lados, o redondeados y ramas.

Como en el caso de otros instrumentos, la persona que realiza cirugía bucal tiene generalmente 2 o 3 tipos de tijeras favoritas.

Las tijeras de Dean, con mango ligeramente curvada y hoja aeraada son las que comunmente se usan para cortar tejido blando.

Las tijeras de Dean, de hojas lisas pueden usarse como tijeras para material de sutura un tercer tipo de tijeras, las pequeñas de motzenbaum, - se emplean a veces para cortar grandes extensiones de tejido blando, las 3 pueden emplearse para disección, insertandolas en los tejidos con las ho - jas unidas y abriéndolas cuidadosamente para separar los tejidos que que - dan encima.

Pinzas Gubias.

Las pinzas gubias se utilizan para cortar hueso suelen tener un re - sorte entre las 2 hojas del mango, de manera que el instrumento se abre - por si mismo cuando se deja de ejercer presión manual, permitiendo así al operador hacer cortes repetidos, sin tener necesidad de utilizar un dedo pa - ra mantener abiertas las puntas.

Las pinzas gubias pueden cortar con ambos lados de la pinza y con - la punta, cortar solo con un lado y cortar sola con la punta, por lo general - son útiles 2 tipos: el que corta con un lado y el que corta en 3 sitios (tipo - Blumenthal).

Limas para hueso.

Vienen en una larga variedad de formas y tamaños. La lima de doble

punta de Hufriedy num. 21 es la más recomendable para cirugía bucal sistémica.

Este instrumento se usa para limar y pulir bordes de hueso que han sido maltratados o comprimidos durante extracciones de dientes u otro tipo de cirugía. La lima corta solo cuando se tira de ella; por esto, debe colocarse y controlarse cuidadosamente, es preferible tener un dedo apoyado firmemente y manejarla por medio de movimientos digitales que dar pasadas amplias e incontroladas que pueden arrancar y lacerar tejidos blandos adyacentes.

Legras, periostotomo y espátulas roma.

El desprendimiento y separación de la fibra mucosa primariamente encidida por el bisturí con el objeto de preparar lo que se denomina colgajo, se efectuaron instrumentos de los cuales existen varios tipos. Pueden emplearse las legras, las cuales se ensimaron entre los labios de la herida y entre mucoperiostio y hueso apartando aquel elemento hasta donde fuera necesario. Esto puede realizarse también con los periostotomos de miad. Empleamos también muy frecuentemente la espátula de Frur, de uso corriente en otorrinolaringología, la cual nos presta gran ayuda.

Pueden utilizarse espátulas; estas últimas están indicadas en sitios de difícil acceso, tales como por ejemplo, la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior.

Estos instrumentos también se emplean para despegar las bolsas de los quistes, del hueso que las aloja.

Separadores o retractores.

Hay muchos tipos de retractores de mejilla y de tejidos, que proporcionan una mejor visión y un mejor acceso al área quirúrgica. El que está más fácilmente al alcance es por supuesto el espejo bucal, que durante procedimientos quirúrgicos tiene más valor como retractor de tejidos que como medio para examinar mejor el campo operatorio. La cirugía bucal, deberá realizarse por visión directa no mirando a través de espejo. El retractor de tejido de Black para tercer molar y mejilla (Hufriedy) es muy útil para mantener el colgajo fuera del campo operatorio al trabajar en el área del 3^o molar.

Pinzas de hemostasia.

Estas pinzas vienen en varios tamaños, pero en general las pinzas mosquito curvadas, que son pequeñas y las curvadas Helley, que son más grandes, son muy útiles en procedimientos quirúrgicos bucales. Estos instrumentos fueron originalmente creados para pinzas pequeñas vasos sangrantes de ahí su nombre, de pinzas de Hemostasia.

Debido a la longitud de sus picos y a las estrías de las superficies internas de los mismos pueden asir firmemente tejido blando y fragmento de raíces o de hueso.

Dentro de este tipo de pinzas encontramos también las pinzas de mosquito las cuales no son de gran utilidad para la limpieza con torundas de algodón, limpiando el campo operatorio de la sangre que mana de los vasos vecinos.

Portaagujas.

Estos instrumentos se parecen a las pinzas de hemostasia, pero tienen aspectos diferenciales importantes y una función muy distinta. El extremo de trabajo del portaagujas (del punto de apoyo a la punta) es corto, generalmente menos de 2.5 cm, normalmente es romo y la superficie interna de contacto de los picos tiene estrías que se entrecruzan; puede tener una depresión elíptica en una o en 2 picos.

Esta forma permite colocar la aguja firmemente sostenida por los picos en cualquier ángulo con relación al largo eje del instrumento.

Agujas para sutura.

La sutura es una parte sumamente importante en la intervención. Nosotros la empleamos en casi todas las operaciones de cirujano bucal. El papel, la virtud y las ventajas de la sutura deben de ser consideradas especialmente por el odontólogo.

Para sostener los finos y delicados tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, es menester emplear agujas que estén en consonancia con tal delicadeza: agujas sencillas curvas a rectas, de pequeñas dimensiones. Las agujas curvas son de dos tipos: cóncava convexas en el sentido de sus caras, y concavo convexas en el sentido de sus bordes. Son de preferencia las primeras. La herida que dejan en la mucosa al perforarla es paralela al trazado de la incisión, la herida que dejan los segundos es perpendicular a la línea de la incisión.

Pueden emplearse las agujas de reverden más pequeñas, en las plásticas de comunicaciones buconasales y bucostomales.

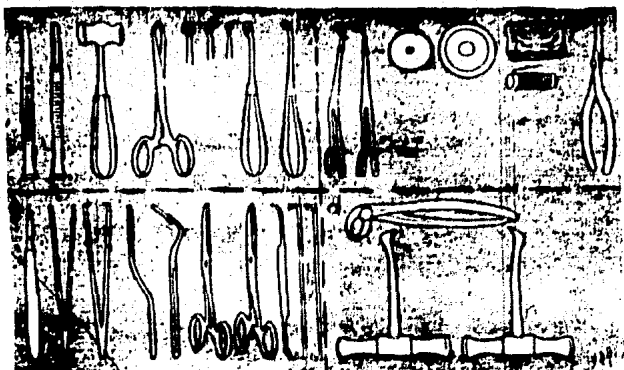


FIG. A. — Una forma correcta de distribución del instrumental quirúrgico, sobre la mesa de cirugía.

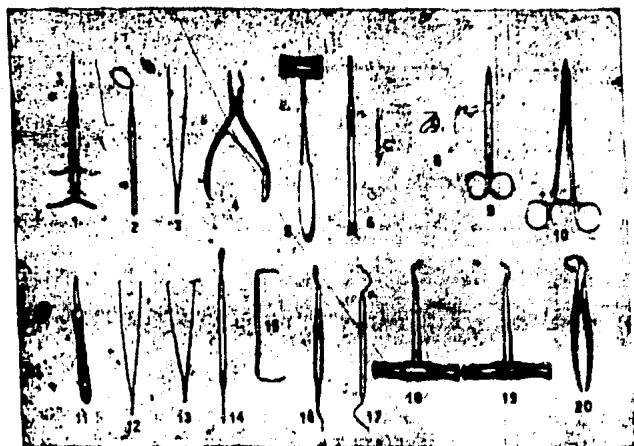


FIG. B. — Distribución de los instrumentos sobre la mesa de cirugía. Modelo que se usa en la cátedra de Cirugía Dentomaxilar de la Facultad de Odontología de Buenos Aires. 1) Jeringa tipo Carpole para anestesia (fig. 440). 2) Espejo bucal. 3) Pinza de algodón. 4) Pinza gubia (fig. 330). 5) Martillo quirúrgico (fig. 525). 6) Escoplo recto. 7) Fresa redonda N° 8 de carburo de tungsteno. 8) Aguja para sutura enhebrada y pasada a través de un trozo de gasa (fig. 357). 9) Tijera (fig. 314). 10) Porsasujas (fig. 346). 11) Distal modelo Bard-Parker, hoja intercambiable (fig. 307). 12) Pinzas de disección (fig. 315, a). 13) Pinza de dientes de ratón (fig. 315, b). 14) Peritonotomo (fig. 629). 15) Separador de Tarabuel (fig. 322). 16) Tapa para hueso (fig. 334). 17) Cuchatilla para hueso (fig. 331). 18 y 19) Elevadores N° 14 R y L de Winter (fig. 320). 20) Pinza para realizar las extracciones de los molares inferiores (fig. 532).

ANESTESIA.

Hay que recordar que la anestesia es un tóxico protoplasmático y - que por uno de sus componentes, la adrenalina, que tiene acción sobre los va - vos sanguíneos se producen anemias perjudiciales y hemorragia postopera - torias que pueden malograr el acto quirúrgico.

Pueden disminuir los riesgos de la anestesia tomando dos precau - nes: la primera, inyectando el líquido a distancia del campo operatorio; la - segunda, suprimiendo la adrenalina.

Por lo tanto, las anestésicas indicadas serán: la general, la regional - a la local, y en este caso usando una solución de novocaina al 2% sin adrena - lina a soluciones anestésicas que contengan un sucedáneo de la adrenalina, - sin las propiedades vasoconstrictoras de este medicamento.

La anestesia local es la supresión, de la sensibilidad, por medios te - rapeúticos de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la con - ciencia del paciente. Esto se logra por distintos procedimientos, solo nos - interesa el método que logra la anestesia por la inyección de sustancias quí - micas, las cuales, poniéndose en contacto con las terminaciones nerviosas - periféricas, anulan la transmisión de dolor a los centros superiores.

a). - Maniobras Preanestésicas: (anestésicas intraorales).

a). - Premedicación. La premedicación se descuida en las anestésicas infiltrativas, pero es un poderoso coadyuvante para su éxito, desde luego - que no es necesario emplearla en todos los casos; en pacientes nerviosos - y pusilánimes y en intervenciones largas y penosas, la administración de -

medicamentos antes de las anestias tronculares ayuda y mejora sus efectos; los dolores postoperatorios se reducen.

Como medicamentos preanestésicos pueden usarse: Los barbitúricos, por vía bucal, o la morfina-atropina, por vía endovenosa o subcutánea.

En el primer caso, se comienza administrando la noche anterior una cápsula de embutal con una taza de tilo. Una hora antes de la intervención se da otra cápsula de embutal (0,10 centigramos).

En el segundo caso, se realiza, una hora antes de operar, una inyección de 2 c. c. de morfina-atropina.

El medicamento ideal para la premedicación es aquel que deprime sólo algunos de los centros superiores específicos del sistema nervioso central que no afecta al bulbo raquídeo y que actúa y desaparece rápidamente sin provocar efectos residuales.

b). - Esterilización de las manos del operador. Las manos del operador deben de ser cuidadosamente lavadas y cepilladas.

c). - Anestesia de la mucosa. - Se usa para evitar el dolor a la hora de la punción.

Se frota el sitio donde va a pincharse con anestesia tópica ya sea spray o pomada.

b). - Anestesia del nervio nasopalatino. (esfenopalatino interno).

A nivel del conducto palatino anterior se realiza la anestesia de estos nervios. Es una anestesia de complemento o de cierre de circuito, por sí sola no tiene ninguna función que llenar, a no ser pequeñas intervenciones sobre-

la región de la papila u operaciones de quistes del conducto palatino anterior. Aún para estos casos debe ser complementada con anestesia de los palatinos anteriores o infiltrativa a nivel de la cara bucal de ambos caninos superiores.

Técnica de la anestesia.

Con una jeringa de vidrio y aguja de pequeña calibre (4 a 5). (puede usarse jeringa carpule), se punciona en la base de la papila, de la derecha o izquierda pero no en el cuerpo mismo de dicha papila, pues ésta está compuesta de tejido fibroso, ricamente innervado la cual la hace muy sensible.

Después de atravesar la mucosa y llegado el conducto palatino, se deposita muy lentamente, 0,5 a 1 c. c. de solución anestésica.

c). - Anestesia de los nervios palatinos.

El paciente debe de permanecer con su cabeza inclinada hacia atrás, para poder ver cómodamente la región por anestesiarse.

Se usa la misma jeringa y aguja que se usa para la anestesia de el nervio eseno-palatino anterior, se introduce en el sitio indicado que en el paciente se localiza por una depresión a este nivel, con la aguja fina, teniendo el eje de la jeringa en la comisura opuesta, se inyectará 1 c. c. de la solución anestésica.

Precauciones.

La aguja no debe penetrar más de 0,5 cm en el canal incisivo. La entrada al piso de la nariz puede provocar una infección.

Estas 2 inyecciones, tanto la del palatino anterior como la del esfenopalatino, suelen considerarse como prodecimientos dolorosos, aunque, un - anestesista habil y experimentado puede administrarlas sin producir dolor.

Como en todas las inyecciones, se debe aspirar antes de inyectar lentamente volumentos mfnimos de la solución.

d). - Bloqueo del nervio dental posterior (tuberosidad).

Finalidad.

Es el método más sencillo para obtener la anestesia inmediata de los nervios dentales posteriores.

Técnica.

Aguja recta con adaptador.

La inyección.

Mientras limpia la mucosa bucal el dentista busca el punto para insetar la aguja, pero ello investiga donde el aplicador de algodón se desliza hacia arriba, alejandose de la apófisis piramidal del maxilar superior. Con la boca sólo ligeramente abierta, se pide al paciente mover el maxilar inferior hacia el lugar de la punción, lo cual procura más campo para la manipulación de la jeringa entre la apófisis coronoides y el maxilar superior.

El pulgar estira la mejilla hacia arriba y afuera, se inserta la aguja a través de la mucosa movable y se inyecta una gota de la solución después de 4 a 5 segundos se empuja la jeringa unas cuantos milímetros hacia arriba-adentro, y atrás, inyectando una gota de la solución anestésica antes de llegar al periostio.

Se prosigue por etapas deslizando la aguja a lo largo del periostio, inyectando una gota de la solución en cada etapa, en el momento que la aguja pierde contacto con la curvatura de la tuberosidad se hace una pausa, se aspira con la jeringa y se inyecta 0.5 ml de la solución.

Precauciones.

Es importante insertar la aguja dándole la angulación correcta, puesto que una punta de aguja mal dirigida puede provocar lesiones, por ejemplo del nervio maxilar superior o del músculo pterigoideo externo como en las demás inyecciones se hace una aspiración con la jeringa antes de empezar la inyección lenta de volúmenes mínimos de la solución anestésica.

e). - Bloqueo del nervio maxilar superior.

Finalidad.

A veces, puede ser más útil para el bloqueo diagnóstico y algunas intervenciones quirúrgicas extensas de mandíbula y dientes superiores, bloquear el propio nervio maxilar superior en lugar de sus ramas periféricas. Este tipo de bloqueo está también indicado de cuando la inflamación o infección impiden un acceso más periférico. Por último, la solución anestésica debe depositarse sobre, o cerca, del nervio cuando éste atravieza la fosa Pterigopalatina.

Técnica.

Vía de acceso lateral para hacer esta inyección el anestesiista no dispone de puntos de referencia óseas definidas que le ayuden a determinar la profundidad adecuada de inserción de la aguja.

La inyección.

Se emplea ya sea una aguja encorvada o una aguja recta en un adaptador encorvado.

Un pedacito de caucho colocado sobre la aguja, sirve como señal y se ajusta para indicar la altura medida sobre el maxilar. El operador estira con el dedo índice la mejilla del paciente hacia arriba y afuera, pidiéndole que abra la boca y mueva la mandíbula hacia el lado de la inyección. La aguja se inserta en el punto más alto del vestibulo, generalmente arriba del último molar y a cierta distancia de la mucosa alveolar, dirigiéndola hacia arriba adentro y atrás.

La aguja no debe tocar el periostio, sino hasta después de haber penetrado unos 15 mm. antes de tocarlo se inyectan 2 gotas de la solución y se esperan unos segundos antes de seguir el avance de la aguja a lo largo del periostio, inyectando entonces otra cantidad de la solución anestésica. El dentista sigue avanzando la aguja hasta que la señal de caucho se encuentra a nivel del plano horizontal imaginario que pasa por el margen gingival del 2º molar, entonces se inyecta la solución que queda en el cartucho.

Vía de acceso por el conducto palatino posterior. Muchos dentistas prefieren para bloquear el n. maxilar, pasar la aguja por el conducto palatino posterior hasta la fosa pterigomaxilar, la posición del agujero palatino posterior se determina con facilidad; se encuentra siempre en el mismo plano sagital y anterior a la apófisis Pterigoidea, y puede palparse fácilmente con un bruñidor o un tapón de algodón. La profundidad de penetración se establece de la misma manera que para el acceso lateral, si el paciente no

puede abrir ampliamente la boca, será necesario utilizar una aguja con adaptador encorvado, se debe vigilar que la aguja, al avanzar, se mantenga en el plano sagital.

Se debe de usar una aguja fuerte, con bisel corto y cuyo calibre no sea inferior al num. 23, tener cuidado de una asepsia rigurosa.

Precauciones.

Como en los casos anteriores, se debe aspirar con la jeringa antes de inyectar lentamente volúmenes mínimos de la solución.



FIG. 1. — Se punza con la aguja el pliegue que se logra en la muñeca en un ligamento o frenillo puesto tenso, por tracción manual del labio.



FIG. 2. — Técnica para realizar la inyección submucosa. Los dedos, como se dice en el texto (ver figura anterior), toman el labio y traccionan fuertemente los frenillos y ligamentos.



FIG. 3. — Inyección submucosa en el maxilar inferior. Los dedos índice y pulgar de la mano izquierda toman el labio llevándolo hacia abajo, traccionando de tal modo los frenillos, bridas y ligamentos para permitir que la punción, realizada por este procedimiento, resulte indolora.



FIG. 4. — Se realiza la punción con la aguja montada en la jeringa de vidrio, a nivel de la línea oblicua interna. (Igual maniobra puede ser efectuada con la jeringa metálica *Carpule*.)



FIG. 5. — Anestesia de los nervios dentarios posteriores a nivel de los ápices del segundo molar.



FIG. ■ — Inyección a nivel del agujero infraorbitario. Vía intraoral. (Observar la posición del índice y pulgar de la mano izquierda cumpliendo la función que les corresponde.)



FIG. ■ — La anestesia del nervio bucal (línea larga o buccinador). Se pinza con la aguja por debajo y detrás del orificio del conducto de Stenon, lugar de transcurso del nervio bucal (ver en la figura anterior, la anatomía y trayecto del nervio).



FIG. 102 — Técnica de la anestesia de los nervios dentarios anteriores a nivel del agujero mentoniano, realizado con jeringa *Carpule* por vía intranal.



FIG. 103 — Anestesia del nervio maxilar superior por vía bucal. Se necesita agregar a la jeringa, un intermediario en ángulo o en forma de bayoneta, para alcanzar la región de la fosa pterigomaxilar.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Las comunicaciones de la boca con sus cavidades vecinas, pueden obtenerse por procedimientos quirúrgicos, para realizar estas operaciones, debemos valernos de los tejidos vecinos a la perforación, a expensas de los cuales se preparan colgajos plásticos. Estos colgajos son desplazados del sitio donde estan normalmente asentados y llevados hasta el lugar donde se necesitan. El planeo y preparación de estos colgajos requiere la observación de una serie de reglas importantes para hacer efectiva la operación.

a). - Incisión.

La incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención.

Por medio de dichas incisiones vamos a realizar los colgajos que son de especial importancia en el tratamiento quirúrgico de las comunicaciones bucontrales y bucosinusales.

Para realizar cualquier tipo de incisión es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o encía con los dedos de la mano izquierda, los cuales, al mismo tiempo, apartan los labios o se apoyan sobre los separadores.

Una incisión y el colgajo que se forma a expensas de ella, deben reunir una serie de condiciones, para que este colgajo, una vez repuesto, conserve su vitalidad y se reincorpore a las funciones que le corresponden.

1°. - Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que este tenga una base, lo suficientemente ancha como para proveer la suficiente

irrigación, evitando de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis. -

Al trazarse la incisión debe tenerse presente el recorrido de los vasos para evitar su sección.

2º. - Buena visualización. La incisión debe ser trazada de manera, - que permita una perfecta visión del objeto a operar la incisión no debe oponerse a las maniobras operatorias.

3º. - La extensión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio, evitando desgarramientos y torturas del tejido gingival que siempre se traducen en necrosis y esfacelos de las partes blandas.

4º. - La incisión debe de ser hecha de un trozo; sin líneas secundarias. A un trazado correcto, rectilíneo, hecho con el bisturí filoso, corresponde una buena adaptación y buena cicatriz.

5º. - La incisión ha de trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro.

Osteotomía.

Es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso, la osteotomía se realiza con instrumentos como el escoplo, las pinzas Gubias y las fresas, nosotros de preferencia usamos las pinzas Gubias y las fresas.

b). - Osteotomía con pinzas Gubias.

La pinza gubia se usa para agrandar orificios previamente preparados con los escoplos.

La osteotomía puede hacerse con otros fines: para reseca r hueso so -
 brante del borde alveolar o puntos óseos que quedan después de las extrac -
 ciones. La pinza gubia se apoya en todo el hueco de la mano con el pulgar -
 sobre una de las ramas y las cuatro restantes contra la otra. Esta pieza po -
 see un mecanismo que le permite abrirse espontáneamente, después de ce -
 rrada por la mano del operador. Con sucesivos golpes de cierre y apertura,
 la pinza funciona como una cizalla o como un sacabocados, extrayendo la -
 cantidad de hueso requerido.

Osteotomía con fresas.

La fresa actúa ya eliminando el hueso en su totalidad, a realizar per -
 foraciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea; eliminándola después con -
 escoplo, a pinzas guluas.

La fresa debe de actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada
 a suero fisiológico, para evitar recalentamientos del hueso que puedan oca -
 sionar lesiones y secuestros.

c). - Tratamiento del Seno Maxilar.

1º. - Maxilar con dientes.

Estas comunicaciones asientan sobre los alveolos correspondientes -
 a los premolares y molares. Pueden adquirir distinto diámetro. Su sintoma -
 tologfa es igual a la de todas las comunicaciones: pasaje de aire, entrada de
 saliva y alimentos a la cavidad maxilar y salida de líquidos por las fosas na
 sales que es muy molesta para los pacientes.

Método de Zange.

Este método tiene buen resultado en comunicaciones de pequeño diámetro, situadas sobre la cresta alveolar y con el seno distante del borde del alveolo. Se traza una incisión en sentido antero-posterior, sobre el borde del alveolo, que corte a la perforación por su ecuador.

Esta incisión llega hasta 1 a 2 mm., según lo permitan las circunstancias, de los dientes vecinos, de manera de conservar un trozo de fibromucosa donde puede adherirse el colgajo plástico.

Se circunde el borde la comunicación y se trazan desde los extremos de la primera incisión anteroposterior, dos incisiones hacia el lado bucal y palatina, dirigidas hacia arriba. Estas incisiones permiten pupar dos colgajos mucoperiosticos que se separan del hueso subyacente, hasta una altura semejante por el lado interno.

Los bordes de la comunicación separados del túnel óseo con una legrapequeña y todo el maxilar, para que los colgajos puedan ser adosados sin tensión sobre el borde óseo; es necesario disminuir la altura alveolar, lo cual se hace con una pinza gubia que reseca el hueso en una altura suficiente.

Los colgajos se aplican sobre la comunicación, cortando previamente la mucosa excedente de los bordes, los cuales se adaptan en línea recta y se sutura con 4 puntos para fijar el colgajo.

Método de Wassmand.

Se trazan 2 incisiones divergentes hacia arriba, las cuales se ini-

clan en las lengüetas gingivales y se extienden hacia al surco vestibular, -
 sobrepasan este límite y se desarrollan sobre la mucosa de la mejilla en -
 una extensión de medio centímetro. Desprendido el colgajo mucoperiostica
 bucal con una legra, hasta el surco gingival, se fracciona hacia afuera de-
 manera de visualizar la cara interna del periostio. Wasmund indica a esta
 altura de la operación la sección anteroposterior del periostio paralela al -
 surco vestibular, manobra que tiene la virtud de alargar el colgajo en 3/4
 de centímetro. El periostio es inextensible; su corte permite a la filisoma
 cos el desplazamiento masario para cubrir la perforación. El borde pala
 tino de la perforación se incide en toda su extensión y se desprende en una
 longitud de 3 a 4 milímetros del hueso de la bóveda, para permitir el pasa
 je de la aguja para sutura. El colgajo se aplica sobre el borde palatino sin
 tensión, y se mantiene con tres puntos de sutura; pueden aplicarse otros -
 en la cara bucal, a la altura de los lengüetas proximales.

Tratamiento de las comunicaciones en el vestibulo bucal.

1ª. - Método de Laulerschloeger.

Procede de la siguiente manera, valiendose de colgajos dobles:

Primer colgajo. - Se circunscribe el borde de la comunicación con -
 incisiones en arco o concavidad superior, se desprende el colgajo margi -
 nal y se sutura con catgut; la cara bucal del colgajo pasa a hacerse nasal -
 o sinusal.

Segundo colgajo. - El bisturi sigue desprendiendo, por incisiones -
 escalonadas, hasta las vecindades del reborde arbitrario, los planos subya

centes a la mucosa de la cara bucal y del labio, con el objeto de obtener un colgajo lo suficientemente amplio como para que permita ser colocado, suturándolo al labio inferior del colgajo, sobre el primer colgajo marginal. Este labio inferior se obtiene por igual procedimiento, desprendiendo la en cia de su inserción ósea.

Adaptados los labios de los colgajos superior e inferior, se suturan con seda, teniendo cuidado de que las suturas externas no coincidan con las internas.

2º. - Método de Axhausen.

Este también se realiza a colgajo doble .

Primer colgajo:

Se circunscribe la comunicación a suficiente distancia de sus bordes, como para permitir el adosamiento de los colgajos marginales y se sutura con catgut.

Segundo colgajo: Desde el polo posterior del labio externo de la incisión primitiva, se traza una incisión hacia atrás, en la mucosa del carrillo, en una extensión aproximada de 2 cm. La incisión, se arquea hacia afuera y vuelve hacia adelante, paralelamente a la primera línea de incisión. Se toma la extremidad posterior de la incisión y se desprende el colgajo de sus planos subyacentes, de modo que lleve una capa muscular. Se gira el colgajo 180°, se aplica sobre la circunferencia de la incisión del 1º colgajo y se sutura con seda o con hilo, lo mismo que los bordes cruentos del colgajo plástico.

3º. - Método de Wassmand.

a). - Obturación con colgajos labio gingivales. - Consiste en sucesivos desplazamientos de colgajos labio gingivales, con el objeto de no dejar trazos de musculatura del orbicular sin protección mucosa y para evitar los consiguientes retracciones gingivales que causarían trastornos en la motilidad labial.

Primer colgajo:

Se circunscriben los bordes de la comunicación según ya fué señalada y se suturan con catgut.

Segundo colgajo:

Se trazan incisiones paralelas desde la cara interna del labio, por encima del surco gingival hasta una distancia de medio cm. del borde gingival. La base del colgajo está situada por encima de la comunicación. Se alcanza el largo suficiente y la desplazabilidad del colgajo, recién cuando esté movilizado es bastante extensión dentro del labio, quedando alejado un cm. del borde libre labial.

Este colgajo es desplazado sobre la perforación, y se fija con puntos de sutura con seda por su borde posterior e inferior a la mucosa vecina, desprendida en un ligero trecho, como ya se ha indicado queda un trozo de hueso y musculatura labial sin protección mucosa. para cubrirla se prepara otro colgajo que se obtiene por una incisión a la altura del canino del lado opuesto. Se desprende el colgajo el cual es girado 90° y suturado su borde mesial al borde de la primera incisión, su borde inferior al borde mesial del

primer colgajo y el borde distal del segundo colgajo al borde gingival.

b). - Obturación con un colgajo marginal y palatino.

1º. - Colgajo:

Se trazan incisiones desde el diámetro mayor de la perforación hacia el carrillo y hacia la bóveda palatina.

Es preciso calcular la cantidad del colgajo marginal necesario, para que, al ser dado vuelta, obture cómodamente la comunicación. La incisión debe llegar profundamente hasta el hueso; palatina sobrepasa la arca dentaria y por el lado bucal se traza en parte en tejido gingival y en parte en la mucosa labial o del carrillo. Los colgajos se desprenden con un periostotomo, se juntan sobre la perforación y se suturan con catgut.

Segundo colgajo:

El segundo colgajo (o palatino), se obtiene de la bóveda; las dimensiones del colgajo serán previamente estudiadas. Se incide la fibromucosa de la bóveda se separa del colgajo con leguas o con el periostotomo.

La porción de la mucosa de la arcada, que no ha formado parte del primer colgajo y que va a ser cubierta por el segundo, se aviva despojando la de su epitelio, con un bisturi, para que el colgajo palatino pueda prender fácilmente.

Se aplica el segundo colgajo sobre el primero y se sutura con seda su borde libre con el borde labial de la primera incisión con la parte ósea del paladar que queda desnuda, se procede según se ha mencionado anteriormente, cubriéndose con un trozo de gasa yodoformada.

c). - Obturación con un colgajo marginal y colgajo a puente gingival.

Primer colgajo.

Se inciden los bordes de la comunicación formandose un colgajo pediculado con base en el borde superior de la comunicación. Se extrae el epitelio para que de esta manera el colgajo pueda adherirse en su nueva posición.

Segundo colgajo:

Se practica una incisión hacia adelante y otra hacia atrás, desde el borde inferior de la comunicación. El tejido gingival por debajo de esta línea de incisión horizontal se desprende del hueso subyacente con una espátula frur o un periostótomo, previo desprendimiento del tejido gingival de los cuellos dentarios, como se realizaría la desinserción del colgajo en una operación de neumam para el tratamiento de la parodontosis. Se forma así un colgajo Puente.

El primer colgajo es dado vuelta hacia abajo. Se coloca por debajo del colgajo Puente y se fija con ligaduras al cuello de los dientes.

c). - El colgajo puente se levanta; los bordes de la 1ª incisión que se realiza hacia adelante y el borde superior del colgajo puente se cose con el borde del 1º colgajo.

Tratamiento de las comunicaciones en la bóveda palatina.

Obturación simple por plástica de colgajos invertidos.

Se incide la comunicación en sus límites externo, anterior y posterior. (El borde interno debe mantenerse inalterable, a sus expensas se gira

el colgajo, haciendo de bisagra). Se traza sobre la bóveda, en el lado opuesto a la comunicación, un colgajo lo suficientemente amplio como para hacer aplicado con facilidad y sin tensión sobre la boca de la comunicación; se elimina el epitelio de los bordes del colgajo en una extensión de 3 a 4 mm. para que puedan adherirse, los bordes de la comunicación que hubieran sido incididos. (anterior, externo, posterior) se separan del hueso subyacente y en el espacio así creado se coloca el colgajo invertido el que es desprendido hasta el borde interno de la comunicación.

El colgajo se fija a la fibromucosa con suturas de seda (pueden emplearse también de Nylon).

Para mantener el colgajo sin que se mueva, es útil preparar una prótesis a placa, que se puede confeccionar con acrílico. Puede también ser utilizada la fibromucosa palatina para obturar comunicaciones, empleándose en tal caso la fibromucosa como colgajo pediculada, el que se desplaza en el sentido deseado, y se aplica sobre la comunicación, previa eliminación del epitelio que ha quedado debajo del colgajo, este colgajo se mantiene con suturas.

La obturación de las comunicaciones de la línea media y distantes del límite anterior de la arcada, pueden hacerse también por colgajos dobles, como proponen Axhausen y Wasmund.

Axhausen.

Circuncide la perforación, desprende labios del colgajo marginal y los sutura sobre la comunicación, con catgut. La bóveda es incidida a la al-

tura de la arcada y desprendida de su adherencia al hueso. Los bordes internos se adosan entre sí con seda, y todo el colgajo palatino se aplica y sutura a la fibromucosa que está situada por delante del agujero palatino anterior.

Wasmund.

Llega a los mismos fines trazada una incisión elíptica de los bordes de la comunicación, que permite colgajos marginales triangulares, los cuales se adaptan mejor que los circulares (según Wasmund); estos colgajos se dan vuelta hacia la nariz y se sutura con catgut. Toda la fibromucosa de la arcada es desprendida por una incisión continua a la altura de los cuellos dentarios a nivel de la arcada (en los maxilares sin dientes), los bordes internos son suturados con seda, toda la bóveda, donde puede ser mantenida con una prótesis o placa.

d). - Sutura.

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión. Maniobra indispensable en cirugía general. En cirugía bucal tiene un conjunto de bondades; no solo se aconseja para grandes incisiones, sino hasta para reunir los bordes gingivales, en una simple extracción dentaria.

Técnica de las suturas. -

Manera de tomar la aguja:

En nuestra especialidad se toma con el portaagujas.

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina -

o lingual del maxilar y terminarla en la bucal. En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe de ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple esto es de distal a mesial.

Manera de tomar el porta agujas.

El portaagujas se maneja con la mano derecha, comodamente aplicado en el haz de la mano y dirigido por el pulgar por un lado, y los últimos tres dedos en el lado opuesto, el índice apoyado contra el instrumento sirve de director. Este instrumento toma la aguja en el centro de su arco aproximadamente; la aguja debe de estar enhebrada antes de iniciar la maniobra.

La aguja perfora la fibromucosa se le ve entre los labios de la herida y perfora nuevamente fibromucosa del colgajo opuesto y aparece en la superficie, de donde se vuelve a tomar por el portaagujas y se repite la maniobra.

Métodos de sutura.

Dos son los métodos para realizar las suturas; por puntos separados a sutura continua.

Sutura a puntos separados.

Es el método más usado en cirugía bucal. Consiste, como su nombre lo indica, en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura (hilo, seda cogut) y manejada por el porta agujas o a mano, se perfora la fibromucosa del lado lingual, a una distancia aproximada de 1/2 cm. del borde de la incisión. La aguja reco-

re su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde de libre y frente a la perforación lingual, se retira la aguja y el hilo recorren todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo, sucesivos pares de aguja siguiendo las mismas indicaciones completarán el procedimiento. Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de un cm. de otro.

Nudos.

a). - Simples

b). - De cirujano.

a). - Simples.

Tenso el material de sutura, se toma el cabo bucal con la mano izquierda y el palatino o lingual con la mano derecha. Cuando se trata de colgajos bucales la mano derecha coge el hilo derecho y la izquierda el izquierdo. El hilo se fija entre los casos palmares de los dedos pulgares e índice de cada mano; estas, con las dichas caras dirigidas hacia el operador. Los dedos índice y pulgar de la mano izquierda se flexionan sobre si mismos de manera que los tres restantes queden separados de los 2 primeros. El hilo izquierdo cruza en diagonal por su cara dorsal, los tres dedos extendidos; el hilo rodea el borde cabital del meñique, cruza la cara palmar de éste y la del anular y medio y rodea el borde radial del dedo medio a cuya altura, se pone en contacto con el hilo izquierdo con los dedos pulgar e índice se insinúa la extremidad del hilo izquierdo, entre los dedos medio y anular, de manera que ella

pueda colocarla dentro del círculo formado por el hilo, esta extremidad del hilo izquierdo es fuertemente sujeta por los dedos antedichos; pulgar e índice sueltan el cabo izquierdo, y los tres dedos unidos (medio anular y meñique) se retiran del círculo, elevando entre los dos primeros el cabo izquierdo. Ya esta efectuado el primer nudo; solo falta desplazarlo hacia el sitio debido para lograr el efecto de sutura.

b). - Nudos de cirujano.

Se usan en cirugía para evitar el desplazamiento de los nudos, y se logran por un doble entrecruzamiento del primer segmento del nudo simple. El hilo derecho, que para el nudo simple cubrió la cara palmar de los dedos extendidos, para realizar el nudo de cirujano cubre la cara dorsal de dichos dedos, vuelve sobre la cara palmar y corre junto al primer segmento hasta llegar al borde radial del dedo medio; la realización del nudo sigue las indicaciones anteriores; al pasar el cabo izquierdo entre los dedos medio y anular cubre dos vueltas de hilo; el primer segmento del nudo es por lo tanto - doble.

Sutura continua.

Es un método que no tiene muchas aplicaciones en nuestra especialidad. Solo lo empleamos en alveolotomías y preparaciones quirúrgicas para prótesis sobre toda la arcada. Puede ocupar toda la arcada o realizarse en segmentos.

La sutura continua se practica con hilo de seda, se inicia sobre una extremidad de la arcada y se termina en la línea media o en la otra extremitad.

dad de la arcada. El punto inicial se traza como para una sutura a puntos se-
parados y se anuda el hilo, con el cabo más largo la aguja vuelve a perforar
la fibromucosa de adentro hacia afuera, dejando entre cada punto un centíme-
tro de distancia; el hilo recorre en especial la línea de incisión y se mantie-
ne tenso, con el objeto al cerrar y adaptar los bordes de la herida. Una vez
que se ha completado la sutura se realiza un punto terminal.

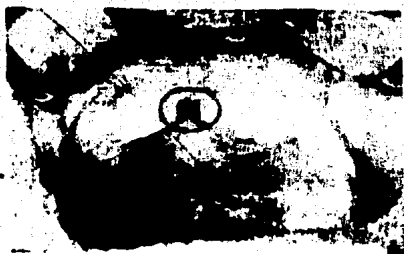


FIG. 1395. — Comunicación bucomasal, reliquia de una operación de un quiste paradentario a nivel de la línea media. Operación: se traza una incisión circular rodeando la comunicación; el corte debe llegar profundamente hasta el hueso. Se obtiene de este modo un colgajo mucoperiostico, que se desprende de su inserción ósea, hasta los bordes del orificio.



FIG. 1396. — Ya se ha practicado la incisión circular y se afrontan los labios bucal y palatino de la incisión. En la figura, el bisturí y el aspirador, hacen coser los dos labios, le la incisión circular (de la fig. 1395) para unirlos con catgut.



FIG. 1397. — Se han cosido los dos labios del colgajo y se han suturado (recordar que estos puntos no pueden ser retirados, porque sobre el colgajo marginal se colocara el pedículo.)



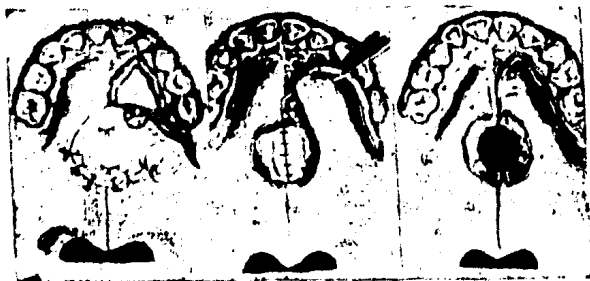
FIG. 1398. — Se traza en el lado izquierdo del maxilar, dos incisiones paralelas y otra (A) en el fondo del surco vestibular izquierdo. Se resaca con un bisturí y periostótomo el triángulo B-B-1), de modo de dejar al hueso B, al descubierto; se desprende el colgajo en toda su extensión, para desplazarlo lateralmente, sobre el colgajo primitivo, de manera que el punto A, coincida con el punto A', y B con B'.



— El colgajo ha sido desprendido de su inserción ósea, para movilizarlo lateralmente. H. es el hueso palatino.



— El colgajo palatino ha girado hacia el lado derecho, cubriendo el colgajo primitivo. Se une el colgajo con puntos de sutura. El hueso palatino que queda al descubierto (H. de la figura 1409) y H. de la 1403) se protege con un trozo de gasa yodoformada, la cual se mantiene con sutura.



Tratamiento de la boveda método de Axhausen.

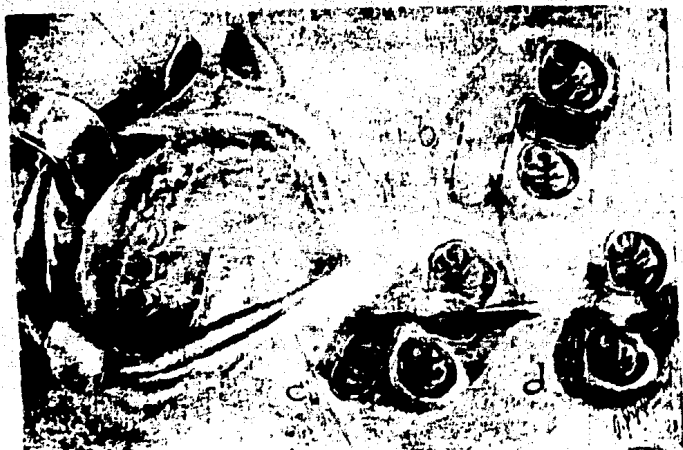


FIG. 1. — El método de Axhausen. *a.* trazado de la incisión; *b.* desde el ángulo distobucal e la primera incisión se traza otra que se dirige hacia atrás y luego se incurva hacia adelante; *c.* el colgajo de mejilla se desplaza en 90° sobre el borde de la comunicación; *d.* sutura.



FIG. 2. — La técnica de Pabler. *a.* trazado de la incisión, a nivel de la comunicación; *b.* trazado del colgajo en el lado palatino; *c.* desplazamiento del colgajo en 90° ; *d.* sutura.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Es el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la base más importante de nuestro trabajo; tanto que la vigilancia, cuidado y tratamiento dado al paciente una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma y al campo operatorio que es la cavidad bucal y el estado general del paciente.

Tratamiento local postoperatorio.

Higiene de la cavidad bucal.

Al terminar la operación se lava proliferamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada.

La cavidad bucal sera irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, proyectado con un atomizador, que limpiara, eliminando sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo) -
hara lavajes suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con
una solución antiséptica cualquiera.

Fisioterapia postoperatoria.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como elementos -
postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas -
en la cavidad bucal. Se refieren al empleo del calor, frío, irradiaciones ul
travioletas.

Frío. - Empleamos con gran frecuencia el frío, como tratamiento -
postoperatorio. Lo aconsejamos bajo la forma de bolsas de hielo a toallas -
afelpadas mojadas en agua helada que se colocan sobre la cara, frente al si
tio de la intervención.

El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postope -
ratorio, previene las hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta
los edemas postoperatorios. Se usa solo en los tres primeros días siguien -
tes a la operación.

Calor. - Solamente lo usamos con el objeto de "madurar" los proce -
sos flogísticos y ayudar a la formación de pus después del tercer día, pue -
de aplicarse para disminuir las alveologías y dolores posoperatorios.

Rayos ultravioletas. - Preconizados para el tratamiento de los dolo -
res postoperatorios no tenemos experiencia sobre esta terapéutica.

Cuidados de la herida.

Las heridas en la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. La naturaleza que es sabia, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

Después del segundo día, la herida será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado. La extracción de los puntos se hará al cuarto a quinto día.

Tratamiento general del paciente.

Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial de los ríntorios, de la alimentación del paciente, del tratamiento general de las complicaciones postoperatorias como podrían ser; vacunoterapia, sulfamidoterapia tratamiento de las hemorragias, sueros, transfusión sanguínea, tratamiento del shock.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS.

Hemorragia.

La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico, la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vaso constrictores), cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasis; la hemorragia postoperatoria que aparece intempestiva e inmediatamente a la operación o hemorragia primaria, o a un tiempo después hemorragia secundaria.

Hemorragia Primaria.

El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos; uno instrumental que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura solamente tiene escasas aplicaciones; el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa. Para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, trómboplastera, adrenalina, pericloruro de hierro; para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina (gasa vaselinada). Existen ciertas gasas que tienen propiedades estépticas como el claudín a Stripnon.

Hemorragia secundaria.

Aparece algunas horas o algunos días después de la operación, puede obedecer la caída del coágulo y la sangre, que dificulta la visión y la individualización del punto sangrante. Investigando el lugar por donde mana la sangre, la hemostasis se realiza por taponamiento a presión, con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos o, mejor aún, bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse por lo menos durante media hora, después de la cual se retira la gasa con mucho cuidado. En caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales.

Hematoma.

Accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces o nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo" puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades. La encía que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejantes casos debe de ser expectante. Después de

un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura, se trata como un absceso, incidiéndolo a bisturi o galvanocauterio, algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida, del hematoma.

Infección.

La infección puede sobrevenir a raíz de una operación, flemones, abscesos, celulitis y aún procesos de mayor intensidad e importancia, tales como el flemón circunscripto o el flemón difuso del suelo de la boca, muy graves en la época prepenicilínica.

El proceso infeccioso más común es la alveolitis.

Dolor.

El dolor postoperatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto: Antipirina, piramidón, excepcionalmente morfina. El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma los dolores postoperatorios en las primeras horas.

Shock.

Es la complicación general más inmediata que puede presentarse, suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. El primero es el más frecuente cuando no se trata del shock neurogénico; el shock quirúrgico, por la intervención misma es raro en nuestra especialidad. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originados en su ma

yoría por miedo a la operación.

El cuadro es clásico: El paciente empieza a empalidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se toma afilada, el pulso disminuye de frecuencia.

El tratamiento de esta lipotimia, se realiza de la siguiente manera:

- 1). - Se suspende la intervención.
- 2). - Se coloca al paciente Horizontalmente con la cabeza más baja que el cuerpo.
- 3). - Para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100%.
- 4). - Por vía intramuscular inyectar vasoconstrictores del tipo de la metedrina, veritol u otros sintéticos derivados de la efedrina.

Infección. - Septicemia, bacteremia. La extracción dentaria o la eliminación de focos sépticos (granulomas y quistes infectados), puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene importancia en los cardíacos y reumáticos, porque pueden originarse endocarditis bacterlemicos graves. A los pacientes con lesiones reumáticos a cardíacos es menester administrarles penicilina a grandes dosis, antes, durante, y después del tratamiento (500,000 u. diarias).

CONCLUSIONES

Las comunicaciones entre la boca y los senos nasales, pueden presentarse en nuestro consultorio, algunos no son de gran importancia, pero otros son de consecuencias importantes, por lo que todo dentista debe de estar preparado y tener los conocimientos suficientes para enfrentar estos casos cuando el caso lo requiera.

Lo mismo que contar con los medios necesarios para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico como es; el instrumental y medicamentos utilizados en estos casos.

BIBLIOGRAFIA

Ries Centeno.
"Cirugía bucal".
Editorial "El ateneo".
7º Edición 1968.
Pags. 3 - 38
89 - 91
117 - 129
136 - 141
145 - 149
152 - 169
437 - 440
583 - 610

Nuls Bjorn Jargensen.
Gess Hayden In.
"Anestesia Odontológica".
Editorial Interamericana.
1º Edición 1970.
Pags. 15 - 20
23 - 62

Costich - Cuhite.
"Cirugía bucal".
Editorial Interamericana.
1º Edición en español. 1974.
Pags. 3 - 58
131 - 135
173 - 183

"Inrogenios más frecuentes en el consultorio".
Tesis.
Pags. 27 - 30.

Dr. Fernando Quiroz Gutierrez
"Anatomía Humana".
Editorial Porrúa, S.A.
1era. Edición en español 1975.
Pags. 397 - 400.

Gustav. O. Kruger.
"Tratado de Cirugía Bucal".
Editorial Interamericana.
4ª Edición 1978.
Pags. 36 - 37.
356 - 374.