

14726



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Dirigi a
C.D. Doctor Manuel García Beza
8 de junio de 1982*

**TECNICAS QUIRURGICAS
APLICADAS EN ODONTOLOGIA**

TESIS

Que para obtener título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

ROSALBA DEL CARMEN REA LOPEZ

México, D. F.

1982





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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

CAPITULO		pág.
I	INTRODUCCION Y OBJETIVOS	1
II	HISTORIA CLINICA	2
III	ASEPSIA Y ANTISEPSIA	20
IV	ANESTESIA	26
V	BASES DE LA TECNICA QUIRURGICA	40
	1. Cirugía Atraumática	
	2. Vías Aéreas Libres	
	3. Incisiones	
	4. Material de Sutura	
	5. Hemostásis	
	6. Infección	
VI	PRE-OPERATORIO, TRANS-OPERATORIO, POST- OPERATORIO	60
VII	INSTRUMENTAL QUIRURGICO	74
VIII	FRENILECTOMIA	79

IX	GINGIVECTOMIA	86
	Indicaciones	
	Contraindicaciones	
	Preparación previa	
	Técnica	
X	GINGIVOPLASTIA	94
	Indicaciones	
	Contraindicaciones	
	Técnica	
XI	LEGRADO PARADONTAL	96
	Indicaciones	
	Contraindicaciones	
	Alisado radicular	
	Curetaje	
	Técnica	
	Accidentes y complicaciones	
XII	APICECTOMIA	100
	Indicaciones	
	Contraindicaciones	
	Técnica	

XIII	REIMPLANTE	108
	Indicaciones	
	Contraindicaciones	
	Técnica	
	Reimplante Intencional	
XIV	DIENTES IMPACTADOS	112
XV	REGULARIZACION DEL PROCESO ALVEOLAR.	125
	CONCLUSIONES	
	BIBLIOGRAFIA	

I INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Las bases de la cirugía general, son igualmente aplicables a la cirugía bucal. En el año de 1864, la cirugía bucal como especialidad Odontológica, fue incluida en el plan de estudios de la Escuela de Odontología de Filadelfia.

La Definición de la cirugía bucal, fue formulada por el Consejo Norteamericano de Cirugía Bucal y aceptada por la Asociación Médica Americana."

"Cirugía Bucal, es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes".

Un estudio cuidadoso de esta definición, daría a entender al cirujano dentista la necesidad del estudio especial de los principios quirúrgicos y de la formación de un buen discernimiento quirúrgico.

Un cirujano capaz, es aquel cuya destreza manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los estados patológicos más frecuentes.

II HISTORIA CLINICA

Se debe considerar como el paso más importante en la práctica clínica profesional, puesto que por medio de ella se puede valorar si los pacientes (en forma individual) presentan o no algún padecimiento que pueda impedir actuar de primera intención, basándose en esto se irá analizando cada una de las partes de que consta. El examen médico comprende la anamnesis, el examen físico y los métodos auxiliares de diagnóstico, (laboratorio, radiología, etc)

La anamnesis puede y debe hacerla el cirujano dentista y porque ella y por sí sola es capaz debidamente cumplida, de alcanzar un valor orientador extraordinario.

El cirujano dentista en interrogatorio sagaz, claro, breve, sencillo y preciso, evitará el empleo de terminología médica, antes bien las preguntas se harán en términos de lenguaje común, que sean ampliamente comprendidos. Evitará así mismo efectuar preguntas que configuren algún tipo de "confesión" , que el paciente rechazará, o que lesionen el pudor, sobre todo no preguntar en forma negativa.

a) Ficha.

Sirve como dato de identificación del paciente y así mismo, llegar a infundir confianza en el mismo paciente, la ficha debe incluir los siguientes datos:

- 1.- nombre
- 2.- edad
- 3.- sexo
- 4.- estado civil
- 5.- domicilio
- 6.- lugar de nacimiento y fecha
- 7.- ocupación

Al igual que los datos anteriores, la ocupación es de suma importancia, puesto que nos orienta acerca de las actividades a que se dedica el paciente y el medio ambiente en que se desenvuelve, que en muchas ocasiones es factor de múltiples padecimientos dentales parentales, podemos citar como ejemplos: a zapateros, modistas, relojeros, etc.

b) Antecedentes hereditarios.

En este punto, podemos averiguar si algunos de los familiares del paciente, padre, madre, abuelos, tíos, hermanos, hijos, existe alguno de ellos con enfermedades de las que se consideran como hereditarias o propensión a padecerlas y así consideramos principalmente las discrasias sanguíneas, hemofilia, diabetes melitus, sífilis, etc.

c) Antecedentes personales no patológicos.

Nos orienta y nos sitúa en posibilidades de saber el medio ambiente en que se desenvuelve el paciente y así mismo, sabremos el nivel de preparación.

I) Habitación.

Las condiciones de higiene, ventilación, iluminación y ubicación de la misma.

II) Alimentación.

Saber el tipo de alimentación, si es completa o deficiente tanto en calidad como en cantidad.

III) Tabaquismo.

Si el paciente fuma o no, en qué cantidad, en este punto podemos agregar a los fumadores de pipa que en ocasiones presentan lesiones en mucosa bucal.

IV) Alcoholismo.

Nos guía para saber si el paciente acostumbra o no a las bebidas alcohólicas, que cuando es en cantidades excesivas y continuas, ocasiona problemas de desnutrición y problemas del tubo digestivo (gastritis, úlcera gástrica o gastroduodenal) también puede presentar problemas de conducta, polineuritis, etc.

V) Escolaridad.

Nos enteramos de esta manera de la educación a nivel cultural del paciente.

d) Antecedentes personales patológicos.

En este punto nos damos cuenta de los padecimientos que él ha presen

tado desde su infancia hasta la fecha de su visita a la clínica o al consultorio sin abarcar el padecimiento actual o motivo de su consulta.

e) Antecedentes fímicos, luéticos, neoplásicos.

Interrogamos al paciente si no presenta algún problema de los anteriormente citados, aquí veremos si se detecta algún padecimiento de estos, lo canalizamos con el especialista correspondiente y posteriormente se le tratará.

f) Antecedentes quirúrgicos.

Preguntaremos al paciente si se le ha efectuado alguna intervención quirúrgica, si tuvo complicaciones antes, durante o después del tratamiento, si toleró bien la medicación preanestésica, la anestesia, la medicación post-operatoria, si hubo de ser sometido antes de otras operaciones a algún tipo de tratamiento o si hubo de interrumpir con cierta antelación a dichas operaciones alguna medicación habitual, y de ser posible el tipo de anestesia que se usó si ha tenido otras intervenciones.

g) Antecedentes trasfusionales.

Saber si en alguna ocasión se le han aplicado transfusiones de sangre plasma o soluciones.

h) Antecedentes traumáticos.

Preguntaremos si el paciente ha sufrido algún traumatismo de intensi

dad considerable, como en cráneo, cara, torax, etc.

i) Antecedentes alérgicos.

Preguntaremos si no ha tenido problemas de prurito, rhas, eritema, ronchas; posteriormente a la aplicación de algún medicamento o alimento en especial, que haya tenido problemas más intensos a la aplicación - de algún medicamento (shock).

j) Antecedentes medicamentosos.

Este párrafo al igual que cada uno de los puntos de la historia clínica, es de suma importancia puesto que es nuestra obligación profesional preguntar o indagar si el paciente está en tratamiento medicamentoso para no caer en error de consecuencias no deseables, durante alguna extracción o cirugía menor en cavida bucal, debemos tener precaución de frecuentar al especialista a cargo y preveer las medidas necesarias para tratar a estos pacientes (generalmente se suspende - el tratamiento anticoagulante).

k) Padecimiento actual.

El paciente se presenta al consultorio o clínica con el problema que le aqueja, debemos interrogar en forma exhaustiva hasta obtener el máximo de datos que nos oriente y junto con la exploración por aparatos y sistemas podemos llegar a un buen diagnóstico y así mismo poder programar nuestro plan de tratamiento.

l) Aparato digestivo.

Preguntaremos al paciente si tiene problemas de digestión, acidez, vómito, diarrea, y en caso de mujeres en estado de gravidez, preguntar el periodo de embarazo y si existe o no hiperemésis gravídica, tipo de dieta, apetito, náuseas, hematemesis, disfagia, costipación, color y forma de heces fecales, ictericia, hemorroides, etc.

m) Aparato respiratorio.

Este aparato va casi siempre ligado al aparato cardiovascular por lo que los síntomas y signos pueden estar comprendidos en uno u otro - respectivamente, en este caso interrogaremos si presenta dificultad para respirar (disnea), cianosis, si el paciente es o no asmático, en fisematoso o que presente cualquier tipo de dificultad respiratoria, taquipnea, bradipnea, tos, expectoración, hemoptisis, epistaxis.

n) Aparato cardiovascular.

Como dijimos antes va estrechamente ligado al anterior, aquí debemos preguntar si existe cianosis, disnea, fatiga debido a pequeños y medianos esfuerzos, ortopnea, palpitaciones, taquicardia, bradicardia, hipo e hipertensión, edema en miembros inferiores y adormecimiento de los mismos y extremidades superiores, dolor retroesternal, desvanecimientos, varices inferiores, así mismo hipotermia y sudoración de pies.

ñ) Aparato genitourinario.

En este inciso preguntaremos si ha presentado o presenta disuria o dificultad para orinar, nicturia, poliuria, hematuria, incontinencia

oliguria, escurrimiento de orina, calibre del chorro, turbides, reten
ción, expulsión de cálculos, enfermedades venéreas, hábitos sexua -
les, potencia, trastornos.

o) Sistema nervioso.

Preguntaremos si es agresivo, irritable si presenta o padece insomnio, temor, si tiene dificultad cuando camina, postura que adquiera movi -
mientos anormales que presente, afacia, cefalea, ataxia, desmayo, vér
tigo, convulsiones, memoria crisis de amnesia, adormecimiento peribu -
cal, incoordinación.

p) Sistema endocrino.

Investigaremos y obtendremos peso aparente y normal, obecidad, perdi
da de peso, desarrollo y talla, exoftalmos.

q) Sistema muscoloesquelético.

Interrogaremos si hay indicios de artralgias, mialgias, artritis, ede
mas en miembros.

Habitus exterior.

Iniciaremos nuestra exploración obteniendo los signos vitales del pacien -
te los cuales son: talla, peso, temperatura, pulso, respiración y ten -
sión arterial.

Ya obtenidos estos datos proseguiremos a realizar ~~nuestra~~ exploración fí
sica iniciándola de la siguiente manera:

I.- Cabeza.

Observaremos, tamaño, forma, características y lesiones, observaremos también ojos y nariz, si existen undimientos, cicatrices, alopecia.

II. Cuello.

Anotamos forma, características y anomalías que pudieran encontrarse, observaremos vasos sanguíneos, pulsaciones, tiroides, tráquea, gangliopatías y glándulas salivales.

III. Tórax.

Forma, contorno, simetría, expansión, frecuencia y ritmos, uso de músculos accesorios, resonancia, áreas simétricas, nivel y movimiento del diagrama, ruidos respiratorios, carácter e intensidad, duración comparativa de inspiración y expiración, estertores, ruidos anormales.

IV. Abdomen.

Contorno, peristaltismo, consistencia, rigidez, dolor a la palpación, tumoración, viceromegalias.

V. Genitales.

Preguntaremos al paciente si ha tenido secreciones y de qué tipo, lesiones, fimosis, hidrocele, varicosele.

VI. Extremidades.

Superiores.- manos, color, humedad, cianosis del lecho unguial, deformidad de la articulación del hombro y codo, temblor, parálisis, pulso radial y cubital.

Inferiores.- movilidad y deformidad de las articulaciones, color y temperatura de los pies, pulsación de las arterias femoral, pedía y popítea, tibia posterior, edema, várices, nevos, postura, marcha, etc.

VII. Exploración bucal.

Labios, simetrías, cianosis, queilitis, pigmentación, úlceras.

Examen de la cavidad oral.

Es importantísimo porque es asiento de una gran variedad de padecimientos y por ser la vía de entrada más importante del organismo, hay que observar sistemáticamente; labios, dientes, bordes alveolares, mucosa alveolar, paladar blando y duro, piso de la boca, lengua, amígdalas.

a). Inspección.

Obsérvese primero labios, encías y dientes, se indica al paciente que haga movimientos para poder observar dientes y parte interior de las encías; posteriormente mediante un espejo utilizando los dedos se les separa los labios de los dientes con la boca cerrada y observaremos si existe oclusión, ausencia de dientes, estado de los mismos, higiene bucal.

Se indica al paciente abrir la boca y con la ayuda de un depresor de lengua, se observa cuidadosamente la mucosa bucal incluyendo la abertura del conducto de Stenon aproximadamente por debajo del nivel del segundo molar superior, separando la mejilla aparece como un hoyuelo minúsculo, aprovechando inspeccionamos los bordes alveolares a éste nivel, inmediatamente se indica al paciente colocar la lengua contra el techo de la boca, quedando al descubierto de esta manera el piso de la misma, observándose fácilmente los conductos de Wharton a cada lado de el frenillo lingual, que no son otra cosa que las aberturas de los conductos de las glándulas submaxilar.

El paciente al abatir la lengua, la inclinamos ligeramente hacia abajo para poder observar con claridad el paladar blando y duro así como la úvula, quedando de manifiesto cualquier anomalía, indicamos al paciente sacar la lengua, examinando con cuidado su superficie sin olvidar observar las papilas circunvaladas de la superficie dorsal y lateral ya que su hipertrofia es común y puede simular una neoplasia, el triángulo retromolar, o sea la zona del borde alveolar a nivel del polo inferior de la amígdala, por detrás del tercer molar, es asiento frecuente de calcio, para observarlo lo mejor es desplazar la lengua hacia la línea media mediante un depresor.

Abriendo ampliamente la boca del paciente y deprimiendo su lengua se observarán amígdalas, paladar y orofaringe.

b). Palpación.

Es parte integrante de un exámen físico completo; debe efectuarse sistemáticamente en pacientes de más de 50 años, especialmente varones, dada la frecuencia del cáncer bucal es esencial en presencia de síntomas de la cavidad oral, si observamos cualquier lesión o si hay ganglios cervicales infartados.

El dedo que palpa, siempre ha de protegerse mediante un dedal de goma o un guante. El piso de la boca se palpa con las dos manos; la zona submaxilar se ha de palpar cuidadosamente en igual forma, la mucosa bucal se explora con el índice y el pulgar, la porción distal del conducto de Stenon también puede observarse en esta porción, los bordes alveolares y la zona amigdalara se exploran deslizando los dedos a lo largo del piso de la boca, siguiendo por el borde lateral de los bordes alveolares, la lengua se mantiene fuera de la boca sujetándola con una gasa con la mano contraria a la exploradora y palpando con el pulgar y el índice de ésta, recorre la base de la lengua, amígdalas, hipofaringe y región del seno piriforme que produce reflejo nauseoso, el cuál (casí siempre) se pospone hasta que se haya completado el resto del exámen físico.

Completamos la exploración bucal, observando con un espejo la base de la lengua, hipofaringe, laringe y nasofaringe.

Por último, palpamos las zonas de las glándulas parótidas y gan

glios linfáticos.

VII. Estudios de gabinete y laboratorio.

Son necesarios para la interpretación del estado físico del paciente.

a). Rayos X.- cuando se juzgue conveniente o necesario para complementar nuestra impresión diagnóstica se ordenará.

- 1.- radiografías pariapicales.
- 2.- radiografías oclusales.
- 3.- radiografías de mordida de aleta.
- 4.- radiografías lateral de cráneo.
- 5.- radiografías antero posterior.
- 6.- radiografías panorámicas.

b). Laboratorio.

- 1.- biometría hemática.
- 2.- química sanguínea.
- 3.- tiempo de sangrado.
- 4.- si el cirujano dentista lo cree conveniente se ordenará reacciones serológicas.

IX.- Plan de tratamiento.

después de llegar al diagnóstico definitivo, se elaborará el plan de tratamiento.

STORIA CLINICA.

estionario de salud.

Fecha _____

ellidos y Nombre _____

micilio _____

Calle y número

Ciudad Estado Código postal Tel. Privado y Com.

dad Sexo Talla Peso Ocupación _____

estado civil Nombre del cónyuge _____

ariante más cercano _____

usted llena este formulario para otra persona qué parentesco tiene con

lla? _____

ogamos contestar a cada pregunta Tildar
si no

1.- Ha estado hospitalizado en los dos últimos años? _____

2.- Ha estado bajo atención médica los dos últimos años? _____

3.- Ha tomado algún medicamento o droga en los dos últimos años? _____

4.- Es alérgico a la penicilina, alguna droga o medicamento? _____

5.- Ha tenido hemorragias excesivas con tratamiento especial? _____

6.- Rodee con un círculo cualquiera de las siguientes enfermedades si las
ha padecido.

Enfermedad cardiaca	fiebre reumática	tuberculosis
Lesiones cardiacas congénitas	asma	hepatitis
Soplo en el corazón	tos	hictericia
Presión sanguínea alta	diabetes	artritis

ataques

epilepsia

tratamiento psiquiátrico

sinusitis

(mujeres) Está embarazada en este momento? _____

Ha tenido alguna otra enfermedad grave? _____

o para pacientes que serán sometidos a sedación o anestesia general.

- Ha comido o bebido algo en las últimas 4 horas? _____

- Usa algún aparato dental que se pueda quitar? _____

- Usa lentes de contacto? _____

- Quién lo va a llevar a su casa hor? _____

Nombre

visado por _____

Firma

QUESTIONARIO DE SALUD

En las siguientes preguntas, rodee con un círculo SI o NO según corresponda.
Las respuestas son sólo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

- .- Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI NO
- .- Mi último examen médico se hizo el? _____
- .- Se haya bajo atención médica actualmente? SI NO
a.- (SI) de que enfermedad se trata _____
- .- El nombre y domicilio de mi médico es _____
-
- .- Ha tenido alguna enfermedad u operación grave? SI NO
a.- (SI) en qué consiste la enfermedad u operación? _____
- .- Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los últimos cinco años? SI NO
a.- (SI) en qué consistió el problema? _____
- .- Padeció alguna vez de los siguientes trastornos o enfermedades?
- a.- fiebre reumática o reumatismo cardíaco? SI NO
- b.- lesiones cardíacas congénitas? SI NO
- c.- enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, alta presión sanguínea arterioesclerosis, ataque)? SI NO
- 1.- siente dolor en el pecho al hacer ejercicio? SI NO
- 2.- alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio leve? SI NO
- 3.- se le hinchan los tobillos? SI NO
- 4.- le falta el aire al acostarse o necesita varias almohadas para dormir? SI NO

d.-	alergia?	SI	NO
e.-	sinusitis?	SI	NO
f.-	asma o fiebre del heno?	SI	NO
g.-	urticaria o erupciones cutáneas?	SI	NO
h.-	desmayos pasajeros o prolongados?	SI	NO
i.-	diabetes?	SI	NO
	1.- tiene que orinar más de seis veces al día?	SI	NO
	2.- siente sed casi siempre?	SI	NO
	3.- siente la boca seca con frecuencia?	SI	NO
j.-	hepatitis, hictericia o enfermedad hepática?	SI	NO
k.-	artritis?	SI	NO
l.-	reumatismo inflamatorio?	SI	NO
m.-	úlcera del estomago?	SI	NO
n.-	trastornos renales?	SI	NO
o.-	tuberculosis?	SI	NO
p.-	baja presión?	SI	NO
q.-	baja presión sanguínea?	SI	NO
r.-	enfermedades venereas?	SI	NO
s.-	otras? _____		

- Alguna vez tuvo alguna hemorragia anormal por extracciones, operaciones,
o traumatismos? SI NO

a.- se le forman moretones con facilidad? SI NO

b.- alguna vez necesito transfusiones de sangre? SI NO
(SI) explique las circunstancias) _____

- 0.- Ha sufrido algún trastorno de la sangre como anemia? SI NO
- 0.- Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X, por un tumor o alguna -
otra enfermedad de la boca o los labios? SI NO
- 1.- Toma alguna droga o medicamento? SI NO
(SI) en ese caso cual? _____
- 2.- Esta tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?
- | | | |
|--|----|----|
| a.- anestésicos locales | SI | NO |
| b.- anticoagulantes | SI | NO |
| c.- medicamentos para la presión sanguínea elevada | SI | NO |
| d.- cortisona (corticoesteroides) | SI | NO |
| e.- tranquilizantes | SI | NO |
| f.- antihistamínicos | SI | NO |
| g.- aspirinas | SI | NO |
| h.- insulina, tolbutamida (orinase) o drogas similares | SI | NO |
| i.- digital o drogas para los trastornos cardíacos | SI | NO |
| j.- nitroglicerina | SI | NO |
| k.- otras | SI | NO |
-
- 13.- Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a lo siguiente?
- | | | |
|---|----|----|
| a.- anestésicos locales | SI | NO |
| b.- penicilina u otros antibióticos | SI | NO |
| c.- sulfamidas | SI | NO |
| d.- barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir | SI | NO |
| e.- aspirina | SI | NO |
| f.- yodo | SI | NO |
| g.- otros | SI | NO |
-

- Alguna vez tubo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior? SI NO
(SI) en este caso describalo _____
- padece alguna enfermedad estado o problema que no figura arriba y que usted creé que yo debería conocer? SI NO
(SI) en ese caso rogamos explicarlo _____
-
- Trabaja en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o alguna otra radiación ionizante? SI NO
- Usa lentes de contacto? SI NO
- ra mujeres.
- Está embarazada? SI NO
- Tiene problemas en relación con un periodo menstrual SI NO

servaciones

Firma del paciente

Firma del Odontólogo

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

En cualquier campo de la cirugía, las bases de la asepsia y antisepsia se aplican a la cirugía bucal.

El uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado meticuloso en la asepsia y antisepsia ya que la infección de la herida puede acarrear el fracaso completo de la operación o cuando menos prolongar el proceso de la curación.

Asepsia.- Cirugía aseptica; es aquella que está libre de toda infección, o contaminación por instrumentos o materiales empleados al operar.

Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en una charola cubierta por una toalla estéril.

En la región operada sólo deben introducirse gasas o esponjas estériles.

Las manos del operador deben estar limpias, las manos y los brazos hasta los codos deben cepillarse cuidadosamente con agua y jabón, y se le debe dar atención especial a las uñas. En la cirugía es costumbre cepillar las manos y los brazos hasta los codos durante 10 minutos enjuagándose frecuentemente con agua corriente, después de lo cual las manos y los brazos se lavan con alcohol, antes de ponerse la bata estéril que abrochará la enfermera.

En cirugía mayor de boca, todos los campos deben ser estériles y el operador y sus ayudantes deben llevar cubrebocas, gorros, batas y guantes estériles, ya que si no se toman éstas medidas la infección es el factor más frecuente del fracaso del hecho quirúrgico.

Antisepsia.- La antisepsia del campo operatorio consiste en destruir los gérmenes que se hayan sobre la piel o mucosa.

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia, sin embargo se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención. Antes de cualquier operación, aún una extracción sencilla, la boca debe limpiarse cuidadosamente, y aplicar algún antiséptico como Mercresin en toda la cavidad bucal y la lengua. Las operaciones extrabucuales requieren una limpieza cuidadosa de la piel más allá del campo operatorio. Los pacientes masculinos deben ser rasurados antes de la limpieza de la piel. El primer paso en la preparación de la piel es lavarla completamente con gasa empapada en éter; después se lava con alcohol y finalmente toda la zona operatoria se pinta con tintura de Mercresin.

Aunque el cirujano dentista no sea responsable de la infección que se encuentre en una región, si lo es, de la que pueda introducir en la herida.

El cirujano y sus ayudantes limpian el campo operatorio con sustancias antisépticas las cuáles deben tener ciertas condiciones:

- 1.- Acción bactericida o sea la destrucción inmediata de todos los gérmenes.

2.- Acción bacteriostática: inhibición de la proliferación de nuevos gérmenes.

3.- Persistencia del poder antiséptico durante varias horas y falta de causticidad.

Antisépticos más usados;

Alcohol.- Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano y del campo operatorio.

Tintura de yodo.- (yodo diluido) se aplica en la antisepsia local del punto de punción de la anestesia y el sitio de la incisión solamente, ya que es irritante.

Acido fénico.- En solución alcohólica se le emplea como el anterior.

Tintura de merthiolate.- Tiene los mismos usos que el yodo que, en la actualidad ha reemplazado a aquél.

Esterilización de los instrumentos.

La esterilización del material se puede lograr de varias formas, las cuáles, se expondrán brevemente.

Autoclave.

El autoclave es el aparato de preferencia para la esterilización y generalmente destruye todos los organismos que forman esporas y hongos. Proporciona calor húmedo en forma de vapor saturado a presión. La combinación de humedad y calor es el medio más eficaz para destruir bacterias. Los instrumentos y materiales para esterilizar en autoclave se envuelven en muselina, que es

económica y se puede encontrar en cualquier tamaño. Cada paquete quirúrgico se marca para saber su contenido y la fecha de esterilización.

Los materiales esterilizados con papel permanecen estériles durante dos o cuatro semanas.

El tiempo del autoclave, varía directamente con el tamaño del paquete. Los paquetes pequeños, utilizados para la cirugía bucal, generalmente requieren 30 minutos a 121°C y 20 libras de presión. Los guantes de hule que son más frágiles que las telas y la mayoría de los instrumentos se esterilizan en autoclave durante 15 minutos a 121°C y 15 libras de presión.

Esterilización por calor seco.

La esterilización en hornos de calor seco a temperaturas elevadas durante largos periodos se usa ampliamente en odontología y cirugía bucal. Esta técnica proporciona un medio para esterilizar instrumentos, polvos, aceites, vaselinas, cera para hueso y otros.

La mayor desventaja que presenta la esterilización por calor seco obviamente, es el largo tiempo que se requiere para tener la seguridad para obtener buenos resultados bactericidas.

Esterilización fría.

Ninguna de las sustancias químicas utilizadas para la esterilización fría satisfacen los requisitos.

Esterilización con agua hirviendo.

Generalmente los esterilizadores de agua hirviendo no llegan a una temperatura mayor de 100°C y algunas de las esporas bacterianas resisten a ésta temperatura. Si se utiliza la esterilización con agua hirviendo, se recomienda - que se empleen medios químicos para elevar el punto de ebullición aumentando así su poder bactericida.

Observaciones generales.

- 1.- Los instrumentos expuestos a los aceites deben limpiarse con un solvente y luego cepillarse con fuerza con agua y jabón antes de esterilizarlos.
- 2.- Después de la esterilización con agua caliente y antes de enfriarse los instrumentos deben secarse perfectamente con una toalla estéril.
- 3.- Los instrumentos con partes móviles se esterilizarán en autoclave y no en agua hirviendo, ya que el agua de la llave tiene gran concentración - de sales **carcarias** que se depositan en los instrumentos durante la ebullición.
- 4.- Para esterilizar agujas y jeringas hipodérmicas deben tenerse muchas precauciones. Se recomienda para éstas en particular se esterilicen de preferencia en autoclave y en segundo término en agua hirviendo.

Quirófano.

En el quirófano no debe haber exceso de muebles, y sobre todo debe estar limpio y arreglado de tal manera que se pueda mantener limpio con facilidad. En un quirófano moderno, no debe haber cuadros colgados de la pared, cortinas y tapetes, pues se acumula gran cantidad de polvo. La limpieza se facilita en un cuarto con pisos y paredes lisos. Es esencial para los procedimientos qui

rúrgicos, una buena luz artificial. El gabinete para guardar los instrumentos no deben estar en un quirófono, pues los que van a emplearse se colocan en una mesa con toalla estéril o en una charola de acero inoxidable esterilizada.

La escupidera no es necesaria ya que pueden usar pequeños receptáculos manuales. En todo momento debe estar a la mano un aparato de oxígeno portátil aún si no se administra anestesia general.

IV ANESTESIA

Anestesia local; es la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una región del organismo; en nuestra cirugía de una zona de la cavidad bucal.

Sólo trataremos el método que se vale de la inyección de sustancias químicas que al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

Soluciones anestésicas.

La novocaina en cirugía bucal, se emplea en soluciones de 2 y 4%, y se emplea con el grado de adrenalina (epinefrina), por su notable acción constrictoria sobre los capilares sanguíneos ya que por éste efecto se reduce la circulación local, con lo cual se prolonga la acción anestésica.

Xilocayna, su ventaja reside en la poca cantidad que se necesita para alcanzar grandes niveles anestésicos y en la duración de la anestesia.

La xilocayna adrelinina al 2% es de efecto rápido, su aplicación en la mucosa bucal, produce anestesia superficial, sus efectos secundarios y posteriores son raros.

Indicaciones previas a la anestesia.

Premedicación.- la premedicación generalmente se descuida en las anestесias infiltrativas a pesar de ser un poderoso coadyuvante para su éxito, no siem-

pre es necesario emplearla pero sí en pacientes nerviosos, también en intervenciones largas y complicadas.

Anestesia de la mucosa.- la punción anestésica siempre es dolorosa y se provoca dolor innecesario, puede hacerselo insensible frotando previamente el sitio a punzar, con una solución anestésica indicada.

Antisepsia de la mucosa.- después de hacer enjuagar la boca al paciente con una solución antiséptica, se pincela el lugar elegido para la punción con tintura de yodo u otra solución.

Tipos de anestesia local.

La anestesia local puede realizarse de distintas maneras, el líquido anestésico puede depositarse; sobre la mucosa, por debajo de ella, por debajo del periostio o dentro del hueso.

Anestesia mucosa.- la mucosa bucal y sus capas inmediatas pueden anestesiar-se localmente colocando sobre ella sustancias anestésicas tiene contada aplicación en cirugía bucal. Se emplea para abrir abscesos, extracción de dientes temporarios o movibles y evitar el dolor que produce el pinchazo de la aguja.

Anestesia submucosa.- hay dos tipos de anestesia submucosa; la que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa bucal o la suprapariostica. La primera tiene escasa aplicación en cirugía bucal, se realiza depositando la anestesia en la mucosa bucal. El líquido en éstas condiciones es lentamente

absorvido y no llega a las terminaciones nerviosas periféricas, es útil para intervenciones sobre mucosa.

Anestesia suprapariostica.- es la anestesia ideal; se realiza llevando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa en vecindad inmediata con el periostio. La anestesia infiltrativa depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso, se hace de preferencia en el maxilar superior cuyo hueso esponjoso puede ser alcanzado fácilmente por el líquido anestésico.

Técnica de la inyección submucosa profunda, en maxilar superior. Debe ser - realizada en el fondo del surco vestibular para bloquear las terminaciones - nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso al periostio y a la encía, depositando la solución anestésica por encima de los ápices dentarios, se ubica la punta de la aguja con su bisel hacia el hueso en las vecindades del periostio y por encima del ápice del diente a intervenir.

Anestesia submucosa profunda en maxilar inferior.

Sólo tiene aplicación para las intervenciones que se realizan sobre la región incisiva o mentoniana. En la cara lingual es evitada por peligrosa. Se realiza con la misma técnica que la señala para la región vestibular del maxilar superior.

Anestesia submucosa profunda de la bóveda palatina.

Es preferible realizar la anestesia a nivel de la salida de los nervios en la región de la bóveda palatina, lo cual constituye verdaderas anestias tronculares; anestesia a nivel del agujero palatino posterior, para bloquear

el nervio palatino anterior y anestesia a nivel del agujero palatino anterior por donde emerge el nervio palatino posterior.

Anestesia submucosa profunda en la cara lingual del maxilar inferior.

Sólo excepcionalmente se inyecta anestesia local ya que el espesor de la tabla interna del hueso dificulta la propagación de la anestesia y las complicaciones infecciosas son comunes.

Anestesia subperiostica.

Consiste en llevar la solución anestésica inmediatamente por debajo del periostio. Después de la antisepsia del sitio de punción se realiza una pequeña anestesia submucosa y se perfora el periostio perpendicularmente al hueso, se inclina en ángulo recto la jeringa de modo que quede paralela a la tabla externa y se llega hasta el nivel del ápice dentario donde se deposita la solución.

Anestesia regional ~~truncular~~.

Se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa. Están ligadas casi exclusivamente a la distribución anatómica a los dos de las ramas del trigémino.

Anestesia intrósea.

Se realiza una vez que se ha perforado la tabla ósea externa vía por la cual se introduce una aguja y se deposita el líquido, tiene poca aplicación en cirugía bucal

ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

El nervio dentario inferior inerva el maxilar inferior su periostio, la encía y los dientes de cada hemiarcada a excepción de un trozo de encía y periostio que cubre la cara externa del maxilar entre el tercer y primer molar. El sitio de abordaje para la anestesia esta dado por las vecindades del orificio superior del conducto dentario inferior.

El orificio superior del conducto dentario inferior se encuentra en la cara interna de la rama maxilar y presenta por delante y debajo una especie de laminita triangular dirigida verticalmente hacia arriba, que es la espina de Spix. Prolongando hacia atrás el plano oclusal de los molares, el orificio superior del conducto dentario inferior está situado a un centímetro por encima de él.

Localizado el borde interno de la rama se hace la punción por dentro de este punto a un centímetro del plano oclusal del tercer molar, la jeringa debe permanecer paralela al cuerpo de la mandíbula se avanza descargando pequeñas cantidades de solución anestésica un trecho de 1.5 cms. con lo que se logra la anestesia del nervio lingual que esta por delante y adentro del dentario. En esta posición sin abandonar la ubicación se dirige la jeringa hacia el lado opuesto a la altura de los premolares, se profundiza la aguja la cual puede tocar hueso o no, se aspira la jeringa (para no inyectar en un vaso) y depositamos el anestésico.

Via directa.- Se puede llegar al orificio superior del conducto dentario siguiendo una línea recta y realizando una sola maniobra. Se parte de la comi-

surra bucal opuesta a la del nervio a anestésicar. La jeringa se introduce en la boca entre los dos premolares del lado opuesto, perfora la mucosa atravesando el buccinador y se introduce 0.5 cms. se inyecta 0.5 ml., para anestésicar el lingual, se profundiza 2cms. a cuyo nivel se depósita el resto del anestésico.

Puntos anatómicos en maxilares desdentados.

La altura a que se encuentra el orificio del conducto dentario en un maxilar sin dientes es aproximadamente de 2.5 cm. sobre el borde alveolar, para reemplazar la altura de las coronas de los molares ausentes y la resorción fisiológica correspondiente.

Puntos anatómicos en maxilares seniles.

El ángulo que forma la rama ascendente con la horizontal en el maxilar senil tiende a hacerse obtuso. Hay que recordar esta disposición para calcular la posición. Esta misma angulación se encuentra en los maxilares infantiles, con estos varia el ancho de la rama ascendente y el nivel del orificio es más bajo.

Síntomas de la anestesia del nervio dentario inferior.

El paciente manifiesta la sensación de hormigueo en el labio inferior, sensación que aumenta en intensidad y extensión. La anestesia del labio llega hasta la línea media, cuando la anestesia es completa debe estar insensible toda la mitad del maxilar a excepción de la porción de la encía y periostio -

que cubre la cara externa de el 2ºmolar al 2ºpremolar.

Fracasos en la obtención de la anestesia.

Pueden ser de índole y condición muy diversas, Seldin los clasifica de la siguiente manera:

Inyección demasiado alta

Inyección demasiado baja

Inyección dirigida hacia la línea media

Inyección dirigida hacia afuera

Inyección antes de llegar al orificio

Inyección después del orificio.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES.

Los agujeros dentarios posteriores y superiores se hayan situados en la tuberosidad del maxilar a tres centímetros por arriba del ángulo distocervical - del tercer molar superior. Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan los tres molares superiores, la anastómosis de los nervios forma el arco nervioso externo plexo del que salen ramos nerviosos para premolares y molares, hueso y mucosa gingival.

Técnica.- tratando de poner la vista y bien alumbrada la región del tercer molar superior, se punza a fondo en surco vestibular, a nivel de la raíz distal del segundo molar (en caso de existir el tercero, esta, es la guía a seguir, faltando el último molar se debe realizar la punción a nivel de la

raíz mesial del segundo) después que la aguja a atravezado con su bisel hacia el hueso, la mucosa bucal y el buccinador se depositan unas gotas de anestesia y se avanza en un ángulo de 45° respecto del plano oclusal de los molares superiores (la punta de la aguja hacia arriba atras y adentro) en procura de los orificios superiores, por lo tanto la jeringa debe ser dirigida afuera y abajo en contacto con la comisura labial para lograr aquel efecto. La aguja debe penetrar 2cms. después que ha atravezado el surco, a nivel de los orificios buscados se depósitos 2ml. de solución.

Síntomas de anestesia.

Alcanzados los nervios dentarios posteriores se anestesian los tres molares y hueso, periostio, pulpa, peridonto y encía, a excepción de la raíz bucal del primer molar y la encía palatina de los tres dientes, para intervenir sobre el primer molar será necesario completar la anestesia con una inyección submucosa a nivel del ápice de la raíz mesial.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES.

La anestesia de los nervios dentarios anteriores debe efectuarse a nivel del agujero infraorbitario y por difusión la solución anestésica llega al nervio. El agujero infraorbitario queda a 6 o 7 mm., por debajo del reborde orbitario. Tomando en cuenta su distribución puede establecerse que la anestesia de los nervios dentarios anteriores está indicada en intervenciones quirúrgicas sobre la región labial, porción anterior del maxilar (quistes, apicectomías de estos dientes, canino superior retenido) y exodoncia de los dientes anteriores.

Técnica. el dedo índice reconoce los elementos anatómicos (borde orbitario y debajo la hendidura o agujero), el pulpejo del dedo debe quedar fijo sobre el orificio infraorbitario, con el dedo pulgar se levanta el labio dejando al descubierto la región del ápice del canino, se punza en el fondo - del surco vestibular conduciendo la jeringa desde el canino en dirección de la pupila sin tocar hueso hasta llegar al orificio buscado. Cuando el dedo índice percibe la aguja estamos en el sitio deseado se inyectan unas pocas gotas del anestésico y se levanta la jeringa buscando la dirección del conducto y por tacto se penetra en el conducto sólo en una profundidad de 0.5 cms. Si la aguja no ha entrado en el conducto, la solución deberá penetrar - en el por medio de masajes suaves sobre la piel.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS MEDIOS.

La existencia de los nervios dentarios medios no es constante en su ausencia la inervación se distribuye entre los dentarios anteriores y posteriores, - cuando existe se distribuye así: incisivos y caninos, están inervados por el dentario anterior, premolares y raíz bucal de, primer molar por el dentario medio; tercero y segundo molar y raíz distobucal y palatina del primer molar por los dentarios posteriores.

Técnica.- cuando intentamos anestesiar los dentarios medios, se introduce la aguja en el surco vestibular entre ambos premolares en una profundidad de 1 cm, con esto se logra la insensibilidad de los premolares y raíz mesial del primer molar, mucosa y periostio vestibular correspondiente. Deberá completarse la anestesia por el lado palatino.

ANESTESIA DEL NERVIO NASOPALATINO.

En la bóveda palatina sobre la línea media y por detras de los incisivos centrales, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino anterior. - Los nervios nasopalatinos o palatinos anteriores inervan la parte anterior - del paladar hasta la altura del canino. La anestesia de estos nervios se realiza a nivel del conducto palatino anterior, es una anestesia de complemento, por si sola es aplicada en 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 (que salen por el agujero palatino posterior) o infiltrativa a nivel de la cara bucal de los caninos superiores.

Técnica.- se punza en la base de la papila del lado derecho o izquierdo pero no en el cuerpo mismo de éste elemento anatómico, después de atravesar la mucosa y llegado al conducto palatino se depósita lentamente la solución anestésica.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS PALATINOS.

Los nervios palatinos, anterior, medio y posterior descienden a la bóveda; el primero por el conducto palatino posterior; el medio y el posterior por conductos accesorios. El nervio palatino anterior inerva la fibromucosa, la encía palatina y se anastomosa con el palatino interno.

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, en la apofisis horizontal del hueso palatino a nivel de la raíz palatina del tercer molar equidistante de la línea media y del borde gingival. Búsquese una depreción a este nivel, según una dirección que está dada por el eje de la jeringa dispuesto en la comisura opuesta. La anestesia de los nervios palatinos se realiza por lo común como anestesia de complemento o cierre de circuito.

ANESTESIA DEL NERVIO BUCAL.

La anestesia del bucal es también de cierre de circuito. Su objeto es bloquear la sensibilidad de la cara externa del maxilar inferior desde el tercer molar al primer molar, cuando la anestesia troncular del dentario inferior no es suficiente. Cuando se necesita la anestesia del bucal se hará lejos del sitio a operar.

Técnica.- la punsion se realizá en el centro del triangulo retromolar, 1 cm. por encima del plano oclusal la aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia afuera atravesando la mucosa, el musculo bucinador hasta tocar el hueso. En presencia de procesos inflamatorios la inyección se realiza en cualquier punto, a lo largo del curso del nervio.

ANESTESIA DEL NERVIO LINGUAL.

El lingual inerva la lengua, suelo de la boca, cara interna y encía del maxilar inferior. Por lo general se anestesia junto con el dentario excepcionalmente requiere una anestesia especial.

Técnica.- la más simple es la que ubica la inyección por dentro de la línea oblicua interna. La inyección a nivel de la encía del lado interno es peligrosa ya que sigue con frecuencia de complicaciones infecciosas del suelo de la boca.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS INCISIVOS INFERIORES.

La anestesia de los nervios incisivos puede hacerse a nivel del agujero mentoniano. Conociendo la ubicación entre los dos premolares del agujero mentoniano; el conducto que sigue se dirige de adentro afuera de adelante atrás y de abajo arriba, para abordarlo será necesario dirigir la aguja en sentido contrario. Se separa el labio y se dirige la jeringa de atras a adelante y de arriba a abajo hacia el hueso 1cm. por debajo del borde gingival, encontrado se penetra en el conducto y se deposita la solución. Un masaje sobre la región permitirá que el líquido penetre en el conducto si la aguja no lo ha hecho.

Complicaciones de la anestesia.

Durante la realización de la anestesia o después de ella pueden ocurrir accidentes y complicaciones, inmediatos o mediatos y locales o generales.

Accidentes inmediatos.

Dolor.- el dolor subsiguiente a la inyección (que no debe confundirse con el dolor posquirúrgico) se puede deber a usar agujas sin filo que desgarran los tejidos, a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas o a que estén muy calientes o muy frias, el desgarre de los tejidos gingivales

y sobre todo del periostio es causa de molestias post-operatorias.

lipotimia.- en algunas ocasiones éste accidente es neurogénico y el miedo la causa originaria, la adrenalina de la solución tiene en otras circunstancias un papel importante. Durante la anestesia o minutos después el paciente presenta el cuadro clásico: palidez, taquicardia, sudores frios, nariz afilada del cual puede recuperarse en pocos minutos o entra en un cuadro más serio.

Tratamiento preventivo; se tomarán medidas precautorias como, sentar cómodamente al paciente, aflojar sus prendas, comprobar que no se ha penetrado en un vaso, inyectar lentamente, inyectar dos o tres gotas y esperar unos minutos antes de inyectar completamente.

Tratamiento del accidente.- se recuesta al paciente con la cabeza más baja - que el cuerpo y administrar oxígeno y en casos más graves administrar coramina. En pacientes que presenten urticaria, broncoespasmo se administrarán - adrenalina y antihistaminicos.

Rotura de la aguja.

Cuando se produce durante la anestesia; se hace una incisión en el lugar de la inyección, se localiza y se extrae. Cuando ha pasado un tiempo después - del accidente se investigará radiográficamente la ubicación de la aguja con otra aguja de guía, se traza una incisión se disecan los tejidos vecinos y ya localizada se retira y sutura.

Hematoma.- la punción de un vaso origina un derrame de intensidad variable, el derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para que sea reabsorvido.

Tratamiento.- consiste en la aplicación de bolsas con hielo sobre el lugar de la inyección.

Isquemia.- en ocasiones después de cualquier anestesia se nota en la piel zonas de intensa palidez, que está originada por la penetración de la solución anestésica en la luz de una vena y es la adrenalina la que ocasiona la vasoconstricción isquemiente.

Tratamiento no requiere ninguno.

Accidentes mediatos.

Persistencia de la anestesia.- después de la inyección puede ocurrir que la anestesia se prolongue por desgarré del nervio u otras causas.

Tratamiento.- el nervio se regenera con el tiempo después de un periodo variable.

Infección en el lugar de la punción.- debido a la falta de asepsia o antisepsia de la zona de la punción.

Tratamiento.- calor, antibióticos y abertura quirúrgica de los absesos.

V BASES DE LA TECNICA QUIRURGICA.

En todos los campos de la cirugía bucal, es esencial el diagnóstico correcto. Hay solamente un diagnóstico, el exacto, mientras que pueden emplearse - distintos métodos de tratamiento, cada uno con resultados satisfactorios. Para llegar a un diagnóstico, el cirujano dentista utiliza todos sus conocimientos y experiencias y por un proceso de eliminación llega a sus conclusiones. Debe ver al paciente como una totalidad, pero concentrarse en la región del padecimiento. Observando así la anatomía normal y pensando en términos - de los cambios estructurales que pueden ocurrir en esa parte del cuerpo, debe educar sus dedos para descubrir las anormalidades de estructura e interpretarlas en estados patológicos o traumatismos. Una historia médica adecuada, muchas veces lleva a una conclusión correcta.

La cirugía bucal como la cirugía general está regida por los siguientes postulados y pasos.

Postulados.

- a) evitar el dolor
- b) cohibir la hemorragia
- c) prevenir la infección

Pasos.

- a) realizar una incisión cuya forma y amplitud sean de acuerdo con los requerimientos de la intervención por realizar.
- b) realizar mediante el elevador de periostio, la separación de la mucosa y siempre tener cuidado de que no sufra ningún desgarramiento.

- c) resecar o eliminar el hueso alveolar lo suficiente, de acuerdo a la técnica a emplear.
- d) realizar la extracción con o sin odontosección.

Tenemos también algunos principios particulares de su rama como son:

1. Por lo reducido del campo donde se tiene que intervenir, exige iluminación adecuada y eficaz.
2. Instrumental apropiado.
3. Técnicas adecuadas a la pequeñez del espacio por intervenir.

Cuando se va a intervenir quirúrgicamente un paciente, debemos tener cuidados tanto preoperatorios como post-operatorios, éstos cuidados van a ser más simples que en cirugía general, pero no menos importantes. Por lo tanto toda intervención en cirugía oral exige un mínimo de indicaciones para asegurar el éxito de la misma.

1. CIRUGIA ATRAUMATICA.

Uno de los principios básicos de la cirugía es que el manejo de los tejidos, debe hacerse con un mínimo de traumatismo. El manejo cuidadoso de los tejidos, que están compuestos por infinidad de células, ayuda a la reparación y curación de las estructuras sometidas a los instrumentos quirúrgicos. Los tejidos lacerados y rotos tienden a perder vitalidad y se vuelven necróticos; esto favorece la infección y retarda la curación. Todas las operaciones quirúrgicas deben ser planeadas de antemano para minimizar el traumatismo. En la cirugía bucal se utilizan comúnmente colgajos de diferente forma, en las diversas regiones.

Existen tres principios fundamentales en lo que se refiere a la utilización de colgajos:

1. Debe conservarse el aporte sanguíneo del colgajo.
2. El diseño del colgajo debe permitir su separación del campo operatorio
3. El diseño debe permitir que el colgajo cubra completamente el campo operatorio y que pueda retenerse por sutura sin tensión cuando se regresa a su sitio original.

2. VIAS AEREAS LIBRES.

Ya que el hombre vive minuto a minuto dependiendo de su habilidad de adquirir y asimilar el oxígeno es un principio fundamental en la cirugía conservar en todo momento la permeabilidad de las vías respiratorias.

La obstrucción de la glotis suele deberse a:

1. La inhabilidad del paciente para evacuar adecuadamente las secreciones de la boca y de la faringe o los cuerpos extraños.
2. Edema por traumatismo o infección.
3. La declusión "aparente" de la lengua.
4. Oclusión mecánica por prótesis dentales desplazadas.
5. Intoxicación por drogas depresoras respiratorias o relajantes musculares (fármacos curarizantes).

El paciente conciente trata desesperadamente de recuperar la permeabilidad de las vías respiratorias, lo que no ocurre con el paciente inconciente. El signo inmediato de anoxemia puede ser la cianosis, seguida rá

pidamente por la depresión de todas las funciones vitales.

Tratamiento de urgencia.

1. Tirar de la lengua todo lo que sea posible, puesto que ésto ayuda a elevar la epiglotis.
2. Palpación digital de la bucofarínge, en busca de cuerpos extraños - que la ocluyen.
3. Intentar pasar un tubo endotranqueal más allá de las cuerdas bucales y administración de oxígeno.
4. Respiración artificial.
5. Traqueotomía o cricotiroidotomía cuando han fallado todas las medidas.

3. INCISIONES.

Incisión; maniobra mediante la cual se habren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención.

El empleo eficiente del bisturí requiere el conocimiento básico de los puntos de apoyo convenientes que el cirujano dentista ya conoce por la instrucción que recibió acerca de los instrumentos giratorios usados en la boca. El bisturí se toma con firmeza pero sin tensión, cualquiera que sea la forma en que se use. No debe asirse rigidamente de manera que haga temblar la mano, o que pueda influir en el movimiento necesario para lograr una incisión limpia y atraumática.

La piel es más difícil de cortar que la mucosa y la presión constante que la incisión requiere puede obtenerse mejor agarrando el bisturí como cuchillo de mesa.

La manera de tomar el bisturí es cuestión de preferencia individual. Es más importante emplear una técnica atraumática para la incisión y la escisión, para que el bisturí pueda utilizarse con eficacia y seguridad. Es más seguro emplear un punto de apoyo durante la incisión para que el bisturí pueda tomarse con los dedos que descansan sobre el hueso o sobre un diente adyacente a la línea de incisión. Es indispensable la completa visualización de la región que se va a cortar.

Las incisiones intrabucuales que abarcan la reflexión del cucopariostio, para descubrir el hueso o los dientes, son incisiones directas en línea recta o curvilíneas, que siguen la distancia más corta a través de los tejidos. Sin embargo, donde el hueso adyacente pueda estar lejos del sitio de la incisión, por ejemplo en paladar blando, lengua, carrillo, labios y piso de la boca, la incisión no es necesariamente directa. En estos casos se hace solamente a través de la mucosa. Después se combina la disección roma con sección por bisturí o tijeras para que los tejidos importantes no se sacrifiquen inutilmente.

Manejo de la tijera:

Se utiliza para cortar la encía después de extracciones dentarias o resecciones gingivales con cualquier fin; el dedo índice hace de guía y se apoya el pulpejo en la cruz de la tijera.

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 apoya sobre los separadores.

La elección del sitio de la incisión es previa al acto operatorio y esta en consonancia con el tipo de operación a realizar.

Las incisiones deben llegar en profundidad hasta el tejido óseo y han de seccionar el tejido que cubre al hueso; el periostio.

Condiciones que debe reunir una incisión:

1. Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que - tenga una base lo suficientemente ancha para proveer la suficiente - irrigación y se eviten los trastornos nutritivos y necrosis, debe te nerse presente el recorrido de los vasos para que no sean seccionados y se originen hemorragias de consideración.
2. Buena visualización; el trazado debe permitir una perfecta visualiza- ción y no obstaculizar las maniobras operatorias.
3. Ser suficientemente extensa, para que descubra amplia y suficientemen te el campo operatorio y se eviten desgarramientos y torturas, no de ben realizarse incisiones económicas, algunos milímetros más no daña el proceso cicatrizal, naturalmente exagerar acarrea trastornos inúti les.
4. Un solo trazo, sin líneas secundarias para una buena adaptación y ci- catrización y evitar los ángulos que significan desgarres.

5. La línea de incisión debe reposar sobre hueso sano además de que los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo.

Variedades de Incisión.

1. Incisión de Wassmund.- con un bisturí de hoja corta se inicia la incisión a nivel del surco vestibular desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente este instrumento hasta el hueso, para seccionar mucosa y periostio. La incisión desciende (si es en maxilar superior) hasta medio centímetro, del borde gingival y desde allí evitando hacer ángulos agudos corre paralela a la arcada dentaria y se remonta nuevamente hasta el surco vestibular y terminando a nivel del ápice del otro diente, vecino al de la intervención.

2. Incisión de Newmann.- Análoga a la que se práctica en el tratamiento de las paradontosis, es la que se realiza en casi todos los casos, la incisión.- se inicia en el surco gingival continuando hasta el borde libre, festoneando el o los cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas y papilas gingivales; las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios, con esta técnica no debe realizarse en dientes que sean portadores de una corona de porcelana porque la retracción gingival puede dejar al descubierto la raíz.

3. Incisión de Partsch.- se realiza de una manera parecida a la técnica de Wassmund, con el bisturí se realiza la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, la

incisión en forma de arco va a llegar hasta el nivel del ápice del diente vecino del otro lado, a diferencia de la de Wassmund que insinúa ligeramente sus ángulos.

4. Festón de la bóveda palatina.- se realiza desprendiendo la fibromucosa del cuello de los dientes, es la incisión con la cual se obtiene el colgajo palatino para extraer caninos retenidos.

5. Incisión líneal.- ésta incisión sustituye a la incisión angular usada para la extracción de los terceros molares superiores e inferiores retenidos, se inicia un centímetro (aproximadamente) del borde distal del segundo molar llegando a éste y continuándose por el borde gingival, hasta llegar al borde mesial del primer molar.

4. MATERIAL DE SUTURA.

Con la realización de la sutura se llega al último tiempo operatorio, maniobra de sumo interes y de imprescindible necesidad. Hay quienes afirman que "la sutura primaria representa la más grande conquista pues gracias a ella la evolución de la herida es rápida, el tratamiento post-operatorio nulo y la cicatrización de la herida perfecta".

Se hace la sutura con pequeñas agujas atraumáticas, las que se manejan ayudados por el portaagujas respectivo.

Catgut.- material resorvible obtenido del intestino de oveja; compuesto de sustancias proteicas de fácil ataque proteolítico a cargo de los tejidos (de allí que sea resorvible) y se emplea en la ligadura de vasos o como elemento de sutura. Para los tejidos bucales es bastante rigido por lo dilatado de los tejidos gingivales y se lo emplea más en los planos profundos de las plásticas.

Seda.- El cirujano bucal utiliza muchos materiales. El más usado para cerrar heridas intrabucal es el hilo de seda negro, de tamaño apropiado. El hilo de seda negro estéril llena todos los requisitos de la sutura intrabucal; no irrita la lengua y su color se distingue perfectamente, para poderlo retirar fácilmente.

Hilos de lino.-El hilo negro tiene la ventaja de hallársele facilmente sobre la mucosa cubierta de fibrina en la hora de su extracción, pasados tres o cuatro días de la operación. Se emplea abundantemente por la ventaja de su bajo costo y fácil esterilización. Par nuestro uso se toma una capsula de Carpule vacia, se enrolla un trozo de dos metros, se coloca en un frasco de boca ancha y se somete a esterilización.

Nylon.- Material de distintos espesores aptos para suturas. Conviene tener agujas enhebradas con nylon en trozos de gasa. Se esterilizan con formol. El nylon es el material que menos lesiona la delicada trama gingival.

Para cerrar las incisiones intrabucales son preferibles los puntos separados a la sutura continua, pues los primeros pueden quitarse fácilmente sin perturbar toda la línea de sutura.

Las incisiones externas de la cara se cierran con material fino, generalmente con nylon 3-0 en una aguja sin ojo (menos traumático). Estas incisiones pueden cerrarse con puntos separados o punto de colchonero. La sutura subcutánea tiene ciertas ventajas estéticas, pero son inconvenientes cuando hay que hacer una incisión, para dejar salir un exudado seroso.

Ligaduras.- La ligadura de los vasos seccionados generalmente se hace con catgut sencillo. El grosor del catgut depende del calibre del vaso que se va a ligar. Los vasos pequeños pueden ser ligados con catgut número 2-0. Los vasos más grandes como la arteria facial externa, se ligan con catgut crómico. Para aproximar los músculos seccionados se utiliza el catgut número 3-0, el músculo seccionado puede aproximarse y suturarse por puntos separados o sutura continua según su localización.

Agujas.- La aguja curva de borde cortante, se utiliza en la sutura intrabucal. Hay diferentes numeraciones según la fábrica que las hace la aguja con borde cortante es preferible a la redonda lisa.

Métodos de sutura.

Sutura con puntos separados. Método de mayor uso en cirugía bucal consiste en realizar puntos independientes uno de otro: se perfora la fibromucosa del lado lingual a una distancia aproximada de 0.5 cm. del

borde de la incisión, la aguja recorre su trayecto perforando el colgajo bucal, se tracciona la aguja, se toman los extremos del material de sutura, se enfrentan los labios y se anuda cada punto estará a una distancia aproximada de 1 cm.

Sutura continua. método de sutura empleado en alveoloplastomías y preparaciones quirúrgicas amplias, se la inicia en un extremo de la arcada y se continua hasta el otro extremo o bien hasta la línea media.

Sutura festoneada..- variedad de sutura continua empleada en alveoloplastomías.

Punto capitoné..- en cirugía bucal tiene por objeto mantener un gran colgajo que cubra una cavidad ósea con fines plásticos; un trozo de oxicel se encarga de mantener fijo el colgajo y evita que se desplace.

Nudos.

El material de sutura para que no se desplace tiene que ser asegurado esto se logra mediante los nudos que pueden ser de dos clases:

a) simples y b) de cirujano.

a) simples .- éstos pueden ser realizados con las manos las cuales no son muy seguros.

b) de cirujano.- se logran por un doble entrecruzamiento del primer segmento del nudo simple.

Utilización del portaagujas; ya hecha la perforación de los dos labios de la herida, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el cabo -

que tiene la aguja se lo apoya en el instrumento y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo del portaagujas, se abre ligeramente, el instrumento toma entre sus mordientes el cabo libre, se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y el cabo libre pase entre ellas, se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

5. HEMOSTASIS.

Para comprender y analizar el tratamiento de las hemorragias dentarias, conviene establecer una clasificación de los problemas que intervienen.

En esencia sólo existen dos tipos de hemorragias.

El primer tipo proviene de capilares, arteriolas y vénulas; puede ser primaria o secundaria y se produce espontáneamente o por traumatismos - diversos, incluyendo el quirúrgico. Generalmente es moderado o leve y no causa problemas a menos que se prolongue mucho. Puede resultar de alteraciones en el mecanismo de coagulación, de tipo adquirido o congénito o de la acción de drogas. En ocasiones sólo se debe a un trastorno - mecánico del lecho vascular.

En el segundo tipo intervienen los vasos mayores, tanto arterias como venas. La hemorragia puede ser inmediata o mediata, aunque generalmente es primaria y se debe casi siempre a accidentes o traumatismos quirúrgicos; rara vez aparece en forma espontánea. La pérdida de sangre es siempre seria y puede ser muy grave si no se corrige inmediatamente.

1. Tratamiento.

No se conoce ninguna droga que sea capaz, por si sola, de prevenir o corregir las complicaciones hemorrágicas y de asegurar la hemostásis. Muchas de ellas se utilizan empíricamente, sin bases fisiológicas completas, en problema que, en su mayoría, pueden controlarse satisfactoriamente con medios locales. El tratamiento de la hemorragia puede ser de dos tipos general y local.

Tratamiento General. El tratamiento puede ser por medios físicos, químicos y biológicos. Transfusión de sangre total aunque existe el peligro de reacciones alérgicas o de transmitir una hepatitis sérica, la transfusión de sangre fresca es uno de los tratamientos más efectivos contra las hemorragias por deficiencias importantes en los factores de la coagulación.

Plasma.- Se utiliza principalmente para restablecer la volemia en los casos de gran pérdida sanguínea. El plasma no contiene elementos que sean sistemáticamente eficaces para la hemostásis, pero puede servir para ciertas discracias, como ocurre en la hemofilia.

Expansores del plasma.- Sólo se usan para restablecer la volemia y carecen de efecto directo sobre el mecanismo de coagulación, los más utilizados son los dextranes.

Fibrinogeno.- Este factor puede aislarse junto con otras fracciones de las proteínas plasmáticas, ha sido utilizado con resultados satisfactorios para corregir deficiencias específicas. En hemofílicos por ejemplo, Gamble preconiza el uso de fibrinogeno plasmático coagulable que contiene factor VIII. esto se logra mediante técnicas de congelamiento y fraccionamiento, por las cuales se concentra el factor VIII y se puede administrar en un volumen muy pequeño (10 ml.). La cantidad de globulina antihemofílica que normalmente se encuentra en varios litros de sangre total. El método permite en consecuencia, realizar un tratamiento efectivo sin el peligro de aumentar excesivamente la volemia del paciente.

Vitamina K.- la vitamina K promueve la síntesis hepática de protrombina la administración de este agente por vía oral o parenteral debe reservarse para los dos casos en los cuales se ha certificado una disminución en el nivel de protrombina. La deficiencia de vitamina K solo se hace evidente en casos de alteración de la flora bacteriana (antibióticos, etc.) que producen una disminución franca de la síntesis, o cuando el aporte dietético es nulo. La enfermedad hepática avanzada puede causar hipoprotrombinemia, que muchas veces no responde a la administración de vitamina K. Por otra parte esta vitamina no debe darse a pacientes bajo tratamiento anticoagulante sin consultar previamente con el médico tratante. Es conveniente en cambio, administrarla con fines profiláticos en los pacientes con nivel de protombina algo disminuido y sin tratamiento anticoagulante.

Las deficiencias de protrombina pueden ser congénitas o adquiridas; las primeras no responden a la vitamina K, mientras que las segundas si lo hacen. La vitamina K no es hidrosoluble y se presenta bajo la forma de emulsión para administración intramuscular o intravenosa. Los preparados hidrosolubles no requieren la presencia de sales biliares para ser absorbidos y utilizados.

Vitamina C.- se utiliza para mantener la integridad capilar. Es hidrosoluble y el organismo la excreta con rapidez, de manera que su concentración disminuye francamente en presencia de deficiencias dietéticas; esto puede ocurrir, por ejemplo, después de extirpar los cuatro terceros molares impactados, hecho que debe tomarse en cuenta e instituir la

profilaxis adecuada. Se la administra a razón de un mínimo de 500mg. diarios y se recomienda comenzar el tratamiento un día antes de la intervención y prolongarlo hasta 5 días después.

Estrógenos.- Los estrógenos se han usado en mujeres, con resultados satisfactorios, a veces espectaculares, para controlar la hemorragia capilar o mecánica. Carecen de efecto en las hemorragias por deficiencia de factores de coagulación. En ocasiones se les utilizan asimismo, para el tratamiento de epistaxis y hemorragias gastrointestinales. Algunas evidencias indican que los estrógenos administrados por vía intravenosa, producen un rápido aumento de la protombina circulante y de las globulinas aceleradoras y disminuyen la actividad antitrombínica de la sangre. Teóricamente estos cambios tienden a aumentar la coagulabilidad, por lo cual parece razonable utilizarlos en las hemorragias espontáneas, se considera que una dosis única de 20 mg. de estrógenos conjugados (premarín) por vía intravenosa, manifiesta un efecto notable; generalmente no se da más de una dosis. El premarin ha sido empleado satisfactoriamente para controlar hemorragias extensas o hemorragias venenosas importantes.

Tratamiento Local.

- 1.- Adrenalina, este agente en aplicación tópica al 1.100 mediante un algodón o gasa o en inyección local al 1.50,000 es transitoriamente eficaz, pero los efectos son reversibles. Esta última vía no debe emplearse en pacientes con hipertensión grave o con enfermedad cardiovascular, puesto que su absorción puede ser muy peligrosa. Por otra parte y particularmente si se exponen grandes superficies de

la boca la aplicación tópica al 1.1000 también puede ocasionar efectos - tóxicos importantes. La adrenalina detiene rápidamente la hemorragia, acción transitoria que generalmente dura lo suficiente como para que se forme un buen tapon mecánico en la luz del vaso. No obstante el paciente debe ser controlado cuidadosamente una vez que ha desaparecido el efecto vasoconstrictor, dado que el desprendimiento del coágulo puede reanudar la hemorragia. Si bien se trata de una sustancia fisiológica, la adrenalina es muy poderosa y ha ocasionado serias reacciones de hipersensibilidad por aplicación tópica.

2. Solución de Monsel.- los tópicos con solución de subsulfato férrico - precipitan las proteínas y pueden utilizarse en zonas de hemorragia capilar. Es relativamente inofensiva para los tejidos y rinde buenos resultados en los taponamientos de extracción, particularmente a nivel del hueso medular.

3. Trombina.- se aplica de manera similar y actúa como agente hemostático en presencia del fibrinógeno plasmático. Nunca debe inyectarse. Muchos odontólogos la recomiendan en aplicación tópica porque actúa fisiológicamente, favoreciendo un proceso normal sin alterar la integridad de los tejidos.

4. Veneno de vibora Russel (Stypven) se presenta en ampollas de 5 ml. es un preparado de tromboplastina que se aplica en forma similar a los anteriores y que promueve la formación del coágulo sanguíneo.

.. La solución de Monssel, el veneno de vivora Russel y la trombina de ben usarse unicamente sobre gasa simple o yodoformada, algodón o espuma de gelatina (gelfoam), y no sobre celulosa oxidada (oxicel); con esta última, forman un compuesto ácido que los vuelve completamente inactivos deben tomarse ciertos recaudos cuando se necesita un efecto de presión. La espuma de gelatina blanca cuando está saturada y por tanto ineficaz como agente de compresión; no obstante tiene la ventaja de ser absorvible.

5. Acido tánico.- el ácido tánico, envuelto en un saquito similar a los de té, precipita las proteínas y favorece la formación del coágulo. Es Mejor aplicarlo haciendo morder el saquito (seco o apenas húmedo) durante 5 minutos, repitiendo la operación hasta tres veces si es necesario. No debe permitirse la acumulación de saliva durante el procedimiento. Se lo utiliza de preferencia como tratamiento casero, dado que se dispone de otros tratamientos más eficaces para el consultorio.

6. Espuma de gelatina (gelfoam).- es una esponja de gelatina que se reabsorve en 4 o 6 semanas y que destruye la integridad plaquetaria para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme.

7. Celulosa oxidada (oxicel).- ésta sustancia libera ácido celulosíco, - que tiene gran afinidad con la hemoglobina y da origen a un coágulo artificial. Se reabsorbe en aproximadamente 6 semanas. Su acción no aumenta con el agregado de trombina u otros agentes hemostáticos, dado que éstos son destruidos por la elevada ácidos del material.

8. Celulosa oxidada y regenerada (surgicel) presenta alguna ventaja sobre el preparado anterior: la almoadilla de gasa es más resistente y se adhiere más y sus derivados ácidos no inhiben la hepitelización. Puede emplearse en consecuencia, sobre superficies epiteliales.

Se presenta bajo la forma de una cinta gruesa o en frascos con trozos pequeños.

9 . Hielo.- la aplicación local de hielo, con intervalos de 5 minutos durante las primeras 4 horas, puede reducir la intensidad de una hemorragia. Sin embargo algunos autores lo consideran un método totalmente ineffectivo. Los estudios termoelectricos realizados en la superficie cutánea, han demostrado que la piel es muy eficaz como material de aislamiento, y que la aplicación de hielo no modifica la temperatura a nivel de las capas subdérmicas, no obstante el recurso puede ser eficaz en algunos pacientes.

10. Electrocauterización.- en buen número los casos de hemorragias de cierta magnitud pueden controlarse por electricauterización para lo cual se emplean dos procedimientos:

a. en algunos casos la cauterización es indirecta, se toma el vaso con una pinza hemostática y se toca con el instrumento electrico, de tal manera precipitan las proteínas en la herida y el vaso se ocluye por acción del calor generado en la punta de la pinza.

b. un procedimiento más común es cauterizar directamente los pequeños vasos que sangran, lo cual coagula la sangre y las proteínas de la zona así se detiene la hemorragia en los sitios muy vascularizados.

No es prudente esperar que la cauterización reemplace a la sutura en el caso de vasos grandes. Si las condiciones son apropiadas, sin embargo, el método es muy eficaz para controlar la hemorragia.

Procedimientos mecánicos.

Incluyen la aplicación de cualquier tipo de fuerza capaz de contrarrestar la presión hidrostática del vaso sangrante, hasta tanto se haya formado un coágulo.

1. Comprensión.- la hemorragia puede controlarse, generalmente, si se hace morder una gasa o una esponja seca colocada directamente sobre la zona sangrante.

2. Taponamiento del alveólo.- a veces es necesario taponar la cavidad a presión, mediante una esponja o una gasa, para que la tensión intraalveolar detenga la hemorragia. El método solo es aplicable en casos de hemorragias óseas, y en ocasiones debe procederse a la sutura para mantener la gasa en el lugar. El taponamiento no debe dejarse hasta que esté totalmente empapada en sangre o saliva, sino que se cambiará con frecuencia para no interferir con el mecanismo de coagulación.

VI PRE-OPERATORIO, TRANS-OPERATORIO, POST-OPERATORIO.

PRE-OPERATORIO.

A excepción de las operaciones de urgencia, toda intervención quirúrgica que se efectúe en el organismo exige un mínimo de indicaciones y cuidados previos a fin de poner a éste en las mejores condiciones para soportar exitosamente la intervención. En cirugía bucal por tratarse generalmente con pacientes con una afección local los cuidados van a ser más simples pero no por eso menos importantes, porque la preparación previa enfoca al organismo en su totalidad, y es como la definiera ARCE: "La apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo, y en caso contrario, tomar las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o sea reducido a su mínima expresión".

Cuando el paciente nos refiera que tiene una afección ajena a nuestra especialidad lo debemos canalizar primeramente con el médico de esa especialidad para que posteriormente podamos atenderlo dentro de nuestra área.

Primeramente elaboraremos nuestra historia clínica y de aquí partiremos a realizar nuestros cuidados preoperatorios los cuales se clasifican en generales y locales.

La antibióterapia como medida preventiva, antes de la intervención es una medida útil que se emplea en la actualidad. La terapéutica debe ser siempre en forma individual para cada paciente ya que nos debemos basar tanto en el ti-

po de padecimiento del paciente, como conformación, peso, estatuta, etc.

Medidas generales.

Se debe efectuar una evaluación del estado de salud del paciente (historia - clínica). El examen comprenderá la anamnesis, el examen físico y los métodos auxiliares (laboratorio, radiología, etc.)

Cuando hay alguna duda en la historia clínica obtenida, los exámenes de laboratorio son útiles para establecer el diagnóstico, así tenemos: el examen general de orina, tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, biometría hemática, química sanguínea, además de los estudios de RX, como son: radiografías periapicales, oclusales topográficas, laterales, etc.

Cuando se han presentado algunos inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla.

Uno de los motivos más comunes de hemorragia es la extracción dentaria en pacientes predispuestos y debemos ahondar sus antecedentes hemorrágicos como gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, exesiva salida de sangre ante traumatismos leves, fácil producción de hematomas, equimosis y petequias.

Medidas locales.

Estado de la cavidad bucal.- Además del diagnóstico de la patología que motiva la intervención, debe hacerse el examen completo de la cavidad bucal, así la existencia de patología bucal agregada impondrá sus propias limitaciones

o prioridades para el tratamiento.

Las afecciones en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican toda operación en esta región, por el peligro que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio para el operador.

La cavidad bucal deberá reunir condiciones óptimas de limpieza y desinfección, ya que no de esterilización. El tartaro y los restos radiculares serán removidos y los dientes con caries; obturados, siempre que no constituyan el objeto principal de la operación.

Aún en estado normal debe lavarse cuidadosamente la boca con una solución de agua oxigenada en atomizador y el lugar de la incisión se pincelará con tintura de merthiolate.

Con estas medidas antisépticas la cavidad bucal queda en condiciones óptimas y se disminuyen los riesgos y complicaciones.

TRANS-OPERATORIO.

Tiempos operatorios.

Dieresis de los tejidos, operación propiamente dicha y síntesis de los tejidos son los tiempos operatorios habituales de la cirugía general.

La cirugía bucal, por la índole del terreno en que actúa, adquiere una modalidad particular que hace que deban considerarse por regla general otros tiempos que son:

1. Incisión y desprendimiento del colgajo.
2. Osteotomía y osteotomía.
3. Operación propiamente dicha.
4. Tratamiento de la cavidad ósea.
5. Sutura.

Los diferentes tipos de incisiones fueron descritos anteriormente.

Desprendimiento del colgajo.

Colgajo es el trozo de mucoperiostio limitado por dos incisiones o la superficie de una incisión arqueada.

Hay un tipo de incisión que no se traza en pleno tejido gingival sino que se realiza desprendiendo la fibromucosa del cuello de los dientes; es la incisión con la cual se obtiene el colgajo palatino para extraer caninos retenidos.

Realizada la incisión se coloca entre los labios de la herida o entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra, una espátula (de Freer) o un periostótomo, tomándolo de la misma manera que bisturí se apoya contra el hueso y con suaves movimientos de lateralidad girando la espátula se desprende el colgajo de su inserción, elevando fibromucosa y periostio.

La pinza de disección de dientes de ratón ayuda a preparar el colgajo y a coaptarlo en la sutura, se usa en la preparación de colgajos grandes.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria -

ria.

El colgajo palatino a fin de que no impida ver el objeto a operar se fija a los dientes vecinos con hilo de sutura.

No todos los colgajos vuelven a su lugar de origen en ciertas plásticas el colgajo puede deslizarse e ir a ocupar otras regiones para cubrir perforaciones buconasales o bucosinusales, en estos casos deberá darselé al colgajo una base lo suficientemente ancha para que su nutrición no resulte perturbada.

Osteotomía y Ostectomía.

Osteotomía.- parte de la operación que consiste en cortar el hueso.

Ostectomía.- extracción del hueso que cubre el objeto de la operación.

Este tiempo operatorio se realiza con escoplo, pinzas gubia y fresas.

Operación propiamente dicha.

Con la ejecución del tiempo objeto de la operación que puede ser por ejemplo la extracción de un diente retenido, de un granuloma en una apicetomía, de un quiste dentario, se cumple la finalidad misma de la intervención quirúrgica.

La operación propiamente dicha como es fácil comprenderlo, de ningún modo puede realizarse saltando los tiempos operatorios que la preceden ni queda debidamente asegurada si no es seguida del tratamiento de la cavidad ósea y en su caso de las suturas necesarias.

Tratamiento de la cavidad ósea.

Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, bien porque el hueso está afectado, o porque la índole de la operación así lo exige, para evitar hemorragias o dolores post-operatorios. Esto se realiza por medio de los apósitos.

El fin primario del apósito es mantener el campo quirúrgico libre de infección. En segundo lugar los apósitos sostienen la incisión la protege del trauma y absorben el exudado, además de utilizarse como drenaje o como vehículos para llevar medicamentos, calmantes, etc., el sitio operado.

Medicamentos.- se emplean distintas preparaciones indicadas para el tratamiento o terapéutica especial para cada afección, se pueden emplear cementos quirúrgicos, lavajes con soluciones anestésicas o antisépticas, pastas de distintas formulas.

Gasas con medicamentos.- se utilizan tiras de gasa estéril de 1 a 2 cm. de ancho, puede ser gasa sola o impregnada con medicamentos, se usa para taponar cavidades de distinto volumen; alveolos postextracción, cavidades de quistes o tumores.

Drenaje.- hay afecciones que exigen la comunicación por tiempo variable, de la cavidad ósea con el exterior. Tal comunicación se realiza con drenes de gasa, goma o penrose.

las lesiones menores, como mordeduras, quemaduras y cirugía limitada, curan sin tratamiento en una boca limpia. Las laceraciones grandes y colgajos quirúrgicos requieren colocación adecuada y aproximación, suturando o fijando de alguna manera los tejidos dañados. Las áreas denudadas dentro de la boca son extremadamente dolorosas hasta haberse producido granulación y recubrimiento al curar. En este periodo de curación corto pero doloroso el apósito puede ser benéfico, estos apósitos tienen gran uso especialmente en la cirugía posperiodontal en que el área denudada se cubre no sólo para aliviar el dolor post-operatorio sino también para controlar el contorno gingival adecuado. Muchos apósitos combinan un medicamento con otras sustancias que producen fraguado de tipo cemento. La medicación generalmente es un calmante para aliviar localmente el dolor. El cemento frecuentemente comprende combinaciones de óxido de zinc, resinas en polvo y gomas mezcladas con ácido tánico. Los barnices que forman una película protectora sobre las áreas denudadas también son útiles para aliviar el dolor y retener los coágulos. Tan sólo unas horas de apósito tópico hacen soportar al paciente el periodo más doloroso y da protección para que se continúe la curación de la herida en la que ya se está formando tejido de granulación.

Substancias usadas para la obturación de cavidades óseas en la cirugía bucal.

Thoma sostiene que "El desarrollo de un método que permite que las heridas dejadas por las extracciones dentarias sean cerradas con seguridad, es una de las necesidades más importantes en cirugía bucal", y deben tenerse en cuenta tres factores:

1. por lo difícil que es lograr y mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos, se necesita un agente bactericida y bacteriostático.
2. porque la hemorragia secundaria es común durante las primeras 24 horas y se necesita un agente hemostático local para prevenir equimosis o hematomas.
3. como prevención del desprendimiento de un coágulo demasiado grande, debe lograrse un agente obturador de espacio.

Después de varias investigaciones con distintos medicamentos se llegaron a las siguientes conclusiones:

la penicilina es un medicamento que colocado dentro de los alveólos o cavidades óseas contribuye en alto grado al mejoramiento de las condiciones locales post-operatorias.

el uso de la fibrinfoam (espuma de fibrina), para la prevención de hemorragia post-operatoria tiene una formal indicación en cirugía bucal. En hemofilia y en sujetos hemorrágicos se obtienen óptimos resultados, extraordinarios al combinarse con la trombina.

el oxichel, hemostático y obturador (ácido orgánico) es un medicamento excelente en la intervención de quistes y tumores.

gelfoam (esponja de gelatina, derivado de la fibrina) de por sí o como vehículo de medicamentos es valioso y de gran campo de acción.

trombina; se emplea con algunos de los medicamentos citados con los cuales en general no presenta incompatibilidades.

la administración de antibióticos como prevención de las complicaciones post-extracción y como un escudo para la organización del coágulo (que es el mejor material para la obturación de la cavidad ósea), tiene la indicación que la intervención quirúrgica debe realizarse cuando el antibiótico alcanza su curva más elevada, por regla general 45 min. después de que ha sido administrado.

Suturas .

la sutura es la maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión. Sólo excepcionalmente tomamos con la mano las pequeñas agujas, se usa para tal cometido portaagujas.

En cirugía bucal se inicia la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y termina en la bucal, en las incisiones en una sola cara la aguja debe ser dirigida de lo más complicado a lo más simple, esto es de distal a mesial.

La aguja perfora la fibromucosa, asoma entre los labios de la herida y tras perforar nuevamente la mucosa esta vez del colgajo opuesto aparece en la superficie, se tracciona la aguja se pasa del lado opuesto y se hace el nudo, este procedimiento no siempre es aplicable en cavidad bucal y la maniobra debe efectuarse en dos tiempos; en el primero la aguja atravieza el colgajo palatino o lingual y aparece entre los labios de la incisión, la

aguja recorre su trayecto y de ahí toma el portaagujas para atravesar el otro labio de la herida (de dentro a afuera) y es traccionada por el portaagujas.

POST-OPERATORIO.

Conjunto de medidas, precauciones y técnicas 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 y colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Mead opina que el tratamiento post-operatorio es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto así que la vigilancia cuidadosa y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, pueden modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados post-operatorios deben referirse a la herida misma, al campo operatorio y al estado general del paciente, estos se clasifican en locales y generales.

Tratamiento local.

Higiene de la cavidad bucal.- terminada la operación será irrigada con una solución tibia de agua oxigenada con un atomizador que limpiará y eliminará, sangre, saliva y otros restos que puedan depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, espacios interdentarios, ya que estos restos entrarán en descomposición y aumentan la flora bacteriana.

Cuidados de la herida.- si evolucionan normalmente no necesitan terapéutica ya que un alveólo que sangra y se llena con un coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores, despues del segundo día será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio. Si hay que extraer los puntos de sutura se hará al cuarto o quinto día (la sutura puede en un momento dado actuar como cuerpo extraño, por lo tanto se pueden retirar a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas después de la intervención).

Extracción de los puntos de sutura.- con una torunda empapada en merthiolate se desinfectará la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectada. Con unas pinzas se toma un extremo del nudo traccionandolo y se corta el hilo de tal manera que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos. Cuando el nudo se encuentra alojado en el fondo de un embudo (por hipertofría de los tejidos) con cuidado y delicadeza se elimina el punto.

Las suturas festoneadas o continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta.

Tratamiento general del paciente.

Dicho tratamiento se refiere a la vigilancia del pulso, la tención arterial, alimentación y medidas terapéuticas (vacunoterapia, tratamiento de hemorragias, administración de sueros, transfución sanguínea, tratamiento de shock).

Instrucciones para los pacientes.- Al paciente deben darsele instrucciones precisas respecto a los cuidados que ha de tener en su casa: enjuague, ali-

mentación, tratamiento con antibióticos, estas se deben dar por escrito.

Complicaciones de la operación.

Las complicaciones pueden ser locales y generales y el propósito del cirujano dentista es prevenirlas.

Complicaciones locales.

Hemorragia.- en el transcurso de toda operación la hemorragia es un suceso - lógico, la disminución va a estar dada por los vasoconstrictores del anestésico; cohibir la hemorragia durante la operación es obra de la hemostasia. La hemorragia post-operatoria es la que se presenta inmediatamente después de la operación inmediata o un tiempo después; mediata.

El control de la hemorragia primera se hará con dos métodos; ligadura del vaso, arteria o vena y por medio de compresión ; algunas gasas para aumentar - la hemostasia pueden ir impregnadas de trombina, tromboplastina, adrenalina, etc.

Hemorragia secundaria.- se realiza por métodos locales y generales.

Locales.- se lava la región con agua tibia para retirar los restos del coágulo, la hemostasis se realiza por medio de taponamiento con gasa, la cual debe mantenerse por lo menos durante media hora.

Generales.- según la cantidad de sangre perdida será el estado del paciente.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión arterial) administrando tónicos cardiacos y se repondrá la sangre perdida por medio de suero glucoso, - transfusión sanguínea.

Hematoma.- accidente frecuente que escapa la mayor parte de la veces a nuestras mejores previsiones y que consiste en la entrada, difusión o depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar, escalofrios y fiebre. El hematoma despues de un tiempo variable y con suma lentitud se reabsorve, cuando supura se trata como un absceso. El hematoma puede originarse también por desgarrro o ruptura de un vaso en las maniobras de la anestesia.

Infección.

A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio no es común la in-fección, estas pueden presentarse después de una operación y pueden ser en forma ligera o de intensidad considerable. El proceso infeccioso post-operatorio más común es la alveolitis.

Dolor.- el dolor post-operatorio, será tratado por medio de análgescicos o fisioterapia.

Complicaciones Generales.

Entre estas entra el shock, que es la complicación más inmediata y debido a su complejidad y dificultad sólo se enunciaran los más frecuentes.

1. shock quirúrgico.
2. shock neurogénico.
3. shock anafiláctico.

Por lo general en nuestras intervenciones es raro que se presenten solo en algunas ocasiones se presentan lipotímias de intensidad variable, originadas principalmente por el miedo a la intervención.

Cuadro clásico de lipotimia.

1. comienza a palidecer.
2. sudoración en la frente.
3. respiración ansiosa.
4. fijación ocular.
5. nariz afilada.
6. disminución del pulso.

Esta situación se mantiene por breves minutos y el tratamiento será de la siguiente manera:

- se suspende la intervención.
- se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el cuerpo (para combatir la anemia cerebral).
- se le administrará oxígeno 100% y vasoconstrictores por vía intramuscular.

también la pinza de Kocher o la atraumática de Chaput (mosquito), las pinzas de dientes de ratón poseedoras de tres dientecitos que engranan entre sí sostienen firmemente el colgajo.

Instrumentos de galvano y termocauterio; (radiobisturí o electrótomo): permiten la sección de los tejidos gingivales, abrir abscesos o destruir los capuchones del tercer molar.

Legras, periostótomos, espátulas romas; se usan para la separación y desprendimiento en la preparación del colgajo, pueden emplearse pequeñas legras, los periostótomos de Mead o la espátula de Freer. Pueden usarse espátulas rectas o acodadas para sitios de difícil acceso y para despegar las bolsas de los quistes del hueso.

Separadores; son utilizados para separar los labios o los colgajos sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los de Farabeuf de extremos acodados y los de Volkmann y para separar el colgajo en la extracción del tercer molar inferior el angular con uno de sus extremos dentado que se insinúa debajo de los tejidos.

Instrumentos para la sección quirúrgica (osteotomía) y aún la resección (osteotomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención además de usarse en la odontosección.

El escoplo es una barra metálica con un extremo cortado a bisel y convenientemente afilado, actúa a presión manual o accionado a golpes de martillo.

La hoja puede ser recta o ahuecada en media caña.

Martillo, consta de una masa y un mango que permite esgrimirlo con facilidad.

Martillo automático, es como el escoplo pero tiene el sistema de amartillar en un solo instrumento que se maneja con una sola mano. Se usa también para la odontosección.

Pinzas gubias, se usan en la resección del hueso y se pueden utilizar las rectas o curvas que actúan extrayendo el hueso por mordiscos previa preparación de una puerta de entrada (con escoplos). Se eliminan también con ellas bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Fresas, el empleo de la pieza de mano en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad, la fresa puede sacar el hueso de por sí o abrir camino a otros instrumentos. Cuando son usadas con cuidado son sencillas en su uso y sin inconvenientes. Deben actuar siempre bajo un chorro de suero fisiológico u otra solución.

Limas para hueso, se usan para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

Pinzas para tomar algodón, gasas, etc., para limpiar el campo operatorio. -
Las hay rectas o en forma de bayoneta.

Pinzas de Kocher, estas o su similar (Halsted) se usan como sostenedoras de colgajo o para tomar bolsas quísticas trozos de hueso o de dientes del interior de una cavidad.

Cucharillas para hueso, para eliminar del interior de la cavidad ósea, colecciones patológicas, granulomas quistes etc., las hay rectas y acodadas. La parte activa puede ser de forma y diametro distinto.

Pinzas para extracciones dentarias, son los instrumentos indicados para la exodoncia.

Elevadores, son los instrumentos que basados en principios de física tiene aplicación en exodoncia, con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias. Constan de un mango, el tallo y la hoja, para la práctica de la exodoncia se han diseñado un número extraordinario de elevadores con distinta función. Winter diseñó doce tipos de elevadores los cuales se consideran sus formas más que necesarias para la práctica de la cirugía.

Agujas para sutura, la sutura es una parte sumamente importante de las intervenciones. Las agujas las hay sencillas, curvas o rectas de pequeñas dimensiones. Las agujas son de dos tipos; cóncavo-convexas en el sentido de sus caras y cóncavo-conexas en el sentido de sus bordes. Se prefieren las primeras por dejar la herida en la mucosa paralela al aborde de la incisión (sin desgarrarla).

Portaagujas, como las agujas son pequeñas, no se pueden dirigir solo con la mano. Se usa el portaagujas para hacer más práctico y preciso el uso de la aguja, tal instrumento es una pinza que toma a la aguja en el sentido de su superficie plan y la guía en sus movimientos.

Sondas; se usan para diagnóstico o fines quirúrgicos, como guía en el curso de una apicetomia, para drenar tejidos ya abiertos por bisturí, para investigar secuestros, cavidades óseas.

Instrumentos para drenaje.

Drenaje por tubos, de empleo restringido en cirugía bucal, se limita a cier-tos casos, drenaje de focos de osteolielitis y abscesos óseos.

Se puede emplear con identicos fines un trozo rubber-dam, se corta una ti-ra y se enrrolla sobre sí misma.

Drenaje por gasa, una tira de gasa con los bordes doblados permite drenar cavidades y puede alcanzar efectos medicamentados si se le impregna. Las hay ya impregnadas; yodoformada, xeroformada.

VIII FRENILECTOMIA.

Frenilectomia: eliminación completa del frenillo incluso su inserción al hueso subyacente.

Frenotomía o frenectomía.- eliminación parcial del frenillo.

La frenectomía o frenotomía.- se efectúa generalmente junto con otros procedimientos terapéuticos periodontales pero en ocasiones se realiza como intervención separada.

Indicaciones para la frenilectomía.

La frenilectomía está indicada cuando se presente algún problema como:

Hacer tracción del margen gingival sano (favoreciendo la acumulación de irritantes).

Puede separar la pared de la bolsa paradontal y agravar su estado.

Para realizar la frenilectomía del frenillo labial, se le considera desde dos puntos de vista, ortodóncico y protésico.

Punto de vista ortodóncico.- el frenillo labial puede citarse entre las causas del diastema interincisivo.

Anatomía.- el frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de

la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos no terminan a este nivel, sino que descienden hasta el borde alveolar, rodean este y van a terminar en la papila interdental en la bóveda palatina.

Formas:

Algunos autores reconocen tres tipos de frenillos:

- a) frenillo de tipo alargado pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.
- b) frenillo en forma de triangulo, cuya base coincide con el surco gingival.
- c) frenillo triangular de base inferior.

Los diversos tipos de frenillo ocasionan distintas anomalías que son:

Los frenillos del tipo "a" ocasionan un diastema caracterizado porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.

Los frenillos tipo "b" originan un diastema en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.

Los frenillos de tipo "c" originan un diastema en el que los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.

Punto de vista protético.

El frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis com

leta y desplazar a ésta en los movimientos del labio.

Lo mismo ocurre con el frenillo lingual (anquiloglosia), que puede ocasionar además trastornos en la fonación y deglución, y para solucionarlos no se tiene otro medio que el quirúrgico.

Oportunidad de la extirpación del frenillo.

Por razones ortodóncicas y protéticas, el frenillo labial debe extirparse; en la edad juvenil para el tratamiento ortodóncico, en la edad adulta con fines protéticos.

La mejor época en que debe ser operado el frenillo, según opinión actual de cirujanos y ortodoncistas, es después de la erupción de los caninos permanentes, ya que muchos frenillos desaparecen o disminuyen su volumen por la presión ejercida por los caninos.

Técnicas,

Federspiel propone este método:

Previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo - que quede tenso el frenillo, con un bisturí de hoja corta se circunscribe a manera de ovalo la base en abanico (frenillo triangular de base inferior) a derecha e izquierda del frenillo, llegando en profundidad hasta el hueso no seccionando la extremidad alveolar la que escarifica con galvanocauterío. La porción circunscripta se toma con una pinza y se despeja el tejido, los bordes de la herida se reúnen con dos o más puntos de sutura.

L'Hirondel y Aranowicz.

Esta técnica se realiza en cuatro tiempos:

- a) se tensa el frenillo que adquiere una forma triangular de base superior y vértice inferior, se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura, la sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.
- b) la herida hecha por la tijera puede ser descompuesta en dos triángulos - reunidos por su base a nivel del surco vestibular.
- c) se reseca a bisturí el cordón fibroso y se extirpa, la base de inserción se cauteriza.
- d) se sutura con hilo o seda con tres o cuatro puntos que reúnen los labios de la herida.

Es conveniente en ésta como en otras técnicas despegar la base de la encía a los costados de la incisión para afrontar los labios y la sutura no provoque tensión y se pueda pasar la aguja con mayor facilidad.

Wassmund.

Tiene dos operaciones para la resección del frenillo.

- I. despegamiento plástico del frenillo; se hace una incisión a ambos lados del frenillo de modo que los extremos inferiores se junten por debajo del vértice del frenillo. Las capas mucosa y submucosa son separadas del periostio, dejando una capa de submucosa sobre periostio para las manio-

bras posteriores. Se adapta el colgajo triangular obtenido de manera que el frenillo no actúe y se fija en este sitio por sutura.

II. Wassmund propone una ostectomia interincisiva, después de la operación - uno se incide el periostio y la delgada capa de submucosa y se separan del hueso, se practican pequeños orificios circunscribiendo el hueso a resecar y se elimina con escoplo, se vuelve el periostio a su sitio y se sutura, se protege con un trozo de gasa yodo o xeroformada ya que la mucosa y la submucosa fueron elevadas.

Mead.

Su técnica se realiza practicando una incisión bordeando al frenillo y llegando hasta hueso, se separa el frenillo de su inserción con una espátula y se secciona en su límite superior, los labios son reunidos con sutura en tres direcciones.

En casos en que el frenillo labial desborda el límite bucal, rodee la arcada y se inserte a la altura de la papila palatina, se traza la incisión prolongándola hacia la cara palatina entre los incisivos es disecado como ya fue señalado y se sutura.

Para evitar la hemorragia que se origina por la incisión esté puede tomarse con pinzas de Kocher (mosquito) una en el límite superior del frenillo vecino al labio, la otra paralela y adosada al hueso en su porción de inserción ósea, el frenillo es resecado por dentro de estas pinzas que no se retiran hasta después de la sutura.

En la preparación quirúrgica de los maxilares, con fines protéticos, la resección es una maniobra de rutina y se propone una operación que modifica la inserción del frenillo labial sin necesidad de su exéresis y se aplica tanto a las bridas laterales como al frenillo labial.

En un desdentado total con su frenillo insertado sobre la arcada alveolar - que se opone a la retención de la prótesis total se practican dos incisiones paralelas a cada lado del frenillo, otra incisión perpendicular a las dos primeras completa el colgajo. Desprendido el colgajo se ubica donde no sea un obstáculo para la protésis y se fija con dos puntos de sutura a cada lado. El tejido de periostio descubierto se protege con gasa yodoformada.

Frenillo Lingual.

El frenillo lingual, elemento patológico frecuente, se caracteriza por ser un sólido cordón que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su tercio apical, recorre el tercio anterior de este aparato y se vuelve hacia adelante insertándose en la línea media de la mucosa del suelo de la boca el extremo anterior del frenillo lingual toma asiento en la cara lingual del maxilar inferior y en el borde de la arcada, esto significa - que este extremo esta colocado entre los incisivos centrales, en algunas - oportunidades el frenillo aloja un paquete vascular cuya sección y consi - guiente hemorragia hay que prevenir.

Origina el frenillo lingual dos problemas; la fijación de la lengua al piso de la boca.

(anquiloglasia) y el diastema intercinsivo. Los pacientes con el primer problema tienen dificultades en la deglución y fonación, los movimientos de la lengua están disminuidos. En los intentos de movilización la lengua adquiere una forma elicoidal, resecados los frenillos se solucionan los problemas mencionados.

Técnicas de la operación del frenillo lingual.

Es simple y definitiva, se toma el elemento con una pinza de disección para facilitar su resección (previa anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo en todo su recorrido). Es útil maniobra pasar un hilo a nivel del extremo distal del frenillo y anudarlo para prevenir hemorragias del paquete mencionado, también para traccionar y levantar el frenillo, que junto con la pinza de disección se presentará al bisturí. Este instrumento, secciona el frenillo en ambos lados y en toda su extensión.

IX GINGIVECTOMIA.

Gingivectomia.- Es la excisión de la pared blanda de la bolsa.

Esta técnica se debe hacer o realizar en dos tiempos.

1. Eliminar la encía enferma.
2. Raspado y alisado de la superficie radicular.

La eficacia de la gingivectomía la obtendremos mediante la eliminación de la pared enferma de la bolsa que oculta la superficie dentaria, esto nos va a ayudar a tener una mejor visibilidad y acceso para la remoción de los cálculos y aislado de la encía. Al ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno gingival fisiológico.

Cuando usar la gingivectomía:

1. en bolsas supraóseas profundas.
2. bolsas supraóseas con paredes fibrosas.
3. lesiones de bifurcaciones.
4. abscesos paradontales.
5. capuchones pericoronarios.
6. determinados cráteres.
7. determinadas bolsas infraóseas.

El uso más común de esta técnica es la eliminación de bolsas supraóseas profundas en las cuales no es posible ver en su totalidad los depósitos sobre la raíz cuando la pared de la bolsa se separa con una sonda o un

chorro de aire tibio.

Para eliminar todas las bolsas paradontales se utilizará tanto la gingivectomía como el legrado paradontal, y vamos a usar cada una de ellas o combinadas dependiendo del criterio y de la habilidad del operador, cuando hay duda si debemos utilizar la técnica de raspaje y curetaje, se indicará la necesidad de utilizar la gingivectomía ya que si primero se utiliza la técnica de raspaje y curetaje se tendrán que realizar dos intervenciones debido al fracaso de la primera.

Preparación previa a la gingivectomía.

1. raspado y alisado de las raíces.
2. eliminación de factores ambientales locales.
3. zonas de impacción de alimentos.

Se corrigen alteraciones oclusales.

Si es necesario; ferulas temporales y prótesis nocturnas (para controlar la movilidad dentaria).

Se enseña al paciente el control de placa.

Programa para gingivectomía generalizada.

Primera sesión de

tratamiento

Operar el cuadrante inf. der.

segunda sesión de

Retirar apósitos del cuadrante

Operar cuadrante

tratamiento

inf. der., introducir control

inferior der.

de placa.

tercera sesión de tratamiento.	Retirar apósitos del cuadrante sup., der.,; revisión de con- trol de placa.	Operar cuadran- te inferior izq.
cuarta sesión de tratamiento.	Retirar apósitos del cuadrante inf. izq.; revisión de control de placa.	Operar cuadran- te superior izq.
quinta sesión de tratamiento.	Retirar apósitos del cuadrante superior der., revisión de con- trol de placa.	
sexta sesión y siguientes.	Revisión del control de placa y ajustes de la oclusión, si se precisa.	

Técnica.

1. premedicación de paciente aprensivo.
2. anestesia.
3. orden del tratamiento (cuadro superior)
4. marcaje de las bolsas.
5. corte de la encía.
6. incisión.
7. eliminación de encía marginal e interdientaria.
8. apreciación del campo de operación.
9. manejo del margen óseo.
10. higiene previa a la colocación del apósito.
11. coágulo periodontal.

12. apósito periodontal.

- Se debe premedicar con algún sedante.
- La gingivectomía es indolora hay que indicarle ésto al paciente con anterioridad y es preciso anestesiarlo bien, lo cual se hace por medio de anestesia regional, además de la inyección directa en la papila.
- Una boca con bolsas generalizadas se trata por cuadrantes, modificando la secuencia del cuadro, o en caso urgente de tratar otra zona.
- Las bolsas se van explorando con una sonda peridontal y se marcan con pinzas marcadoras, el instrumento se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca provocando un punto sangrante en la superficie distal del último diente, yendo hacia la línea media, ésto se realiza tanto por vestibular como por lingual.
- Se puede realizar el corte por medio de bisturíes periodontales escapelo, o tijeras. El corte de la encía enferma es una parte importante de la gingivectomía.
- Dentro de las incisiones tenemos de dos tipos: la continua y la discontinua.

Discontinua.- se inicia en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente, la otra incisión se comienza allí donde la anterior cruza el espacio interdentario y se lleva hasta el espacio distovestibular del diente siguiente, las incisiones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

Continúa.- se inicia en la superficie vestibular del último diente y se llega hasta la línea media sin interrupción siguiendo el curso de las bolsas.

Las inserciones de los frenillos que están en la trayectoria de las incisiones se recolocarán para evitar tensiones sobre la encía durante la cicatrización.

Una vez que se ha realizado por vestibular se hará por lingual para evitar vasos y nervios del conducto incisivo y para establecer un mejor contorno gingival post-operatorio, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva no en sentido horizontal a través de ella, una vez realizadas las incisiones vestibular y lingual procederemos a realizar nuestra incisión de unión de ambos en la superficie distal del último diente erupcionado.

La incisión se realizará apicalmente a los puntos que marca el curso de las bolsas entre la base de la bolsa y la cresta ósea. Debe estar lo más cerca posible del hueso sin exponerlo para eliminar el tejido coronario al hueso, esto es importante por lo siguiente:

- brinda la mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial.

- asegura la exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa.

- elimina el tejido fibroso excesivo que interfiere la consecución del contorno fisiológico cuando la encía cicatriza.

La incisión se biselará aproximadamente en 45° con la superficie dentaria.

La incisión deberá formar la anatomía festoneada normal pero debemos retirar toda la bolsa, aunque con esto no se realice el festoneado, y debe traspasar completamente los tejidos blandos, en dirección al diente.

Posteriormente, eliminando la encía marginal e interdientaria, indicando en la superficie distal del último diente erupcionado, se desprende del margen gingival por la línea de incisión con una azada quirúrgica y raspadores superficiales.

8. A medida que se elimina la pared de la bolsa y se limpia el campo, se observan las siguientes estructuras:

- a) tejido de granulación (de aspecto globular).
- b) cálculos.
- c) una zona clara semejante a una banda sobre la raíz, donde se insertaba la bolsa.
- d) ablandamiento de la superficie radicular
- e) resorción radicular protuberancias cementarias).

9. El hueso se remodela en el tratamiento de determinadas clases de bolsas infraóseas, pero en el tratamiento de bolsas supraóseas no hay que tocar hueso. El hueso que está debajo de las bolsas periodontales es tejido vivo (no está infectado, ni necrótico), el hueso es limado o alisado para crear un margen redondeado, parejo, es innecesario y perjudicial, retarda la cicatrización y reduce la altura post-operatoria del hueso. Los defectos marginales son limados y el margen óseo redondeado por proceso de cicatrización natural.

10. Antes de colocar nuestro apósito se verá cada uno de los dientes para observar si presenta restos de cálculos o tejido blando, para que lavemos con agua tibia y se cubra con trozos de gasa doblados en forma de U; así cesará la hemorragia para que no interfiera en la adaptación del apósito.
11. Para colocar el apósito es necesario que la superficie cortada esté cubierta por el coágulo el cual no debe ser voluminoso ya que entorpecerá la retención del coágulo.
12. Existe variedad de apósitos paradontales, el que más se utiliza es el Wonder-Pak; es de fácil manipulación y aplicación.

El apósito debe reunir las siguientes características:

- a) fácil manipulación y aplicación.
- b) bastante firme (para soportar la masticación).
- c) debe ser bien tolerado por los tejidos.
- d) que se retire con facilidad.

El apósito debe tener una consistencia de pasta no pegajosa, se modela en dos cilindros de la longitud aproximada del cuadrante tratado, el extremo de un cilindro se lleva hacia adelante (línea media) presionándolo suavemente a lo largo del margen gingival incidido interproximalmente, de la misma manera se realiza en lingual, los cilindros de presión suave sobre las superficies vestibular y lingual del apósito, se recortan los excedentes con espátula para que no interfiera la oclusión.

Funciones del apósito:

- a) controla la hemorragia post-operatoria.

- 0 evita problemas infecciosas.
- 0 feruliza en cierto grado dientes móviles
- 0 facilita la cicatrización.

X GINGIVOPLASTIA.

La enfermedad gingival y periodontal con frecuencia produce deformaciones de la encía que entorpece la exclusión normal de los alimentos y prolonga y agrava el proceso patológico. Como ejemplo de tales deformaciones tenemos: grietas gingivales y cráteres, papilas interdientarias en forma de mesetas - causadas por la gingivitis ulcerocreciente aguda y agrandamiento gingival.

La gingivoplastia: es la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos.

Por lo general se realiza en una encía cicatrizada que se le ha practicado la gingivectomía.

La mayoría de las deformaciones de la encía se pueden corregir mediante la técnica de la gingivectomía descrita anteriormente sin que se precise una gingivoplastia posterior, siempre que la gingivectomía esté bien hecha. Esto significa que la incisión debe ser suficientemente profunda para eliminar tejido entre el fondo de la bolsa y el hueso y la incisión debe estar adecuadamente biselada.

Indicaciones:

La gingivectomía se hace como procedimiento complementario cuando el remodelado no se incluye en el tratamiento inicial o cuando la cicatrización inesperadamente produce anormalidades gingivales.

La gingivoplastia se puede realizar con un bisturí periodontal, escapelo, -
piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía. Se compone
de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las
dentaduras artificiales y son:

- a) afinamiento del margen gingival.
- b) creación de un contorno marginal festoneado.
- c) adelgazamiento de la encía insertada.
- d) creación de surcos interdentes verticales.
- e) remodelado de la papila interdental.

XI LEGRADO PARADONTAL O TECNICA DE RASPAJE Y CURETAJE.

Para la eliminación de bolsas parodontales y el tratamiento de la enfermedad parodontal, la técnica que utilizamos es la de raspaje y curetaje, también llamado legrado o curetaje parodontal y esta técnica consiste en el raspaje para eliminar sarro o cálculos, placa bacteriana, alimentos, etc. El alisado de la raíz para alizarla y quitar la sustancia dentaria necrótica, el curetaje de los tejidos blandos para separar el tejido blando enfermo.

Esta técnica la podemos realizar en forma suave y minuciosa, provocar el traumatismo mínimo a la superficie dentaria y tejidos infectados.

Indicaciones:

1. eliminación de bolsas supraóseas.
2. eliminación y tratamiento de bolsas infraóseas.
3. en la mayoría de las gingivitis, excepto el agrandamiento gingival.

Uno de los principios de raspaje es quitar los factores que provocan la inflamación así como la placa bacteriana, cálculos, pigmentaciones, etc., y para lograrlo debemos observar primero la localización y extensión de los cálculos subgingivales, por lo general el cálculo es de coloración parda o de color chocolate, o casi del color del diente.

Alisado radicular.

Una vez que hemos retirado los cálculos subgingivales, realizaremos nuestro alisado radicular de forma tal que la raíz quede suave, muchas veces -

cuando retiramos los cálculos quedan zonas de cemento algo blando que ha sufrido cambios necróticos, este material será eliminado hasta llegar a zonas dentarias firmes.

Como raspar y alisar.

La técnica consiste en un movimiento de tracción excepto en las superficies proximales de dientes anteriores muy juntos que es donde utilizaremos cinzelos delgados con un movimiento de empuje o impulsión. En el movimiento de tracción el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento en dirección a la corona, teniendo la precaución de no introducir los cálculos dentro de los tejidos de soporte.

La zona de instrumentación es la zona del diente a los lados de la unión alveolodentaria, donde se localizan los cálculos y otros depósitos.

Curetaje.

Consiste en la remoción del tejido generado y necrótico que tapiza la pared gingival. El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de las enzimas orgánicas y fagocitos quienes normalmente eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización, también evita la reinsertión del ligamento paradontal en la superficie radicular. El raspaje y curetaje en exceso causa dolor post-operatorio y retarda la cicatrización. Es preciso que siempre que vallamos a intervenir tener un plan de procedimiento antes de iniciar la operación.

Debe ser en una forma sistemática y comenzar en una zona, y seguir un orden hasta tratar toda la boca, por lo general se empezará en la zona molar superior derecha, luego en la zona molar inferior derecha, posteriormente en la zona superior izquierda, hasta terminar en la inferior izquierda.

Técnica.

1. aislado y anestesia.
2. eliminación de cálculos supragingivales.
3. eliminación de cálculos subgingivales.
4. alisar la superficie dentaria.
5. curetaje de la pared blanda.
6. pulido de la superficie dentaria.

Procedimiento.

1. se aísla con rollos de algodón y se coloca un antiséptico suave (merthiolate o metaphen) se usa anestesia por infiltración o regional dependiendo del tratamiento que se vaya a realizar.
2. elimínese cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales, esto tendrá por consecuencia la retracción de la encía debido a la hemorragia desencadenada incluso por la instrumentación más suave.
3. vamos a introducir nuestro raspador lo más profundo posible inmediatamente por debajo del cálculo y se desprende, también podemos utilizar los - cinceles en las superficies proximales.

4. por medio de azadas iniciaremos nuestro alisado para eliminar depósitos -
profundos de cemento necrótico, el alisado final se obtiene por medio de
curetas que van a dejar una superficie más suave.

5. el curetaje se emplea para eliminar el revestimiento interno enfermo de
la pared gingival, el epitelio de la cresta gingival, ya que si se deja -
la adherencia epitelial, el epitelio de la cresta gingival prolifera a lo
largo de la pared cureteada para unirle e impedirá toda posibilidad de
reinserción del tejido conectivo de la superficie radicular.

6. las superficies radiculares y coronarias se pulen con tazas pulidoras de
goma con una pasta de piedra pomez fina con agua. Para que al final lim -
piemos con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encía al
diente.

Se recomienda al paciente seguir sus hábitos normales de alimentación y ten -
ga en cuenta que sentirá molestias durante algunos días. Deberá dar espe -
cial atención a la limpieza de sus dientes que primero será suave y gradual -
mente se aumentará el vigor del cepillado, la limpieza interdental, el uso
del hilo seguido de irrigación con agua.

XII APICECTOMIA.

Apicectomía, en la resección quirúrgica por vía transmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario.

Para llevarla a cabo con éxito requiere del cumplimiento de una serie de detalles quirúrgicos de interés, sin los cuales el tratamiento no alcanza el fin que la intervención se propone. La minuciosidad de la operación y la observancia etapas bien regladas junto con la habilidad del operador llevan al éxito quirúrgico.

Indicaciones de la apicectomía.

Está indicada en dientes con procesos periapicales en las siguientes circunstancias:

- a) cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- b) en dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.
- c) en dientes que presenten falsos conductos.
- d) en dientes en cuyos conductos se ha fracturado y alojado un instrumento de endodoncia.
- e) dientes portadores de pivots, jacket-crowns, u otras obturaciones que imposibiliten la remoción de ellas para efectuar un nuevo tratamiento radicular. Se realiza la apicectomía con la obturación retrógrada del conducto (con amalgama).

la resección quirúrgica del ápice puede realizarse en todos los dientes pero solo se efectúa en los anteriores, por excepción en premolares y nunca en los molares, la operación en estos requiere virtudes quirúrgicas que no todos poseen.

Pueden apicectomizarse los dientes con procesos periapicales de cualquier índole y magnitud, en los dientes portadores de grandes quistes paradentarios, la resección del ápice es una maniobra secundaria con la cual se completa la operación, permitiendo conservar en la arcada un diente que estética y funcionalmente, tiene valor, porque puede ser la base de una restauración.

Contraindicaciones de la apicetomía.

- a) procesos agudos, en estos procesos la congestión impide la anestesia necesaria para que la sangre no moleste el acto operatorio, la anestesia local es siempre insuficiente.
- b) dientes portadores de procesos apicales, que han destruido el hueso, hasta las proximidades de la mitad de su raíz.
- c) parodontosis avanzadas con destrucción ósea, hasta su tercio radicular o las lesiones paradenciales y apicales combinadas.
- d) destrucción masiva de la porción radicular.
- e) proximidad con el seno maxilar.

Consideraciones radiográficas preoperatorios.

El examen radiográfico preoperatorio debe estudiar los siguientes puntos de interés:

El proceso periapical, se debe considerar clase y extensión del proceso y relaciones con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos u orificios óseos. Se realizará con precisión el diagnóstico del proceso periapical, la extensión y ubicación exacta.

Estado de la raíz o hallarse ensanchada por tratamientos previos que le dan gran fragilidad.

Estado de paradencio, resorción del hueso por parodontosis puede contraindicar la operación.

Incisión.

Las incisiones que se aplican son tres: la de Wassmund, Partsch y Neumann.

La incisión de Wassmund permite lograr los postulados para una incisión correcta, amplia visión de la brecha ósea y permite la coaptación de los labios de la herida en hueso sano, se aplica con éxito en maxilar superior.

Neumann: se emplea con mucha frecuencia se podría decir que es la de elección a excepción de la apicectomías en dientes portadores de coronas de porcelana u otro tipo de prótesis porque la retracción gingival puede dejar al descubierto la raíz.

Partsch, se usa frecuentemente en apicectomías de un sólo diente.

Desprendimiento del colgajo.

Realizada la incisión con una legra periostótomo o espátula separamos la mucosa y el periostio subyacente, el sostenimiento del colgajo es importante, ya que el colgajo no debe intervenir en la visión del campo operatorio y en las maniobras operatorias.

Ostectomía.

Se realiza con escoplo y martillo o con fresas; si se utilizan fresas se eligen redondas no. 3 o 5 con la cual se hacen perforaciones en círculo con el ápice como centro de la circunferencia y con golpe de escoplo se levanta la tapa. Cuando el hueso está destruido solo se agranda la perforación, con escoplo, fresas o pinzas gubia.

Amputación del ápice radicular.

La sección se hace antes del rapaje periapical porque la raíz dificulta la maniobra y se debe cortar hasta el nivel del hueso sano porque el raspaje es dificultado por el muñón, si se tiene práctica para raspar granulaciones de tras de la raíz se deja un trozo grande de muñón. La sección de la raíz se hace con fresa de fisura no. 558 y el corte se hace con un relativo bisel a expensas de la cara anterior. La fresa debe seccionar el ápice en su totalidad, se pule el muñon con fresas redondas para que no actúe como cuerpo extraño.

aspado del proceso.

Se usan cucharillas medianas y filosas, con pequeños movimientos se eleva el tejido enfermo, primero o groso modo y luego en los puntos que puedan quedar tejidos de granulación o trozos de membrana, la porción retrorradicular, el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos, la zona adherida a la fibromucosa palatina (si ha desaparecido el hueso) se raspa con cucharillas pequeñas y minuciosamente, con movimientos enérgicos.

Cuando el espacio entre las raíces es muy estrecho se hace la limpieza con fresa redonda pequeña.

Se lava la cavidad ósea con suero fisiológico tibio, se seca cuidadosamente con gasa y aspirador y se procede a la obturación del conducto radicular. Para realizar la obturación el campo operatorio debe estar completamente seco para lograrlo se utiliza gasa de Stryphnon no se aconseja la adrenalina, luego el "campo seco" se retira el separador y se desciende provisionalmente el colgajo.

Tratamiento radicular.

El conducto deber ser ensanchado y esterilizado convenientemente; el ensanchado se realiza por medios mecánicos (ensanchadores o escariadores). La esterilización se realiza con los métodos de la endodoncia. Para la obturación del conducto se emplean los conos de gutapercha y los conos de plata.

Se lava el conducto con mechas impregnadas en agua oxigenada; se deshidrata el conducto con alcohol y aire caliente, de no ser así el material de obtura

ción no se adosará a las paredes del conducto y no se cumplirán los postulados de la obturación hermética.

Llenado el conducto se toma el cono de plata o de gutapercha, cuya longitud y diametro se habrá verificado después de amputado el ápice, y se introduce con fuerza para que sobresalga por el orificio superior del conducto; se espera que frague el cemento, si no al retirar las gasas que hacían hemóstasis en la cavidad ósea, la sangre puede penetrar en la luz del conducto inutilizando todo el tratamiento.

Se retiran con cuidado las gasas se ve el cono de cemento emergiendo en la cavidad ósea: se le fractura y con un instrumento caliente se bruñe el cono de gutapercha, para sellar perfectamente el conducto radicular. Si se empleó cono de plata se corta el exceso con fresa redonda y se bruñe el metal sobre las paredes de la raíz.

Obturación retrograda.

Está se logra por vía apical en los casos en que el conducto está ocupado con un pivot u otro material que no es posible retirar.

Es necesario preparar una cavidad retentiva en la raíz amputada, por medio de fresas de cono invertido, se seca la cavidad radicular con alcohol, aire caliente y se obtura con amalgama.

sutura.

Ultimo tiempo operatorio. Algunos autores afirman; que representa la más -
grande conquista, pues gracias a ella la evolución de la herida es rápida y
la cicatrización perfecta.

Se realiza con pequeñas agujas atraumaticas ayudados del portaagujas, se em-
plea hilo o seda.

Antes de realizar la sutura se tiene la precaución de raspar ligeramente el
fondo y los bordes de la cavidad para que está se llene de sangre y el coagu-
lo por el mismo mecanismo con que se llena el alveolo después de la extrac-
ción dentaria es el material que organizará la neoformación ósea.

Post-operatorio.

Son elementales y se reducen a compresas frias, lámparas solux enjuagatorias
suaves. Los puntos se retiran al cuarto o quinto día.

Accidentes y complicaciones de la apicectomía.

Insuficiente resección del ápice, la fresa corta sólo la parte anterior de la
raíz, en el caso de un premolar, la resección de la raíz bucal, dejando la
palatina en su sitio.

Insuficiente resección del proceso periapical; dejando restos de granuloma, restos de membrana quística y el proceso puede recidivar.

Lesión de los dientes vecinos, puede seccionarse el paquete vasculo nervioso de un diente vecino.

Lesión de los órganos o cavidades vecinos, perforación del piso de las fosas nasales; cuando los ápices son muy vecinos a las fosas nasales, la cuchari - lla o la fresa pueden perforar la tabla ósea. Este no tiene más importancia que la hemorragia nasal.

Perforación del seno maxilar; en apicetomías de premolares o caninos la fresa puede perforar el piso o la pared del seno e introducir el ápice amputado en el interior.

Lesión de los vasos y nervios palatinos anteriores.

XIII REIMPLANTE.

El reimplante.- Es definido como el reemplazo de un diente después de la remoción intencional o accidental de su alveólo.

La remoción intencional de un diente que no puede ser tratado por las técnicas edodónticas convencionales, la obturación de su conducto radicular fuera de la boca y su reimplante inmediato en el alveólo, es llamado reimplante intencional.

Existe controversia respecto al mejor método para el reimplante de los dientes.

Massler (ha dividido las teorías en dos grupos):

1. Aquellos operadores precavidos y con temor.
2. Operadores con enfoque positivo.

El primer grupo considera que la raíz de un diente extraído debe ser manejado cuidadosamente con una torunda humedecida en solución salina. La superficie radicular y las fibras periodontales insertadas y el cemento, deben ser preservados y protegidos de los cáusticos. El diente debe ser reimplantado de inmediato, y el conducto radicular obturado solo si el diente ha estado fuera de la boca por un periodo mayor de 12 horas. La resección del extremo de la raíz puede ser necesario para que el diente se asiente en su posición original. Una vez en posición, se impide el movimiento con férula como el empaque periodontal. Los antibióticos no se consideran necesarios en estos casos.

El segundo grupo.- los teóricos con un enfoque "positivo" raspan la superficie radicular para retirar los residuos, fibras radiculares muertas y cemento, y desinfectan la superficie radicular. El reimplante se retarda de 3 a 10 días de tal manera que los tejidos traumatizados en el alveólo tengan oportunidad de recuperarse. Al diente se le hace apicectomía fuera de la boca, y se le coloca una obturación radicular retrograda. Entonces se reimplanta hasta que se siente una resistencia y no se force al empujarlo dentro del alveólo. Se feruliza hermeticamente y siempre se prescriben antibióticos.

En total, los resultados obtenidos por los exponentes de la "vía de precaución" parecen ser los de mayor éxito, y por lo tanto, un diente avulsionado deberá reimplantarse tan pronto como sea posible, después del accidente.

Técnica.

Los accidentes de este tipo son usualmente reportados por teléfono y el paciente o el padre deberán ser aconsejados para que laven su diente con agua y lo coloquen en un pañuelo limpio. El paciente deberá ser atendido tan pronto como sea posible, cuando se lave el diente con agua estéril - se colocará en suero fisiológico. Se pone anestesia local y se limpia el alveólo.

El diente es lavado una vez más y se lleva a cabo la apicectomía y la obturación retrograda fuera de la boca se cuida de no dañar la superficie radicular, y esto se logra sosteniendo el diente por la corona con una

gasa empapada en una solución salina estéril. El diente se implanta en el alveólo con mucho cuidado y muy lentamente para permitir que escapen los líquidos de la base del alveólo. Se cuidará de colocar correctamente verificando que esté libre de contactos prematuros con los dientes de la arcada opuesta.

Si las paredes del alveólo se han expandido durante el accidente se reducen con presión bucolingual firme dada por los dedos índice y pulgar.

La ferulización del diente es esencial y se puede hacer con alambre interdental y acrílico, o alambrado interdental, si los dientes vecinos están también fracturados y requieren finalmente la restauración. La férula se retira en 4 o 6 semanas.

Se le inyectará suero antitetánico y se dará antibióterapia tan pronto como sea posible y Dieta líquida c/8 hrs.

El fracaso del tratamiento es directamente proporcional al tiempo que el diente ha estado fuera de la boca, por lo tanto el grado de desecación al daño soportado por el ligamiento periodontal y a la edad del paciente, mientras más joven es el paciente, mayores serán las posibilidades de éxito.

El fracaso ocurre debido a la resorción radicular externa progresiva y usualmente rápida, la cual se hace evidente en las radiografías a las 6 o 4 semanas.

Reimplante intencional.

Está es una técnica útil cuando no es posible tratar a un diente ya sea por el método endodóntico convencional o mediante endodoncia quirúrgica y la única alternativa que queda es la extracción. Tales pacientes incluyen a aquellos con los premolares inferiores con conductos intratables y ápices extremadamente cerca del agujero mentoniano; en tales ocasiones el diente es extraído con mucho cuidado y sin tocar la superficie radicular, se corta el ápice fuera de la boca colocando una obturación retrograda de amalgama. El alveólo se lava con solución salina, el diente se reimplanta de inmediato. El ajuste oclusal y la ferulización se lleva a cabo en igual manera que en los otros casos.

El éxito de esta operación parece ser mejor que en las avulsiones accidentales y el reimplante y esto sin duda se debe al tiempo más corto que el diente se encuentra fuera de la boca y a la mínima lesión periodontal .

XIV DIENTES IMPACTADOS.

Principios para extracción de dientes impactados inferiores.

El principio básico al extraer dientes impactados inferiores es seguir la técnica de sección. Se elimina hueso para exponer la corona el diente se divide con un cincel de manera que parte de la corona quede separada de éste, cuando se extrae esta porción se obtiene espacio, de modo que el resto del diente puede elevarse.

Clasificación de dientes impactados inferiores.

- a) mesioangular
- b) horizontal
- c) vertical
- d) distoangular

Además el diente puede desplazarse hacia bucal o lingual y localizarse en nivel oclusal alto o nivel oclusal bajo. Un diente que pertenezca a cualquier clase, se extrae más fácilmente si se desplaza a posición bucal y más difícil si esta cerca de la placa lingual o directamente detrás del segundo molar. Un diente puede no poder brotar por la presencia de hueso (bloqueo óseo), por presencia de un diente adyacente (bloqueo dental) o por ambas.

Evaluación preoperatoria.

La evaluación preoperatoria permitirá la planeación adecuada de la ciru-

gía, la radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la impacción y precisar forma, número e inclinación de las raíces, las raíces pequeñas frecuentemente están superpuestas y pueden faltar en el diagnóstico radiográfico. Deberá observarse la relación del diente con el conducto dentario inferior de manera que pueda prevenirse una posible parestesia post-operatoria.

Impactación mesioangular en maxilar inferior.

Se hace una incisión en los tejidos distales al segundo molar, es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener esta sobre el hueso; una regla segura a seguir es colocar la incisión por detras de la cúspide bucal del segundo molar siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera, la segunda rama de la incisión se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distobucal extendiendose hacia abajo y adelante hasta los tejidos y se coloca el separador.

La osisección.- se inicia en forma vertical paralela a la raíz distal del segundo molar y detras de ella, la osisección deberá llegar bajo la corona del esmalte del diente impactado, la mayor parte de la placa bucal se extirpará en una pieza, se hacen otros cortes horizontales según lo necesario para exponer la corona, en un maxilar inferior ancho el diente impactado puede exponerse aún más haciendo un corte horizontal para crear un espacio e introducir en él los instrumentos. Se revisan dos puntos; el hueso sobre la superficie distal o superior de la impacción

deberá eliminarse, a manera de poder extraer la corona después de dividirla, el hueso en la unión de los cortes horizontal y vertical, deberá extirparse lo suficiente para permitir que la cureta entre en el tejido esponjoso bajo la corona impactada.

Sección del diente.- se coloca el cincel en el surco bucal se dirige distalmente hacia el cuello anatómico distal del diente y con un golpe seco se divide, la porción distal seccionada se extrae, se coloca un elevador de punta de lanza bajo la corona y se hace movimiento hacia arriba, el mango del instrumento se mueve en plano vertical recto, cuando el diente se mueva estará forzado a moverse en arco, cuando se haya movido hacia arriba y distalmente hasta un punto en que el instrumento no pueda ya mantener contacto con el se hace rotar áquel de manera que el borde inferior termine la extracción. Frecuentemente el diente se moverá hacia arriba lo suficientemente lejos para no tocar el segundo molar pero no rotará distalmente, cuando está en posición vertical separado del segundo molar un elevador Winter largo (No. 14) colocado en la bifurcación de la raíz elevará este diente y lo sacará.

Los fragmentos óseos se levantan de la herida, los restos de tejido blando se extraen por disección roma o cortante, los bordes de la herida ósea se alizan con cureta, se sutura y coloca una compresa de gasa.

Impactación horizontal en maxilar inferior.

La impactación horizontal situada a bajo nivel oclusal requiere un corte óseo vertical profundo. Los cortes horizontales deberán ser suficientes para expo

ner el cuello anatómico del diente. La extracción incluye una división del cuello anatómico del diente. La extracción incluye una división del cuello-anatómico lo cual se logra con un cincel o fresas. La porción distal de la corona puede dividirse y eliminarse, se dividirá la porción mesial (inferior) de la corona que no puede extraerse en ese momento. Si los ángulos de las secciones han sido lo suficientemente anchos puede existir suficiente espacio para extraer la impacción siempre que se haya eliminado suficiente hueso sobre la cresta de el reborde. Si se lleva a cabo toda la osisección antes de intentar seccionar el diente puede aflojarse y un diente flojo es difícil de dividir, se secciona en cuanto se logra el acceso a la corona, incluso si las partes no pueden retirarse y después se lleva a cabo la osisección ulterior. Puede hacerse otra división en dirección casi vertical (hacia abajo la superficie de dentina expuesta puede dividirse más fácilmente. Los fragmentos se extraen, si el corte óseo vertical se ha hecho lo suficientemente profundo para lograr el acceso del elevador y se ha eliminado suficiente cresta alveolar, la porción radicular puede extraerse con elevador número 14, - seccionando, o no, aún más la raíz. No deberá presionarse fuerte. Se seguirá seccionando el diente o hueso para poder retirar la impacción con relativa - facilidad. La porción mesial de la corona se extrae al último. Se sutura después de cuidadoso desbridamiento.

Impactación vertical en maxilar inferior.

La extracción de la impactación vertical es una de las operaciones más difíciles debido a la dificultad de colocar un instrumento entre el segundo molar y el tercer molar impactado inmediatamente adyacente, este espacio es de

maciado pequeño para la eliminación ósea adecuada.

Se expone el área a la vista bajo un gran colgajo mucoperióstico, se hace un corte óseo vertical y largo para exponer cuando menos el cuello anatómico de la impacción, se elimina hueso por detras de la impacción(en forma distal a ella) y también sobre su superficie oclusal. Se logra hacer una grieta casi vertical desde el surco bucal a través de la porción distal del diente bajo el cuello anatómico, esta porción se quita. Se coloca un elevador delgado en punta de lanza entre los dientes, si es posible y se eleva el diente. Si no es posible lograr el acceso un elevador número 14 puede empotrar el área de bifurcación en el lado bucal y ejercerse fuerza recta hacia arriba.

Impactación distoangular en maxilar inferior.

Es difícil de extraer porque su masa queda en la rama vertical. La corona de la impacción está situada lejos del segundo molar, lo que hace que no haya ventaja mecánica para el elevador.

Se eleva un colgajo mucoperiostico amplio y se hacen los cortes óseos corrientes vertical y horizontal, se secciona el diente en dirección vertical. Según la curvatura de las raíces, la masa mesial del diente se mueve primero - hacia arriba mediante el elevador de punta de lanza colocado en el lado mesial del diente o con el elevador número 14 colocado en el área de bifurcación. A veces la porción distal de la corona seccionada puede disecarse fuera del hueso en primer lugar. El diente entonces se hace rotar distalmente - en el espacio creado. Es útil también seccionar la corona desde la raíz de

la impacción, extraer la corona, dividir la raíz en casos factibles y extraer las porciones radiculares separadas.

En las extracciones de las impacciones inferiores deberán observarse varios factores de cautela. La fuerza aplicada con elevadores deberá ser siempre controlada, así como mínima. En situaciones especiales será necesario usar fuerza mayor que la normal especialmente al forzar un elevador entre los dos dientes colocados muy cerca uno del otro. Sin embargo es mejor hacer secciones múltiples del diente y extraer los bloques óseos antes de tratar de elevar el diente. Muchas impacciones bien preparadas, incluso a bajo nivel, podrán extraerse con una cureta pequeña en vez de con elevador pesado. El hueso excesivamente traumatizado deberá extraerse después de haber extraído el diente.

Impactación mesioangular en maxilar superior.

El diente impactado superior generalmente se extrae en la misma visita en que se elimina el diente inferior del mismo lado.

La incisión se hace sobre la cresta del reborde, desde la tuberosidad hasta el segundo molar, y se agrega un componente vertical en forma oblicua hacia arriba y adelante, para terminar sobre la raíz mesiobucal del segundo molar. El colgajo mucoperiódico se eleva con cureta. Se coloca un cincel para hacer un corte vertical paralelo a la raíz distal del segundo molar. Usando ligeramente el martillo se logrará penetrar el tejido esponjoso blando y la corona del esmalte. La placa corical se eleva lentamente sobre el lado bucal del

diente o, en caso de impacción considerable deberá extraerse completamente. Se usa una cureta para asegurarse de que hay acceso entre el segundo y el tercer molar impactado, que en ciertos casos no existe. Es casi imposible - lograr mayor eliminación ósea entre los dos dientes, y será necesario ejercer presión controlada y considerable con el elevador para introducir la punta del instrumento en el espacio interdental. El hueso distal deberá extirparse en este caso. Se extrae el diente con elevador de punta de lanza, elevador No. 3^o o elevador número 14. La punta del elevador se forza entre los dientes, en el área de osisección y se aplica fuerza hacia abajo y bucal la punta y el borde inferior del elevador entran en contacto con el cuello anatómico del diente y lo elevan hacia abajo con estos puntos de ventaja. Se tiene cuidado al voltear distalmente el elevador (hacia atrás puesto que esto aumenta la posibilidad de fracturar la tuberocidad. El área se desbrida de material tisular extraño blando y duro y los bordes óseos se alisan, se coloca un punto de sutura a través de la Incisión de la cresta y otro a través de la incisión vertical.

Impactación vertical en maxilar superior.

La impactación especialmente si la corona descansa cerca del cuello anatómico del segundo molar, no permitirá acceso entre los dientes para osisección ni para hacer palanca con algún instrumento.

Se hace un corte óseo vertical, paralelo al borde mesial del diente impactado. El delgado hueso que está sobre la superficie bucal del diente se elimina cuidadosamente o se separa del diente y se dobla de 1 a 2 milímetros ha-

la bucal. El cincel se introduce cuidadosamente en la parte posterior de la superficie distal con objeto de crear espacio para hacer movimientos hacia atrás. Se introduce entre los dientes alguno de los instrumentos de hoja delgada, de cualquier tipo ya descritos. Como no ha sido posible extirpar hueso en este espacio, será necesario usar fuerza considerable. En cuanto el instrumento pueda empujarse en ese espacio el diente podrá extraerse fácilmente. Ocasionalmente, el diente se moverá hacia abajo tan rápidamente que podrá ser deglutido o aspirado de existir una cortina de gasa adecuada.

Si el instrumento no puede introducirse en el espacio, y se ha extirpado considerable cantidad de hueso alrededor del diente, puede colocarse un cincel-guía sobre la superficie bucal del esmalte en dirección vertical y golpearse suavemente hacia abajo.

Impactación distoangular en maxilar superior.

Situación distoangular en maxilar superior.

Situación muy rara, requiere un colgajo quirúrgico mayor y eliminación extensa de hueso circundante. Se hace una incisión en la cresta media, extendiéndose desde el segundo molar a la curva de la tuberosidad y las extensiones verticales a bucal y lingual se hacen distales al segundo molar, este colgajo expone toda la tuberosidad ósea.

Se hace una incisión ósea vertical en distal al segundo molar hasta el área de la punta, se elimina el hueso de la cresta alveolar y bucal. El área distal a la impacción se expone cuidadosamente con un cincel, principalmente por presión manual. El diente se eleva haciendo palanca sobre el lado me-

sial, tan cerca de la punta como lo permita el acceso el diente puede empujarse al antro o a los tejidos que están por detras de la tubercidad.

En ocasiones un segundo instrumento (cureta Molt No. 15) se coloca simultaneamente sobre la superficie distal para guiar el diente hacia abajo. Pueden usarse varios métodos de alternativa; si el diente sufre posición distoangular grave puede usarse un elevador número 14 sobre la superficie coronaria distal (superior) para llevar el diente hacia abajo y adelante. A veces el diente deberá disecarse extensamente y extraerse con pinzas. Puede usarse Gelfoam para llenar un defecto extenso, y la herida deberá cerrarse en forma tensa con puntos separados múltiples.

La impactación de canino en maxilar superior.

Las impactaciones se clasifican como labial, palatina e intermedia. La localización es importante, puesto que las técnicas quirúrgicas para eliminar los tres tipos varían tanto que son casi operaciones totalmente distintas. Pueden examinarse radiografías intrabucuales para estimar la forma del diente, así como su localización, las radiografías extrabucuales frecuentemente son necesarias. La palpación clínica sobre el lado labial no es segura, puesto que la protuberancia sentida puede ser el diente impactado o la raíz de incisivo o premolar desplazada labialmente.

Posición palatina.

Es la situación más frecuente. Se hace la incisión (despegamiento), en los espacios interdentes palatinos, empesando con el espacio entre premolares sobre un lado y alrededor de las fibras gingivales libres palatinas y espa -

cios interdentes hasta el área del premolar en el otro lado, el colgajo - se desprende y los contenidos del agujero incisivo se dividen con bisturí en el lugar en que entran al colgajo. Se elimina hueso con el cincel empezando con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que aparezca más cercano a la impactación de la raíz (fig. 1) que una protuberancia óvula localice al diente) el rectángulo tiene la misma anchura que el cincel al principio y se agranda en cuanto se localiza la corona. Debe tenerse cuidado de disecar anteriormente en la región de los incisivos y deberá mantenerse un margen de 1 a 2 mm. de hueso alrededor de sus alveolos. Cuando se ha expuesto la mitad o los dos tercios del diente, se hace una hendidura en el cuello anatómico, si la corona se encuentra cerca de los incisivos de manera que su punta este en un socavado se hace una segunda división de 3 mm. hacia la punta a partir del primer corte, se retira la pieza pequeña, se empuja la corona al espacio creado y se extrae, se saca la raíz con elevador no. 34 cureta Molt.

Las virutas óseas y desechos se eliminan, se alisan los bordes de la herida ósea y se cierra la herida con tres o cuatro puntos de sutura a través de los espacios interdentes anudando sobre labial. La presión de un gran rollo de gasa sobre el paladar durante 15 minutos ayuda a evitar la formación de hematoma macroscópico, para sostener el colgajo palatino contra el hueso es útil una férula palatina preformada de acrílico transparente.

Posición labial.

Después de localizar la impactación se hace una incisión grande, en media luna, extendiéndose desde el frenillo labial hasta el área del premolar con

la curvatura hacia el borde gingival. Se elimina hueso labial en la forma - acostumbrada hasta haber localizado el diente; puede estar alto, sobre la superficie facial del maxilar superior. Se logra suficiente disección hasta poder elevar el diente con instrumentos apropiados.

Posición intermedia.

La posición corriente de una impactación intermedia es con la corona sobre - el paladar y la raíz sobre las puntas de los premolares, cerca de la corteza bucal. Incluso cuando no se formula diagnóstico de la afectación antes de operar, deberá sospecharse su existencia al presentarse dificultades para extraer la porción radicular de cualquier canino colocado palatinamente. La exposición palatina se hace de la manera acostumbrada y se extrae la corona. Se hace un colgajo bucal separado en la región sugerida por los hallazgos radiográficos y clínicos, generalmente por encima y entre los premolares del mismo lado. La extirpación cuidadosa de hueso descubrirá la extremidad radicular de la impactación, que puede empujarse desde la abertura bucal hasta la herida palatina. Los dos sitios quirúrgicos se cierran.

Impactación de dientes supernumerarios.

Aunque los dientes supernumerarios pueden encontrarse impactados en cualquier área de los rebordes alveolares, más comunmente aparecen en la región anterior del maxilar superior.

En circunstancias ordinarias, no se programa la extracción hasta que las puntas de los incisivos permanentes hayan cerrado, porque entonces hay menos peligro de dañar la porción mesenquimatosa en crecimiento de los dientes permanentes, algunas veces los incisivos permanentes no brotarán debido a interferencias por los supernumerarios. La operación se ve complicada por la dificultad en localizar, identificar y extraer los dientes supernumerarios sin dañar el diente permanente.

Los dientes superiores anteriores supernumerarios se extraen por vía palatina cuando las radiografías no logran establecer claramente la localización de los supernumerarios, ya sea en anterior o posterior a los dientes normales, se hace una intervención palatina, ya que pocos están localizados en posición anterior.

La técnica para extracción es similar a la usada para extraer un canino impacted palatinamente, se hace una incisión alrededor de los cuellos del primer premolar y se eleva un colgajo palatino, de no encontrarse protuberancias que sirvan de identificación sobre la superficie ósea, se inicia la osteotomía por detras del incisivo central, posterior al agujero incisivo. Se deja un anillo de hueso alrededor del incisivo central. Se lleva a cabo la disección hacia arriba y atras, hasta encontrar el esmalte. Si los incisivos permanentes no han brotado, el diente encontrado deberá por su anatomía diferenciarse del incisivo central permanente no brotado. Se extirpa suficiente hueso para sacar el diente. Cuando se producen impacciones bilaterales, el segundo diente será menos difícil de encontrar por la experiencia obtenida al localizar el primero. La herida se trata y se cierra en la forma acostumbrada.

Si esta indicada la intervención labial (generalmente para un mesiodens sencillo), se hace una incisión grande en media luna entre los incisivos laterales, y se eleva el colgajo, se extirpa hueso según indique la radiografía empezando tan alto sobre la placa cortical, como sea necesario. Es necesario - lograr una disección cuidadosa, de manera que las raíces permanentes no resulten dañadas. Se cierra según el método acostumbrado.

XV REGULARIZACION DEL PROCESO ALVEOLAR.

Se le llama así a la terapéutica quirúrgica que se lleva a cabo en los maxilares para que las protesis tengan buen resultado.

El conjunto osteomucoso muscular es una unidad que a causa del trauma protético, regresa o progresa al compás y de acuerdo con la índole y cantidad de los estímulos.

En sí podemos realizar la regularización del maxilar, tanto superior como inferior, ya sea en pacientes edéntulos que presenten bordes agudos y crestas dolorosas a la presión o después de realizar extracciones y se tengan un criterio protético se deberán eliminar realizándose la intervención según los principios de la operación o colgajo preparando este de acuerdo con la ubicación, extensión y forma del excedente óseo que se precise resecar.

Los procedimientos correctivos necesarios para preparar al reborde desdentado para una prótesis, puede dividirse en dos grupos básicos en relación con el momento en que se opera.

Preparaciones iniciales y preparaciones secundarias.

Las preparaciones iniciales del reborde desdentado se producen en el momento de la extracción dental durante la primera inserción de la protesis. Este grupo se subdivide aún más en preparaciones que corrijan el tejido blando y deformaciones del tejido duro. La preparación del tejido blando incluye pro-

cedimientos para eliminar frenillos, cicatrices e inserciones musculares altas, las preparaciones de tejido duro incluyen procedimientos para alveoplastias, eliminación del torus y eliminación de rebordes afilados.

Las preparaciones secundarias del reborde se producen despues de un periodo de uso de las protesis durante la cual la cicatrización, atrofia o lesión - excesivas han causado un cambio notable del hueso basilar y los tejidos que lo cubren, impidiendo de esta manera el uso correcto de las prótesis.

Regularización.

Regularización del proceso.

Técnica.

1. asepsia y antisepsia.
2. anestesia.
3. incisión.
4. osteotomía.
5. sutura.

La asepsia y antisepsia se realizará por medio de limpieza de la boca y aplicación de una substancia antiséptica, ejemplo: isodine solución, benzal solución etc.

Anestesia.- se logra con anestesia regional local con puntos de refuerzo.

Incisiones.- se traza una incisión mayor en el borde de la arcada dentaria - que llegue profundamente hasta hueso. En los extremos de la incisión se tra-

zan otras incisiones perpendiculares a la primera de manera que formen una gran H, puede usarse también exitosamente una incisión que se inicia en el lugar donde se encuentran las piezas dentarias (cuando se inicia en el lugar donde se encuentran las piezas dentarias (cuando no desdentado total) - para permitir levantar un colgajo en vestibular o palatino. Desprendemos - los colgajos hacia bucal o palatino, dejando perfectamente al descubierto las crestas a resecar, el colgajo debe mantenerse alejado con separadores para que no sea traumatizado. Para una punta o un borde único, se traza un colgajo en arco.

Osteotomía.- se logra por medio de pinzas gubia o con lima se rese can las puntas, crestas o bordes. También con lima se pule el hueso, de manera que quede liso.

Sutura.- se vuelve el colgajo a su sitio el cual se mantiene fijo con los puntos que sean necesarios dependiendo de la longitud del colgajo.

Exostosis.

Pueden ser considerados como tumores óseos, son un indudable escollo para las correctas y cómoda colocación de la prótesis.

Unos protesistas se inclinan por su eliminación, otros con criterio más conservador y más efectivo, piensan que los torus no son un impedimento para la prótesis, solo cuando ocasione dolor el aparato.

En general los osteomas de los maxilares adquieren dos tipos:

Centrales; enostosis, o periféricos; exostosis.

Sintomatología.

Crecen con suma lentitud, en cuanto al tamaño son diversos. Es una tumoración indolora que no presenta otro signo clínico, solo produce las molestias consiguientes a la fonación y masticación, el pronóstico de los osteomas es benigno, siempre que el tumor no éste ubicado en la proximidad de elementos vitales (órbita, conductos óseos.)

Tratamiento.

Los osteomas deben ser extirpados quirúrgicamente.

Torus palatinus.

Es la malformación ósea que se asienta en la bóveda palatina, no puede entrar en la categoría de tumor como pretenden algunos autores, es una exostosis de la bóveda palatina situada en el rafé medio y adquiere distintas formas según Thoma:

- a) torus plano**
- b) torus modular**
- c) torus fusiforme.**
- d) torus lobular.**

Tratamiento.

Cuando razones particulares lo aconsejan, como por ejemplo; dificultad a la fonación, verdadero impedimento para usar la prótesis pueden ser eliminado -

quirúrgicamente.

Incisión.

Se practica una incisión cuyas extremidades se habren en V o en arco, esta - incisión recorre el centro del torus en sentido anteroposterior y en toda la extensión del proceso, para llegar en profundidad al hueso seccionando fibromucosa y periostio.

Preparación de los colgajos.

Con un separador de periostio se levantan los colgajos dejando al descubierto la exostosis, se hace hemostasis por compresión.

Osteotomía.

El torus necesita ser eliminado ya sea con escoplo y martillo o con fresa - quirúrgica, procurando subdividirlo en segmentos con una fresa los cuales se retiran con un osteótomo y las protuberancias se alisan con una lima. La subdivisión del torus es para evitar perforar quirúrgicamente el piso de las fosas nasales.

Sutura.

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

El paladar debe cubrirse para evitar la formación de hematoma y sostener el colgajo, se cubre optimamente con una ferula palatina ajustada a los dientes mediante ganchos o ligadura con alambre de acero inoxidable. La ferula permanece en su lugar 48 horas y después se extrae para limpiar e inspeccionar la

herida. Se lleva entonces como un vendaje sobre el sitio de la operación hasta haber curado bien la herida.

Torus Mandibularis.

La exostosis puede estar localizada generalmente en el área lingual de los premolares, son generalmente bulbares, pueden ser simples o múltiples, esta exostosis es indolora el color de la encía que la cubre es normal o tiene una coloración amarilla producida por el hueso subyacente. Si razones protéticas o fonéticas lo indican, deben ser extirpados quirúrgicamente. Su eliminación se ajusta a los principios de la operación del torus palatinus.

Es importante colocar la incisión sobre la cresta del reborde desdentado o alrededor del cuello de los dientes para lograr un cierre apropiado, la incisión deberá ser lo suficientemente larga para abarcar todo el torus y extenderse más allá del mismo, esto es para no desgarrar el colgajo, generalmente delgado. Los tejidos labiales no se liberan proporcionando así tejido labial estable para cerrar y evitar pérdida de la profundidad del surco.

Se corta un canal con la fresa, en el torus expuesto para desarrollar un plano desde el cual se le dividirá, se coloca un osteótomo dirigido en dirección opuesta a la corteza y se divide el torus con un golpe seco de martillo se alisa el hueso con lima.

El área se irriga con solución salina normal, se cierra mediante puntos separados y se coloca una férula acrílica transparente en lingual a los dientes para evitar formación de hematoma.

CONCLUSIONES.

Para realizar tratamientos en cavidad oral debemos tener presente la importancia del diagnóstico.

Esto se logrará efectuando correctamente la historia clínica y realizando en forma sistemática y adecuada cada uno de los pasos específicos en cada tratamiento.

Para efectuar los tratamientos quirúrgicos debemos hacerlo cuando nuestro campo operatorio encuentre los medios de asepsia y antisepsia ideales.

Eligiremos el anestésico específico para cada paciente, y así poder realizar nuestra técnica quirúrgica en una forma eficaz.

La selección del instrumental quirúrgico y el conocimiento adecuado de la técnica quirúrgica que se aplicará en cada padecimiento nos llevará a realizar con éxito el tratamiento en sus tres fases preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

Es de vital importancia que el cirujano dentista cuente con los recursos profesionales para solventar cualquier padecimiento en cavidad oral, y esto se logra únicamente mediante la preparación y el estudio continuo.

BIBLIOGRAFIA

- I **CIRUGIA BUCAL**
Ries Centeno Guillermo
Editorial el Ateneo, octava edición.
Buenos Aires, Argentina.
- II **TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**
Kruger Gustav O.
Nueva Editorial Interamericana.
Cuarta Edición.
- III **PERIODONTOLOGIA CLINICA**
Dr. Glickman Irving.
México, D. F. 1974.
- IV **EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA**
Mc Arthy M Frank.
Editorial el Ateneo.
Segunda Edición.
- V **CIRUGIA BUCAL**
Costich-White.
Editorial Interamericana.
- VI **INTRODUCCION A LA TECNICA Y EDUCACION QUIRURGICA**
Sánchez Silva Alfonso.
- VII **MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA**
Editado por ASTRA.