



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GENERALIDADES DE TECNICAS QUIRURGICAS EN
EXTRACCIONES MULTIPLES Y REGULARIZACION
DEL PROCESO ALVEOLAR EN PROTESIS INMEDIATA.

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

HUGO RAMON GARCIA GUZMAN

MEXICO, D. F.

1983



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.

PROLEGOMENOS.

Me querido referirme, en el modesto trabajo éste, a las extracciones múltiples y su consecuente regularización del proceso alveolar, para la prótesis inmediata; tratando, en primera instancia y considerando algunas generalidades, -- aplicables en la práctica cotidiana del consultorio dental; el tratar de establecer todo el panorama quirúrgico, con los medios científico-odontológicos, -- que contamos en la actualidad para el servicio del paciente de hoy, y que vivimos nosotros: los contemporáneos de ahora.

Este panorama quirúrgico, persigue eliminar, la ya muy vieja y mala tradición superstitiosa, de considerar al profesionista como un simple "saca-muelas", para situarlo como lo que en realidad es, un verdadero Cirujano Dentista.

Las apertaciones de las disciplinas de pedagogía y de la cirugía bucal, han sido determinantes para la elaboración de esta tesis, ya que el tema de la misma, estamos ciertos, de que se encuentra en el umbral de las dos.

El tema de la extracción dental, es tan viejo como la humanidad misma; éste -- se presenta al iniciarse el también longevo problema del dolo, y es solo en -- el propósito de su solución, o sea, el de suprimir el mismo, cuando se comienza a distinguir los primeros albores de la exedencia dental.

Ya en la China y en el Japón, se establecían determinadas normas, envueltas -- en características de arte, para la extracción del diente; éstas consistían en que a cada principiante o alumno, se le daba una tabla de madera blanda, con -- varios agujeros, en cada uno de los cuales, se apretaba una clavija que el discípulo aprendía a extraer con los dedos pulgar e índice; poco a poco, según -- adquiría práctica y desarrollaba fuerza, se le iba suministrando tablas de -- madera más duras, con clavijas más y más apretadas, así, una vez graduado, podía extraer dientes a personas doliendas y se convertía, en uno de los exponentes de esta clase de Exedencia primitiva.

Luego pues, se puede sacar como conclusión, que el tema de la extracción dental es y ha sido de siempre; lo único que ha cambiado, son los medios para el -- tratamiento del problema. Por éso es que aquí se cumple aquello que está escrito: "NIHIL NOVUM SUB SOLE"

Agradezco al Honorable Jurado, su buena voluntad y benevolencia, en su juicio para con esta tesis, esperando disculpen los errores en que en ella haya incurrido.

EL SUSTENTANTE.

GENERALIDADES DE TECNICAS QUIRURGICAS EN EXTRACCIONES MULTIPLES Y -
REGULARIZACION DEL PROCESO ALVEOLAR EN PROTESIS INMEDIATA.

S U M A R I O :

CAPITULO I : RELACIONES OSEAS; PARODONTO ; E INERVACION DE LAS ZONAS POR OPERAR.

- d).-RELACIONES OSEAS {
a).- Maxilares.
b).- Mandibula.
c).- Anatomia quirúrgica de los procesos alveolares.
d).- Raíces dentarias.
- 6).- PARODONTO {
1.- Encía.
2.- Ligamento paradental.
3.- Cemento.
4.- Hueso alveolar.

c).- INERVACION ----- NERVIOS TRIFACIALES O TRIGEMINOS.

CAPITULO II : ESTUDIOS E INDICACIONES PREOPERATORIAS,

- a).- Estudios de laboratorio.
b).- Estudio radiográfico.
c).- Historia clínica.

CAPITULO III : MATERIAL E INSTRUMENTAL QUIRURGICO; SECUENCIA DE LA TECNICA QUIRURGICA.

CAPITULO IV : ANESTESIA Y TECNICA DE EXTRACCIONES MULTIPLES.

CAPITULO V : TECNICA DE REGULARIZACION DEL PROCESO ALVEOLAR.

CAPITULO VI : INDICACIONES POST-OPERATORIAS.

BIBLIOGRAFIA.

CAPÍTULO # 1: RELACIONES ÓSEAS; PARODONTO E INERVACION DE LAS ZONAS POR OPERAR.

a) RELACIONES ÓSEAS:

a).- MAXILARES: Son dos, uno derecho y otro izquierdo. Cada maxilar se compone de un cuerpo en forma piramidal que contiene el seno maxilar; presenta cuatro apófisis y cuatro caras, a saber:

- + Apófisis cigomática.- Se dirige hacia afuera y se articula con el malar.
- + Apófisis frontal.- Se dirige hacia arriba y se articula al frontal.
- + Apófisis alveolar.- Donde se alojan los DIENTES SUP. E. INFERES.
- + Apófisis palatina.- De curso horizontal, se une a la del lado contrario y forma la mayor parte del esqueleto del paladar duro.

Una cara nasal.- Pared externa de la cavidad nasal.

Una cara orbitaria.- Pared de la órbita.

Una cara infratemporal.- Pared ventral de la fosa infratemporal.

Una cara anterior.- Cubierta por los músculos faciales.

En la cara anterior del maxilar por debajo del borde infraorbitario presenta el agujero infraorbitario, por el que pasa el nervio y la arteria infraorbitaria. - Desde el punto de vista quirúrgico de esta tesis, la parte que mas nos interesa son los procesos alveolares de los dientes superiores.

b).- MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA: Consta de un cuerpo en forma de "U" y dos ramas, por la cara externa del cuerpo, en la parte media, -- presenta la apófisis mentoniana y mas abajo la eminencia mentoniana.

Hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano por donde salen vasos y nervios mentonianos, mas atrás se observa la línea oblicua externa, en donde se insertan los músculos: Triangular de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba. En la cara posterior, cerca de la línea media, se encuentran las apófisis geni, donde se insertan los músculos: Genioesternos y Genihioideos.

Mas atrás nos encontramos con la línea interna Milohioideo donde se inserta el músculo Milohioideo; por encima de esta línea se observa la foseta sublingual y atrás y abajo la foseta submaxilar.

su borde inferior: presenta las foveas Digástricas (lugar de inserción del músculo Digástrico).

Su borde superior: presenta los ALVÉOLOS DENTALES.

Ramas: En la interna se encuentra el orificio superior del conducto vestibular, por él, se introducen vasos y nervios de ramos inferiores, nos encontramos también, con la espina de Spix, en la cual se inserta el ligamento fonomaxilar. En la cara interna de la rama, en su parte anterior, se inserta el músculo nasotero. Hacia abajo vemos el surco milohialideo, donde se alojan vaso y nervios del mismo nombre.

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

c).- ANATOMÍA HISTOLÓGICA DE LOS PROCESOS ALVÉOLOS DENTALES

Los alvéolos alojan, dan forma, dirección y fijación a las raíces de los dientes:

Desde el punto de vista quirúrgico, de esta testa, las partes más importantes: el maxilar superior y el maxilar inferior, con los procesos alveolares; a, í se implantan los dientes; en superiores: tienen relación más o menos íntima con las fosas nasales, los senos maxilares y las fosas pteriomaxilar y orbitales.

El maxilar: está limitado hacia dentro por una lámina de tejido óseo compacto, muy espesa, que se prolonga con la apófisis palatina, í. se al unirse con la del lado opuesto, forma la parte anterior de la óveda palatina ósea. Por fuera se limitan por otra lámina de tejido compacto, sumamente delgado que a veces llega a ser papirácea (en superiores).

En la parte media, estos procesos están unidos y constituyen las cavidades destinadas a recibir las raíces de los dientes; estas cavidades se hallan separadas entre sí, por lámina de tejido compacto, de manera que cada raíz dentaria se encuentra rodeada completamente por este tejido. Entre cada uno de los alvéolos existe tejido esponjoso, más abundante en maxilares que en inferiores.

La constitución ósea de los alvéolos inferiores, es idéntica a la de los superiores.

41 42 LOS DIENTES:

- + *Incisivos centrales.*— Son cónicos e vértice superior, tan unu a cinco mm. aproximadamente del suelo de las fosas nasales.
- + *Incisivos laterales.*— Son más pequeños que los centrales y ligeramente — aplastados mesiodistalmente.
- + *Caninos.*— Casi perfectamente cónicos, se dirigen al igual que los anteriores, oblicuamente de abajo hacia arriba y de adelante atrás; su lámina externa es delgada y la interna resistente.
- + *Primeros premolares.*— Únicos o dobles. Si son dobles, uno es bucal y otro — palatino, ambos cónicos y de poco calibre. Si es único: su forma es mas o menos aplastada mesiodistalmente y a veces su corte transversal tiene forma de "8", por la tendencia de la raíz a bifurcarse, su dirección es casi vertical, ligeramente inclinada hacia adentro y a fuera, su vértice está mas o menos de 4 a 6 mm. del piso del seno maxilar.
- + *Segundos premolares.*— Casi siempre único, aplastado mesiodistalmente su vértice, está en la proximidad del piso del seno maxilar y a veces en íntimo contacto con él. Este es el alvéolo mas cercano al seno y el mas peligroso en su extracción, por la posibilidad de introducirse en él.
- + *1 Molar.*— Con este diente, el reborde alveolar llega a su máximo espesor, por ser este diente el mas voluminoso y el que — tiene raíces mas divergentes. Tiene tres alvéoles: uno — palatino, el mas amplio de forma cónica, por lo general sigue la dirección oblicua de afuera a dentro y de abajo hacia arriba, y casi sin desviaciones. Uno mesial que es el mas grande, aplastado mesiodistalmente en dirección — oblicua: de dentro a fuera y con frecuencia, con una curvatura en la parte media de su extensión.

El distal es el mas pequeño, casi cónico inclinado de adentro a afuera muy rara vez con curvatura; estos dos últimos alvéolos están muy próximos a la tabla externa del hueso y no es raro que ésta se halle constituida - por una lámina papirácea; su relación con el seno maxilar es muy íntima.

II Molar.- Semejante al primero, están mas juntos debido a la menor divergencia de sus raíces; a veces los dos bucales están anquilosados, el espesor de la pared externa del hueso es menor en este sitio; su relación con el seno maxilar no es tan íntima.

III Molar.-Sus anatomías son semejantes a los molares anteriores; son variables.

ALVEOLOS INFERIORES:

Incisivos, centrales y laterales.- Son aplastados en forma mesio-distal, mas anchos en bucal que en lingual, la tabla externa es mas - delgada que la interna; son casi rectos, algo dirigidos oblicuamente de arriba a abajo y de adelante a atras.

Canino.- Mas cónico que los incisivos y menos que el canino superior, - mas ancho en sentido bucolingual que mesiodistal, su dirección es casi vertical y su profundidad es mayor que los alvéolos vecinos, la tabla externa es mas delgada que la interna.

Primero y Segundo premolares.-Casi cónicos, menos profundos que el del - canino, con tablas óseas interna y externa, muy espesas, aunque mas delgada la externa; el agujero mentoniano generalmente se encuentra a la altura del segundo premolar.

Primer molar.-Son generalmente dos, uno mesial y otro distal; aunque algunas veces el mesial está dividido en dos, uno bucal y -- otro lingual, el espesor de las tablas es bastante grande. El alvéolo mesial está aplastado en sentido mesiodistal y dirigido de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante.El distal es casi recto y oblicuo de adelante hacia atrás, es mas estrecho en sentido bucolingual.

Segundo molar.— Son más anchos que los primeros, su forma es semejante, su dirección es menos divergente; están más próximos a la tabla interna que a la externa del hueso, por lo que ésta última tiene ranuras; estos alvéolos son curvos, a veces el mesial con cavidad posterior, el distal con cavidad anterior y los extremos inferiores con tejido esponjoso.

Tercer molar.— Semejantes a los molares anteriores, son variadas.

d).—**RAÍCES DENTARIAS:** La dirección, dimensión y la forma de las raíces, están en dirección, dimensión y forma de los alvéolos dentarios de cada uno de los dientes. Desde el punto de vista quirúrgico de esta tesis, se clasificarán a los dientes permanentes superiores en cuatro grupos:

- I.—Incisivos y caninos.
- II.—Premolares,
- Maxilar superior. III.—Primero y segundo molares.
- IV.—Terceros molares.

Y a los inferiores en tres grupos, a saber:

- I.—Incisivos, caninos y premolares.
- Maniñeta. II.—Primero y segundo molares.
- III.—Terceros molares.

Características anatómicas y de número de las raíces de los dientes superiores.

Primer grupo:

Incisivos centrales: Una raíz cónica, casi recta, se dirige de abajo hacia arriba y al o lo atrás adelante.

Incisivos laterales: Una raíz casi cónica, con el ápice aplastado tanto mesiodistal, raíces del lado y curva hacia distal.

Canino: Una raíz irregularmente cónica, a veces con aplastamiento mesiodistal, su ápice está encorvado hacia distal, es la raíz más larga de todos los dientes.

Segundo grupo:

Primer premolar.— Una raíz aplanada en sentido mesiodistal, con tendencia a bifurcarse, la que a veces se produce en sus dos tercios apicales o en su tercio apical solamente o en toda su longitud, que de ser así, las raíces están colocadas siempre una hacia bucal y otra hacia palatino. Si es única (50%), es gruesa de ápice redondeado; si son dobles, éstas son delgadas, cónicas, rectas y algo divergentes.

Segundo premolar.— Una raíz, mas larga que la del primer premolar, aplanada en sentido mesiodistal, muy rara vez se bifurca y si lo hace es en las proximidades del ápice.

Tercer grupo:

Primer molar.— Posee siempre tres raíces, una mesial, una distal y otra palatina; son ampliamente divergentes, sobre todo la última.

La palatina es la mas larga, robusta, recta y generalmente cónica. La mesial es mayor que la distal, mas ancho de bucal a lingual, que de mesial a distal; la mesial se dirige hacia -- adelante y hacia fuera y luego se encorva hacia atrás, es de ápice redondeado. La distal es la mas pequeña de las tres, -- casi recta y delgada, sigue una dirección hacia atrás y hacia a fuera.

Segundo molar.— Son tres raíces, menos divergentes y con mayor tendencia a encorvarse hacia atrás con respecto al primer molar; a veces -- las tres raíces están fusionadas, otras, solo las bucales y otras, la palatina junto con al; una de las bucales.

Cuarto grupo:

Tercer molar: Puede ser de tres a cinco raíces, son de forma variable e irregulares, de anatomía semejante a los molares anteriores.

Características anatómicas y de número de las raíces de los dientes superiores:

Primer grupo:-

Incisivos, centrales y laterales.-Tiene una sola raíz, muy aplastada en sentido mesiodistal, muy delgada, recta y están colocadas mas cerca de la faja externa que de la interna.

Canino.-Una raíz, recta, aplanada en sentido mesiodistal y mas grande que la de los incisivos.

Primer premolar.-Tiene una raíz, con leve aplastamiento mesiodistal, con tendencia a la conicidad y terminando en ápice puntiagudo, con frecuencia su raíz es recta.

Segundo premolar.-Una raíz, generalmente cónica con ápice redondeado, es mas ancha y mas larga que la del primero y ligeramente aplastada mesiodistalmente.

Segundo grupo:

Primer molar.-Tiene dos raíces, una mesial y otra distal; la mesial se dirige hacia adelante y luego hacia atras, es ancha en sentido bucolingual y muy aplastada en mesiodistal; la distal va hacia atras y luego es vertical, a veces se encorva hacia distal o hacia mesial, ambas raíces son cónicas.

Segundo molar.-Tiene dos raíces, menos divergentes que la del primero, que se fusionan muchas veces en una sola.

Tercer grupo:

Tercer molar.-De una raíz hasta cinco, fusionadas o no, de forma variable e irregular.

b) PARODONTO.

El parodonto es la unidad biológica y funcional que protege y sostiene al diente.-Sus elementos constituyentes son:

- 1.-Encía.
- 2.-Ligamento parodontal.
- 3.-Cemento.
- 4.-Hueso alveolar.

1.-Encía.- Es la parte de la mucosa oral que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes, es de color rosado, -resilente, firme y unida firmemente al hueso alveolar. Existen tres tipos de encía, a saber:

- ENCIA MARGINAL
- ENCIA INSERTADA
- ENCIA ALVEOLAR.

ENCIA MARGINAL.- Es la porción de la encía no adherida que rodea el diente a modo de collar; mide aproximadamente un milímetro de ancho; limitada por el surco gingival libre, no se encuentra adosada al diente en su parte interna, sino únicamente en su parte de la base del surco gingival. Su parte interna se conoce como "intersticio gingival", tiene forma de "V", su profundidad es de uno a cinco milímetros, aunque puede no existir.

ENCIA INSERTADA.-Es la continuación de la encía marginal y llega al límite marcado por la línea mucogingival; es firme, resilente y fuertemente unida al cemento y hueso alveolar subyacente, con diámetro de tres a nueve milímetros, variano el diámetro según donde se encuentran. Presenta puntilleo (semejante al de una cáscara de naranja), el cual puede ser fino o bien, tener una forma burda, puede variar según el individuo, edad, sexo; en la niña y en la mujer suele ser mas fino.

ENCIA ALVEOLAR.-Es la encía insertada de la mucosa alveolar, limitada por la línea mucogingival, caracterizándose por su tono rojizo y consistencia suave; está constituido por tejido conjuntivo laxo que permite el movimiento de la mucosa.

2.- *Ligamento paradontal.*- La membrana paradontal está compuesta por haces - de fibras y células del tejido conectivo, restos - epiteliales, vasos sanguíneos linfáticos y nervios. Los elementos mas importantes de la membrana son sus fibras principales o colágenas, dispuestas en haces; estas se insertan en el cemento y el hueso, su fijación es muy resistente y se encuentran dispuestas en seis grupos:

1.- *Fibras gingivales libres.*- Ocupan la parte vestibular lingual e interproximal y se insertan en el cemento, debajo de la inserción epitelial en forma de abanico, éstas adhieren la encía al diente.

2.- *Fibras transeptales.*- Se extienden por interproximal sobre la cresta alveolar incluyendo el cemento del diente vecino, su función es mantener el contacto entre las piezas.

3.- *Fibras oblicuas.*-Son las mas numerosas y fuertes, se insertan en el cemento y se dirigen oblicuamente en dirección oclusal, su función es soportar la fuerza masticatoria y transformarla en tensión sobre el hueso alveolar.

4.- *Fibras cresta-alveolares.*-Se insertan en el vértice de la cresta alveolar y del otro extremo al cemento del diente; su función es detener al diente en su alvéolo y ayudar a resistir los movimientos laterales del diente, durante la masticación.

5.- *Fibras horizontales.*-Van perpendicularmente al cemento del hueso y su función es la de soportar los movimientos laterales.

6.- *Fibras apicales.*-Este grupo de fibras están - dispuestas en forma radial, de cemento a hueso, e impiden que el diente se desaloje.

Las funciones de la membrana paradontal son:

- 1.-FORMATIVA.
- 2.-SENSORIAL.
- 3.-NUTRICIONAL.
- 4.-DE SOSTEN.

3.-Cemento: Es un tejido mezenquimatoso calcificado, de origen mesodérmico, proveniente de la capa externa del saco dentinario, es la parte del diente que tiene mas íntima relación con la membrana paradontal; se encuentra mas delgado en cervical que en apical. El cemento puede ser de dos formas: CELULAR Y ACELULAR.

+ El cemento celular: Se encuentra una porción apical y los cemento-blastos se encuentran como elementos distintos dentro del tejido.- Conforme avanza la edad se encuentra menor cantidad de cemento - celular en la mitad apical e la raíz y zonas de la bifurcación.

+ El cemento acelular; se encuentra cervicalmente, es claro y sin estructura y está formado por los cemento-blastos.

Las funciones del cemento son:

1.-Compensa el movimiento de erupción activa y la mesialización fisiológica por medio de aposiciones del cemento, que se efectuan durante toda la vida activa de la pieza dentaria.

2.-Forma cemento joven, dando apoyo e inserción a las fibras principales del liqamento paradontal.

4.-Hueso alveolar:

Es la estructura ósea de sostén que rodea al diente formando alvéolos, - se compone de una matriz calcificada con osteocitos dentro de los espacios denominados lagunas; existen dos tipos de hueso: ALVEOLAR Y DE SOPORTE.

+ HUESO ALVEOLAR.-Es un elemento óseo compacto y delgado, con numerosas soluciones de continuidad, por donde atraviesan vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. No se encuentra cubierto de periostio y solo corresponde a donde se insertan las fibras principales de la membrana paradontal; está formado para sostener - al diente.

+ HUESO DE SOPORTE.- También llamado lámina cortical, está cubierta - de periostio y es aquí donde se adosa la encía. Esta se reabsorve según sea su necesidad o se absorbe, según sus requerimientos.

La lámina dura o hueso cribiforme es el que está en contacto con el liqamento paradontal, donde pasan elementos nutricionales y nervios.

c 1).-INERVACION.- La sensibilidad de las zonas por operar, está dada por la inervación de la segunda y tercera ramas del nervio trigémino, a saber: el nervio del maxilar superior y el nervio del maxilar inferior.

NERVIO TRIGÉMINO: Es el quinto par craneal y mas grande de todos los nervios craneales; está encargado de transmitir la sensibilidad de la mayor parte de la cara y de la mitad anterior de la cabeza, además es el nervio motor de los músculos masticadores. Es un nervio mixto, pues posee una larga raíz sensorial y una mas pequeña o raíz motora.

Origen aparente.- En una raíz voluminosa y sensitiva y en otra raíz pequeña y motriz, colocadas ambas en la cara infralateral de la protuberancia anular.
Origen real.- Ganglio de gasser.

Este nervio como su nombre lo indica, posee tres ramas:

- 1.-Nervio oftálmico.
- 2.- Nervio del maxilar superior.
- 3.- Nervio del maxilar inferior.

1.-Nervio oftálmico.-Es la rama mas pequeña de las tres, sale de la parte superior del ganglio de gasser y llega a la órbita de la pared externa del seno cavernoso.- Da tres ramas terminales: interna o nervio nasal; media o nervio frontal y externa o nervio lagrimal.

Este nervio no nos interesa, para los fines de esta tesis, ya que no interviene en las inervaciones de las zonas por operar, pues solamente se distribuye en el globo ocular, glándula lagrimal, anexos del ojo, fosas nasales, piel de la frente y la piel de la nariz.

2.- Nervio del maxilar superior. Sale del craneo por el agujero redondo mayor y penetra en la fosa pterigomaxilar; recorre esta fosa de atrás a adelante y penetra en la cavidad orbital por la escotadura esfenomaxilar, sigue por el conducto situado en el suelo de la órbita yendo a salir por el agujero infraorbital, para distribuirse en un verdadero ramillete y que se dirige al párpado inferior, a la ala de la nariz y al labio superior; en este recorrido, el nervio maxilar superior da varias ramas principales:

- + Nervio ciomático.- Está en plena fosa pterigomaxilar, que atraviesa en hueso malar y da sensibilidad a la piel del carrillo.

- + Nervio esfenopalatino.- Forma las raíces del ganglio de Meckel.
- + Nervios dentarios posteriores.- Se desprende del nervio maxilar superior en el momento en que va a penetrar en el canal infraorbitario; son dos o tres que recorren la tuberosidad del maxilar de arriba hacia abajo y entran en el hueso maxilar por los orificios dentarios posteriores - en plena fosa cigomática; **INERVA LOS TRES MOLARES SUPERIORES, SUS LIGAMIENTOS Y ALVEOLOS DENTINARIOS, SUS FALANGES ALVEOLARES Y ENCIAS PROXIMAS AL CUELLO DE LOS DIENTES.**
- + Nervios dentarios medios.- Son inconstantes y se desprenden del nervio maxilar superior a la altura de los **FRENOLARES** y a veces en la raíz mesial del **PRIMER MOLAR** o en el **CANINO**.
- + Nervio dentario anterior.- Nace del nervio maxilar superior, por detrás de su salida del agujero infraorbitario, va por un conducto ahuecado en la pared anterior del seno maxilar y se divide en una serie de pequeños ramos que se anastomosan en los nervios dentarios posteriores y forman un plexo.
- + Nervios palatinos.- Son nacidos del ganglio de Meckel; los que descendiendo por los conductos palatinos, llevan por el agujero palatino posterior a la bóveda del paladar y son tres, a saber:
 - Nervio palatino anterior.- A la fibra mucosa palatina hasta la altura de los **CANINGS**.
 - Nervio palatino medio.- Al paladar blando, úvula y amígdalas.
 - Nervio palatino posterior.- Algunos músculos del velo del paladar.

3.-Nervio del maxilar inferior.- Es un nervio mixto que sale del craneo por el agujero oval y se divide inmediatamente en siete ramas terminales que son: pterigoideo interno; maseterina; temporal profunda media; bucal aurícula-temporal; lingual y dentario inferior. En las zonas por operar intervienen las siguientes:

a).-Rama maseterina.- Desde el agujero oval se dirige hacia afuera y un poco hacia atrás, pasa entre la pared superior de la fosa cigomática y el músculo pterigoideo externo cruzando su borde superior, atraviesa la escotadura del maxilar inferior entrando por la cara profunda del músculo masetero y terminando en varios ramos.

b).-Rama del nervio bucal lar_o.- Pasa entre los dos haces del músculo pterigoideo externo distribuyéndose en el músculo buccinator, mucosa del carrillo, encla del labio externo del maxilar inferior, correspondiente - al espacio comprendido entre el **PRIMERO** y **SEGUNDO MOLAR**.

c).- Rama dentaria inferior.- Es la mayor de todas las del maxilar inferior y la más importante, penetra al canal dentario por el orificio dentario - posterior, al llegar al canal de la rama ascendente en pleno canal emite los ramos para los dientes, LOS LIRIEMENTOS A LOS MOLARES Y A LOS MOLARES - AL MOLARES Y LOS MOLARES. A la altura del orificio mentoniano sale el nervio mentoniano.

d).- Rama nervio mentoniano.- Da sensibilidad a la piel y a la mucosa del LABIO INFERIOR, A LA ENCIA EXTERNA DE LOS MOLARES, CANINOS Y INCISIVOS.

e).- Rama lingual.- Corre paralelamente al dentario inferior, un poco por detrás y por delante de ésta, pasa entre la cara externa del músculo pterigoideo interno y la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior; - llega a la base de la lengua, la cual recorre, de atrás a adelante inervando sus tercios anteriores, emite ramas colaterales que inervan las encías de la parte interna de la mandíbula.

CAPITULO II: ESTUDIOS E INDICACIONES/PROCEDIMIENTOS.

a).-ESTUDIOS DE LABORATORIO.- Las pruebas de laboratorio clínico, nos permite con seguridad, la detección de enfermedades en pacientes sospechosos; éstas darán la información adecuada sobre el especialista ideal, al cual se le deberá de remitir, para el mayor control del enfermo en la intervención.

Los estudios necesarios para la operación son:

BIOMETRIA HEMATICA.

Cifras normales.

	MUJER.	HOMBRE.
Eritrocitos-----	4.0 - 5.2	4.5-6.0 millones/mm ³
Hemoglobina-----	12.1 - 16	14 - 18 g %
Hematocrito-----	37 - 47	40 - 54 %
C.M.H.G.-----	30 - 36	30 - 36 %
V.G.M.-----	86 - 98	89 - 101 micrones ³
Eritrosedimentación-----	0 -15	0 - 10 mm / hora
Leucocitos-----	5,000	10,000 mm ³

FORMULA LEUCOCITARIA

Linfocitos-----	22 - 33 %
Monocitos -----	3 - 8 %
Eosinófilos -----	1 - 4 %
Basófilos -----	0 - 1 %
Neutrófilos totales -----	44 - 72 %

HEMOGRAMA DE SHILLING

Mielocitos-----	0 %
Metamielocitos-----	0-1%
Neutrófilos segmentados-----	40-66 %
Neutrófilos en banda -----	0-6 %

TIEMPO DE PROTROMBINA.- Cantidad normal en porcentaje de 70 a 100 %, dependiendo del reactivo que varia de 11 a 14 segundos.

TRONCO PLASTINA.-Tiempo normal de 35 a 45 segundos, dependiendo del reactivo (casi nunca es mayor de 60 segundos).

TIEMPO DE CUASULACION.-Tiempo normal es de 5 a 11 minutos, ésto se obtiene por el método mas común que es el de " Tubos " y se realiza en sangre venosa:

- a).- De 2 tubos de 5 minutos a 11 minutos.
- b).- De 3 tubos..... de 5 minutos a 15 minutos.

TIEMPO DE SANGRADO.-De 1 minuto a 6 minutos (método Ivy de Ucke).

b).-ESTUDIO RADIOGRAFICO:

Objetivos.- Comprobar la forma y posición de las piezas dentarias, restos radiculares existentes y densidad ósea de los procesos alveolares. Las radiografías por tomar son:

- + Dos oclusales; superior e inferior.
- + Periapicales de todos los dientes.

c).-HISTORIA CLÍNICA: Básicamente la historia clínica persigue los siguientes objetivos: para reconocer el estado de salud del paciente y - detectar algunas enfermedades o anomalías que pudiera alterar el éxito de la intervención; para poder elegir el tratamiento adecuado y las disposiciones correspondientes a la anomalía o anomalías que estén afectando al paciente por intervenir, así como la toma de medicamentos bajo estricto control para la determinación de la patología ya sea consciente o ignorada por el paciente, es necesaria la historia clínica; la historia clínica también será un documento gráfico, oficialmente médico, de gran valía e importancia que será presentada siempre con la firma del paciente en caso de reclamación judicial por incompetencia profesional falsa. La historia clínica - es un cuestionario a base de preguntas sobre las principales enfermedades y patologías de sus si nos y síntomas así como de la exploración de entec dentes heredofamiliares.



ALUMNO
CLINICA INTEGRAL

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO
DATOS PERSONALES:

HISTORIA CLINICA

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Dirección _____ Ocupación _____
Edo. Civil _____ Originario de _____ Lugar donde trabaja _____
Tel: _____ Fecha _____ Nivel socio-económi-
co _____

MOTIVO DE LA CONSULTA O PADECIMIENTO ACTUAL.

Signos y síntomas, evolución.

Estado actual _____
Ultima visita al médico _____ fecha _____ motivo _____
Nombre del médico _____ Dirección _____
Tel: - _____

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE.

Complexión _____ Peso _____ Estatura _____

Aspecto general del paciente:

Satisfactorio _____ Regular _____ Malo _____

PARA LLENAR POR EL PACIENTE.

Nombre _____

Fecha _____



SI

- _____ Le han dicho alguna vez que padezca trastornos cardiacos?
- _____ Respira ud. fácilmente
- _____ Ha padecido fiebre reumática dolores de crecimiento o
- _____ contractura de las extremidades
- _____ México Se ha desmayado más de dos veces en su vida?
- _____ Ha tenido vértigos o vahidos a temporadas
- _____ Se le hinchan los tobillos
- _____ Padece a menudo dolores intensos de cabeza
- _____ Le ha informado algún médico de que padezca neuritis
- _____ Ha tenido alguna vez trastornos nerviosos
- _____ Le ha dicho algún médico que padezca epilepsia
- _____ Tiene usted obstrucción nasal con frecuencia
- _____ Tiene asma, fiebre de heno sinusitis o dolores frecuentes de garganta?
- _____ Ha padecido tuberculosis, enfisema u otras enfermedades pulmonares?
- _____ Sufre de dolores de estómago o de diarrea frecuentes?
- _____ Ha tomado alguna vez tabletas de tiroides?
- _____ Ha padecido usted o algún miembro de su familia diabetes?
- _____ Le han dicho alguna vez que padezca del riñón o vejiga?
- _____ Ha padecido de los oídos o de trastornos de los ojos, aparte de aquellos que imponen el uso de lentes?
- _____ Es usted sensible o alérgico a alguna medicina determinada (penicilina, aspirina, novocaína).
- _____ Ha aumentado o disminuido mucho de peso recientemente?
- _____ Ha padecido sífilis o alguna otra enfermedad venérea?
- _____ Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?
- _____ Le han aplicado alguna vez serie de inyecciones?
- _____ Padece de algún tumor o de cáncer?
- _____ Le han aplicado alguna vez anestesia? Local _____ General _____
- _____ Le han dicho alguna vez que no tome novocaína o algún otro medicamento?
- _____ Está tomando alguna medicina o recibe tratamiento de algún médico? que doctor le trata? _____
- _____ Ha tenido alguna vez hemorragias copiosas despues de extracciones de dientes, traumatismos o de pérdida de sangre por la nariz? ¿Padece del hígado?
- _____ Le han tratado alguna enfermedad de la piel?
- _____ Padece a menudo de dolor e inflamación en las articulaciones?
- _____ Ha sufrido más de una fractura o luxación?
- _____ Tiene usted artritis?
- _____ Padece a menudo de dolores de muelas?
- _____ Sangran sus encías cuando se limpia los dientes?
- _____ Recuerda si ha padecido dolores intensos de boca?
- _____ Le han tomado radiografías de sus dientes?
- _____ Describa en pocas palabras cual es su opinión de su estado general de salud. _____



INTERROGATORIO

ANTECEDENTES FAMILIARES
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE

Viven sus padres actualmente?	SI	NO
Causa del Fallecimiento	_____	
Viven sus hermanos?	SI	NO
Causa del fallecimiento	_____	
En su familia han sufrido alguna de las siguientes enfermedades?		
Neoplasias		
Diabetes	Enf. cardiovasculares	
Hipertensión Arterial	tuberculosis	
Hipotensión arterial	alergias	
Sífilis	toxicomanías	
Otros	hemofilia	

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Enfermedades venéreas	Hepatitis
Tuberculosis	Úlcera G. D.
Paludismo	Cardiopatías
Amigdalitis	Alergias
Artritis y fiebre reumática	Traumatismos
Trastornos renales y hepáticos	Operaciones
Trastornos neurológicos	Otros _____

ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ

Paperas	Tosferina
Víruela	Amigdalitis
Sarampión	Adenoides
Escarlatina	Otros _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Tipo de casa habitación) _____
 Cuantas personas viven _____
 Tipo de trabajo) _____
 Alimentación _____
 Tipo de ejercicio _____
 Descanso _____
 Higiene personal _____
 Hábitos como alcohol y tabaco _____
 Cantidad _____



INTERROGATORIO DIRECTO

CARDIOVASCULAR _____
UNIVERSIDAD NACIONAL _____

RESPIRATORIO _____
MÉXICO _____

GASTROINTESTINAL _____

NEUROLOGICO _____

ENDOCRINO _____

HEMATOLOGICO LINFATICO _____

DERMATOLOGICO _____

GENITO URINARIO _____

MUSCULO ESQUELETICO _____

RADIACIONES _____

ALERGIA _____

Lista de medicamentos que ha tomado durante los últimos seis meses:

Hospitalización: _____ Ciudad _____ Motivo _____

Complicaciones: _____

SIGNOS VITALES:

Pulso _____

Respiración _____

Presión arterial _____

Pruebas de laboratorio _____

RESUMEN DEL ESTADO GENERAL ACTUAL DEL PACIENTE.

FIRMA DEL PACIENTE _____

EXAMEN CLÍNICO BUCAL.

Fecha de la última consulta al Cirujano Dentista _____
 Reseña de trabajos realizados _____
 Comentarios y dificultades _____



1. - EXAMEN EXTRAORAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE

a) CABEZA: Tamaño y forma _____
 Movimientos _____
 Postura _____

b) CARA: Simetría _____
 Color de la piel _____
 Tono Muscular _____
 Características de fisonomía _____

c) CUELLO Simetría _____
 Palpación de glándula Tiroides _____
 Palpación de nódulos linfáticos _____

d) ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR.
 Desviación durante la apertura _____
 Deslizamiento del cóndilo _____
 Simetría y movimientos _____
 Sensibilidad y chasquido _____
 Otros _____

2. - EXAMEN INTRAORAL.

	Superior:	Inferior:
a) LABIOS:	Forma _____	_____
	Tamaño _____	_____
	Color _____	_____
	Palpación _____	_____
	Borde bermellón _____	_____
	Comisuras labiales _____	_____

b) MUCOSA YUGAL.
 Consistencia _____
 Color _____
 Papila de Stenson, palpación _____
 Frenillos labiales: superior _____ inferior _____
 Frenillos bucales superior _____ inferior _____

c) PALADAR DURO.
 Forma _____
 Altura _____ Anchura _____
 Color _____ Palpación _____

d) PALADAR BLANDO.
 Forma _____ Altura _____
 Color _____ Palpación _____

e) **UVULA**



Tamaño _____ Color _____

f) **AMIGDALAS**

Tamaño _____ Color _____

g) **PARED POSTERIOR DE LA FARINGE** _____

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE

México

h) **LENGUA:**

Tamaño _____ Color _____

Palpación _____

Supr. dorsal _____

Papilas filiformes _____

Papilas fungiformes _____

Papilas foliadas _____

Papilas calciformes _____

Superficie ventral _____

Borde de la lengua _____

i) **SALIVA:**

Cantidad _____

Consistencia _____

j) **PISO DE BOCA:**

Color _____ Palpación _____

Papila de Wharton _____

Frenillo lingual _____

Glándulas salivales submaxilar _____

sublingual _____

EXAMEN PARODONTAL.

Encía: Color _____ Textura _____ Tono _____

Encía marginal _____

Papila interdientaria _____

a) recesivo b) normal c) erupción pasiva o retardada

d) hipertrofia c) hiperplasia f) gingivitis.

g) Lesiones _____

Surco gingival _____

a) sangrado b) supuración

Periodonto _____

Periodontitis _____

Profundidad y contorno _____

Bolsas parodontales _____

Encía adherida _____

Higiene que practica _____

Oclusión _____

Exámen radiográfico _____



de piezas _____
de piezas _____

Caries _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CALIFORNIA

a) márgenes b) contorno c) Contacto

Abrasión _____

a) ocupacional b) habitual c) neurótica.

Depósitos:

a) manchas b) placa c) materia alba d) tártaro.

Movilidad:

Clase I 2. 3.

Percusión:

a) vertical b) horizontal

Prueba de vitalidad.

a) frío b) calor c) corte dentario

d) corriente eléctrica.

CAPITULO I I I .-MATERIAL E INSTRUMENTAL QUIRURGICO: EFICIENCIA DE LA TÉCNICA QUIRURGICA.

Los materiales quirúrgicos necesarios para la intervención de las extracciones múltiples y su consecuente regularización del proceso alveolar son:

Guantes quirúrgicos.

Cubre bocas.

Campo quirúrgico.

Gasas estériles (10 x 10 centímetros y 7 x 7 centímetros).

Tres cartuchos de anestesia dental local.

Agujas para sutura.

Sutura seca 4-0.

Hojas de bisturí número 15 y número 13.

En cuanto al instrumental y aparatología, serán las siguientes:

Para la extracción de todas las piezas dentarias se deja siempre la libre elección, según el criterio del cirujano, para los fórceps y elevadores de extracción dental; en esta tesis se tratará de dar el panorama más completo de armamentario de exodoncia, así como también una pauta de un criterio a seguir.

Para la extracción de las piezas dentarias superiores se pueden elegir los siguientes fórceps:

Incisivos 99 a; 99 a; 150 ; 28c; 65 ;
 Caninos..... 99 a; 99 a; 150.
 Premolares..... 99 a; 99 a; 150.
 Primero y segundo molar 18 D y L; 53 R y L; 88 R y L; 10 paramóviles.
 Tercer molar..... 10 s; 210 s y 215.
 Raíces y restos radiculares.... 69.; 20t ; 65.

Para piezas dentarias inferiores:

Incisivos, caninos y premolares... 151.
 Primero y segundo molar..... 17; 23; 16; 287.
 Tercer molar..... 222.
 Raíces y restos radiculares..... 151; 69; 103; 203.

La técnica de extracciones múltiples se podrá realizar con el siguiente armamentario, a saber:

- Fórceps 150 de Creyer Universal.....anteriores, premolares superiores.
- Fórceps 88 R 88 L nervius tricornio.....molares superiores.
- Fórceps 68 Honesraíces superiores e inferiores.
- Fórceps 151 Creyer Universal.....anteriores, premolares inferiores.
- Fórceps 17 Universal.....molares inferiores.

- Un elevador recto.
- Dos elevadores de bandera, derecha e izquierdo.
- Una jeringa y agujas larga y corta.
- Un espejo.
- Una careta.
- Una lima para hueso.
- Unas pinzas hemostáticas.
- Unas tijeras para encía.
- Un porta a uñas.
- Una cucharilla quirúrgica.
- Una legra.
- Eyector y extractor quirúrgicos.
- Una a.veolotomo.
- Un mango para bisturí.
- Unas pinzas de curación.

Secuencia de la técnica quirúrgica:

El cirujano podrá realizar las distintas combinaciones, de operación, según su criterio y las condiciones que requiera el caso; seriando ya sea la combinación de la intervención de todo el maxilar o de toda la mandíbula o bien el optar por la operación por cuadrantes, ya sea por lados derechos e izquierdas, o por zonas superior e inferior.

La secuencia de operación por cuadrantes en la planificación de la intervención quirúrgica en la extracción de todos los dientes, se podrá programar de la siguiente manera:

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| I.-Superior derecho. | I.-Superior derecho. | I.-Todo el maxilar. |
| II.- Inferior derecho. | II.-Superior izquierdo. | II.-Toda la mandíbula. |
| III.-Superior izquierdo. | III.-Inferior derecho. | |
| IV.-Inferior izquierdo. | IV.-Inferior izquierdo. | |

La opción de intervenir de cuadrantes por lados nos permite la ventaja de - dejar un lado libre de trabajo y acción alimenticia, mientras el lado opuesto queda intervenido y paralizado para su cicatrización.

La programación de tiempo de la intervención quirúrgica por cuadrantes, podrá ser, en un plazo a 32 días (cuatro semanas), operando en lapsos de ocho días; o en un plazo a 64 días (8 semanas), con lapsos de 15 días.

En la intervención de todo el maxilar y de toda la mandíbula es recomendable dejar unos 15 días entre cada intervención.

El desarrollo de la operación de extracciones múltiples y regularización del proceso alveolar se harán en los siguientes pasos:

- I.-Anestesia del cuadrante o de la zona por operar.
- II.- Extracción seriada y múltiple del cuadrante o zona operatoria.
- III.- Levantamiento del colgajo.
- IV.-Regularización del proceso alveolar.
- V.- Puntos necesarios de sutura.
- VI.- Apósito quirúrgico.

CAPITULO IV.- ANESTESIA Y TECNICA DE EXTRACCIONES MULTIPLES.

ANESTESIA:

La técnica de extracciones múltiples y su subsecuente regularización del proceso alveolar, es un proceso quirúrgico absolutamente indolo.

Existen dos tipos de anestesia que permiten la insensibilidad en el paciente, la anestesia local y general.

El cirujano deberá estar en contacto con un hospital en caso de optar por el uso de la anestesia general, ya que nunca se deberá utilizar este tipo de anestesia en un consultorio dental.

El cirujano deberá limitarse en la administración de la anestesia general, dejando el paso a especialistas en la materia y en un hospital, para un mejor control y cuidado de la vida del paciente.

Solo en muy contadas ocasiones se podrá optar por la anestesia general, está indicada cuando:

I.-Pacientes con deficiencia mental.

II.-Pacientes nerviosos que rechazan la anestesia local por aprensión o temor

III.-Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.

La anestesia local es el medio mas usual, preferentemente, e indicado para este tipo de intervenciones; para su efecto, el cirujano deberá tomar la división de cuadrantes que ha seguido de las distintas técnicas de bloqueo. Las técnicas de bloqueo se dividirán por zonas y éstas en sus dos cuadrantes, en cuanto a las piezas dentales anteriores y posteriores, ya sean superiores o inferiores de toda la boca.

Cuadrante superior derecho.

Cuadrante superior izquierdo.

O zona superior.

Para lograr la anestesia de todos los dientes superiores, se utilizarán las siguientes técnicas: Supraperiostica, bloqueo del nervio esfenopalatino, bloqueo del nervio palatino anterior.

a).-Inyección supraperiostica:

Finalidad.- La solución anestésica se depositará sobre o a lo largo del periostio, deberá difundirse primero, através del periostio y del hueso cortical para llegar al plexo alveolar superior de los nervios que se alojan en el hueso esponjoso.

Técnicas:

I.- Se deberá mantener el labio y la mejilla entre el pulgar y el índice, estiránolos hacia afuera, a fin de distinguir la mucosa alveolar movable

y la mucosa gingival firme del diente por anestesiar.

2.- Se inserta la aguja en la mucosa alveolar movable muy cerca de la gingival y se deposita un ligero impulso de anestésico; se esperan unos segundos y se dirige la aguja en sentido optícal.

3.- Antes de tocar el periostio de sensibilidad exquisita se deposita otro impulso de anestésico, luego se depositará lentamente la solución sin provocar distensión o hinchazón de los tejidos.

b).- Bloqueo del nervio palatino anterior:

Finalidad.- Siempre que una operación ha de afectar los tejidos blandos del lado palatino de los dientes superiores posteriores, estará indicado el bloqueo del nervio palatino anterior.

Técnica:

1.- El bisel de la aguja se coloca en sentido plano sobre la mucosa distal del primer molar y en un punto medio entre el borde gingival y la bóveda del paladar.

2.- Se advertirá al paciente que sentirá la presión de la aguja; ésta se ejercerá con presión llevando a doblar ligeramente la aguja.

3.- Al notar que la mucosa palidece se disminuya la presión enderezándose la aguja; estamos en el epitelio.

4.- Se coloca un impulso de anestesia en lapsos de 5 segundos y penetrando - hasta llegar por debajo del tejido fibroso duro, no se notará resistencia ninguna, si esto sucede, entonces se difunde toda la solución.

c).- Bloqueo del nervio esfenopalatino:

Finalidad.- Insensibilizar los tejidos blandos del lado palatino en anteriores superiores derecho e izquierdo.

Técnica:

1.- La aguja se coloca en sentido plano contra la mucosa y sobre el lado de la papila incisiva apretándolo contra la mucosa.

2.- Se inyecta la solución en el epitelio donde se difundirá rápidamente y empalidecerán los tejidos.

3.- Se empuja la aguja depositando en impulsos de anestesia entre lapsos de tres segundos hasta la entrada del agujero palatino; los dos nervios palatinos, derecho e izquierdo, quedan anestesiados.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.

ZONA INFERIOR.— Para lograr la insensibilidad de la zona inferior se utilizará la técnica de bloqueo del nervio dental inferior y que se podrá complementar con las técnicas de anestesia del nervio mentoniano e incisivos y la del nervio bucal.

a).—Bloqueo del nervio dental posterior derecho e izquierdo:

Finalidad.— Insensibilizar una de las mitades de la mandíbula, una parte de la encía bucal, la piel y la mucosa del labio inferior y la piel de la barbilla.

Técnica:

1.—Con el dedo índice, colocado en el cuerpo de la mejilla se empujará ésta lateralmente.

2.—La jeringa se apoya en los premolares del lado opuesto por anestesiar, — luego, se punciona con la aguja a la altura indicada por la escotadura coronoides.

3.—Se coloca un impulso de anestesia y se esperan cuatro segundos, la aguja se desliza de ésta manera, sucesivamente hasta deslizarla a lo largo del — periostio y sobre la escotadura de la espina de Spix, hacia el surco donde se depositará toda la solución.

b).—Bloqueo del nervio bucal.

Hay tres tipos de técnica para este nervio, a saber:

1.—Bloqueo justo dentro del borde anterior de la mandíbula.

2.—Infiltración por debajo del conducto de Stenon.

3.—Infiltración en el vestíbulo.

3.—La técnica de infiltración en el vestíbulo es la técnica mas — eficaz y por lo tanto la mas usual.

Consiste en poner la inyección en el vestíbulo bucal justo enfrente de los molares, bloqueando así, las ramas terminales del nervio antes que lleguen éstas a la mucosa gingival alveolar.

TECNICA DE EXTRACCIONES MULTIPLES.

Habiéndose descrito la anatomía quirúrgica de los maxilares y mandíbula, así como la de todos y cada uno de los procesos alveolares, juntamente con la de las raíces de todos los dientes y su anestesia de cada uno de ellos, se da paso a la técnica de extracciones de todos los dientes, que se realizan con la división de ésta, en sus tres tiempos, con previa síndeamotomía, a saber:

- 1.-Colocación de los mordientes del fórceps.
- 2.-Luxación del diente.
- 3.-Tracción del diente fuera del alvéolo.

1.-Colocación de los mordientes del fórceps.

El paso inicial en la extracción, es de suma importancia para el buen éxito final, pues si se comete un error en su ejecución, podemos malograrla, a pesar de que los pasos subsiguientes sean correctos.

La colocación de los mordientes se hará con suavidad, colocando primero el interno y luego el externo, colocando ambos mordientes en posición correcta, se efectúa el movimiento de profundización; el que consiste en llevar los extremos del fórceps deslizándolos sobre la raíz del diente, lo mas profundamente posible, en este momento se aprietan las ramas del mango para - asir con firmeza la raíz.

Luego se da paso a la luxación.

2.- Luxación del diente

Consiste en ejecutar ciertos movimientos con el fórceps quirúrgico para desprender las raíces de sus uniones con las paredes alveolares y - así, facilitar su definitiva retirada. Una vez tomada con firmeza por el fórceps la pieza por extraer, se realizará su luxación, ésta puede ser de tres - movimientos:

1.-Luxación externa o hacia el vestibulo.

2.-Luxación interna o hacia lingual.

De vaivén.

3.-Luxaciones rotatorias de acuerdo con el eje mayor del diente hacia mesial y hacia distal.

El primero y segundo movimiento, son llamados de vaivén, son movimientos combinados externos e internos que deben ser ejecutados con fuerza progresiva, - primero a vestibular y luego a lingual.

Los movimientos de vaivén serán ejecutados en todos los dientes, para - la extracción de dientes biradicales y triradicales, estos movimientos en rotación se ejecutarán en estas piezas, ya que habrá fractura radicales y de los rebordes alveolares.

El movimiento 3, o de rotación hacia mesial y distal sobre el eje mayor del diente, es o son movimientos combinados entre sí primero girando hacia distal y luego hacia mesial, teniendo precaución de no lastimar piezas vecinas.

Los movimientos de rotación únicamente deberán ejecutarse en dientes unradiculares de raíz cónica: incisivos centrales y laterales, caninos superiores y premolares inferiores (si éstos tienen este tipo de raíz). Para este tipo de dientes primero se realizarán los movimientos de vaivén y luego los de rotación.

3.-La tracción del diente fuera del alveolo:

Una vez que se ha dislocado el diente, es decir, cuando están rotas las fibras o gran parte de las fibras de ligamento alvéolo dentario, se emitirá una tracción dentaria o fuerza hacia afuera del alvéolo del diente, siguiendo siempre la dirección del eje mayor del diente. En dientes multiradiculares se hará uso de la elasticidad de los maxilares.

El buen exodoncista es aquel que ejecuta su cirugía con la mayor seguridad y - precisión, escasos de traumatismo y empleando todo el tiempo suficiente que el caso lo requiera; y no aquel que hace la cirugía basado en la rapidez, ligereza o en el trauma máximo.

CAPITULO V: TÉCNICA DE REGULARIZACIÓN DEL MODELO ALVEOLAR.

a).-Técnica de alveolectomía con fines protésicos: .

La alveolectomía y la exodoncia, con el fin de preparar el maxilar para la prótesis, puede hacerse en toda la extensión de la arcada, o de otra manera - dividir la operación en 3 zonas; estos procedimientos están en relación con el número de dientes a extraer y estado del paciente. En general preferimos dividir la arcada superior en 3 segmentos:

a).- Segmento posterior derecho.- que se extiende desde el espacio interdentario entre canino y primer premolar hacia atrás,

b).- Segmento posterior izquierdo.- que tiene los mismos límites.

c).- Segmento anterior.- comprendido entre canino y canino, al cual si - no se oponen razones especiales, le realizamos el tratamiento de prótesis - inmediata (iguales consideraciones hay que hacer con el arco mandibular).

Preparación quirúrgica del maxilar y mandíbula con fines protésicos.

Exodoncia y alveolectomía.- En el caso de tener que realizar extracciones con el fin de preparar el maxilar y la mandíbula para que reciban sus tarca- aparatos de prótesis, la exodoncia además de estar regida por los principios preoperatorios, ha de ser planeada y efectuada con fines protésicos. Esto se significa que los rebordes alveolares deben quedar después de la exodoncia, de tal manera que la colocación de la prótesis no se vea molestada, o sea, - dolorosa, el criterio de alveolectomía con fines protésicos ha variado de un tiempo a esta parte en cuanto a las indicaciones y la cantidad de hueso a regularizar. Hay autores que proponen la exodoncia y alveolectomía sistemática en toda la altura del reborde alveolar, Smith entre ellos; quienes sostienen que no se necesita nin_guna remoción ósea y que la mejor preparación quirúrgica, es nin_guna preparación como sostiene De Devén.

Este problema de la exodoncia y alveolectomía, ha sido considerado desde - dos puntos de vista por los cirujanos bucales; algunos de ellos prefieren reali- zar la exodoncia y algunas semanas después la alveolectomía, otros son parti- darios de realizar ambos actos quirúrgicos en una misma sesión.

El criterio quirúrgico debe ser conservador, como piensan la mayoría de - los protesistas y cirujanos de la actualidad, siempre que no esté indicada la alveolectomía correctora, nuestra alveolectomía esta. ilizadora se limita a la - eliminación de las aristas y crestas óseas mas agresivas.

Fura la aplicación de la terapéutica, muchas veces el recurso de la ciru- gía oral es indispensable; en otras ocasión es deber actual de común acuerdo, por realizarse la una, dependiendo de la otra; todas las posibilidades serán- consideradas.

OPERACION:

Incisión.—Se trazan 2 incisiones: La primera ubicada entre canino y primer premolar ligeramente inclinada hacia adelante; en altura, esta incisión tiene las mismas características que las estudiadas en exodoncia. La rama posterior de la incisión se traza en el límite distal del último diente existente en la arcada.

Incisión en la cara palatina.—Un colgajo mínimo es necesario para trazar en la cara palatina para no traumatizar la fibra-mucosa en las maniobras operatorias. Para tal objeto se trazan incisiones paralelas a las bucales y de una extensión de 5 milímetros aproximadamente.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS.—Con una espátula roma o un instrumento adecuado (periostotomo, espátula de Fraer, etc.) y según ya ha sido descrito, se levanta el colgajo mucoperiostático. La cantidad de elevación del colgajo está en directa dependencia con la extensión de la operación, pero por lo común es suficiente separar el colgajo solo hasta la región del tercio apical de los dientes. Este detalle ha sido recomendado por Zuiser, quien aconseja: "No desprender totalmente la fibra mucosa gingival, sino dejarla adherida al hueso a lo largo de su unión con la mucosa móvil del fondo del surco en el momento de suturar lo cual tendría el inconveniente de descender las inserciones musculares y reducir la zona chequeable". Y podríamos agregar: evitar los hematomas y edemas posoperatorios, que son la consecuencia de las intervenciones de larga duración, a nivel del surco vestibular.

El colgajo palatino se prepara según las mismas normas. Ambos se mantienen a artados con separadores; el interno puede ser sostenido con un hilo rienda, que se fija en un molar o la compresa de cuerpo con una pinza de Richar.

OSTEOTOMIA.—De acuerdo con el tipo de extracción a realizarse y según los principios ya señalados en exodoncia, será la magnitud de la osteotomía de la tabla externa; se elimina el hueso con escople o fresa según la técnica.

EXODONCIA.—Estas se realizan según las indicaciones descritas en el capítulo IV de esta tesis.

ALVEOLECTOMIA.—La cantidad de hueso a resecar con rines protéticos deben ser relativamente escasas. Como no hay reglas fijas que condicionen el trabajo de resorción postoperatoria, y está regida por principios ajenos a nuestros métodos y procedimientos y los protesistas aconsejan con error toda la arcada alveolar postule para que sirva de apoyo a la futura prótesis, solo se eliminarán las aristas óseas, los bordes óseos cortantes y filosos, los -

tabiques interventarios e intraradiculares hasta una altura prudente. Esta operación se realiza con pinzas quirúrgicas. El aislamiento final del hueso se hace con limas para hueso e fresas redondas grandes. En el caso de existir procesos patológicos periapicales, estos serán resacados según las indicaciones correspondientes. Para comprobar si no hay puntas cortantes que mas tarde van a resultar molestas, se vuelve el colgajo a su sitio y se verifica con el pulpejo del dedo la regularidad de la arcada alveolar; existiendo tales puntas, se vuelve a levantar el colgajo y se elimina la zona deseada.

CORTE DEL TEJIDO EXCEDENTE DEL COLGAJO Y SUTURA:

Perfectamente regularizado el arco alveolar, se vuelve el colgajo a su sitio y con tijeras se corta el excedente del tejido gingival, bucal y palatino; de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes. Estos colgajos se fijan con tres o cuatro puntos de sutura continua.

INSICION EN CASO DE TRATAMIENTO DE TODO EL MAXILAR O DE TODA LA MANDIBULA:

La mejor conducta para evitar los problemas que se mencionan es realizar la operación siguiendo el planteo adecuado; y la incisión distal en casos de alveolectomía y exodoncia, o alveolectomía con fines protéticos, debe ser trazada con toda la extensión de la arcada dentaria, desde la cara distal del diente posterior, hacia la tuberosidad, si las condiciones de esta arcada alveolar así lo exigen, es decir, si desde el canino hasta la tuberosidad existen crestas rugosas, bordes filosos o irregularidades que será menester corregir. Con esta incisión se obtiene un amplio y útil colgajo, que no se traumatiza y que permite una cirugía perfecta en distal del canino y en las zonas del tercer molar extraído, zonas que como dijimos son prepensas a que a su nivel se dejen proporciones óseas irregulares.

REGULATIZACION DELLA ARCADA ALVEOLAR POSTEXTRACCION:

Cuando se han realizado las extracciones dentarias sin criterio protético o cuando quedan a pesar nuestro sobre las arcadas dentarias, bordes agudos y crestas sumamente dolorosas a la presión, éstos deben ser eliminados, realizándose la intervención según los principios de la operación a colgajo, preparándose éste de acuerdo con la ubicación, extensión y forma del excedente óseo por regular.

PROTUBERANCIAS ÓSEAS EN DISTINTOS SECTORES:

Son innumerables, las variedades que pueden presentar estas protuberancias óseas, es posible encontrarlas tanto en maxilar como en mandíbula y en cual-

quiera de sus caras. Su iluminación quirúrgica se impone, para permitir colocar con comodidad y eficacia la prótesis. Su eliminación se puede hacer en el momento de la extracción, a la vez también se realiza la -- regularización, o bien puede realizarse cuando se presente el paciente ya desdentado y con miras a la prótesis.

TORUS PALATINO Y TORUS MANDIBULAR:

Estos procesos son considerados como tumores óseos, constituyen indudables escollos, sobre todo los interiores, para la correcta y cómoda colocación de la prótesis. Algunos protesistas indican sistemáticamente su eliminación, otros, con un criterio más conservador y más efectivo, piensan que los torus en maxilar y mandíbula no son impedimentos para la prótesis; solo cuando originan dolor la aplicación del aparato o cuando se ulceran, aconsejan, éstos últimos, su eliminación.

Torus.-Se le denomina al desarrollo anormal del hueso localizado en el paladar, principalmente en la unión bimaxilar o refé sutural medio- y en mandíbula se localiza a nivel de los premolares inferiores, que simula la corona de un diente retenido y muchas veces pasando como tal, el exámen radiográfico elimina la duda. Esta exostosis es indolora; el color de la encía que la cubre es normal o tiene una coloración amarilla producida por el hueso subyacente.

Tratamiento.- Si razones protéticas y fonéticas lo indican, deben de ser extirpados quirúrgicamente; la intervención es generalmente sencilla.

PROTESIS INMEDIATA:

Es el procedimiento que consiste en colocar los dientes inmediatamente después de las extracciones y regularización del maxilar y mandíbula. Es imprescindible la preparación previa de la prótesis con el objeto de aplicarla en el acto quirúrgico. Esta definición, como otras que se han dado está sujeta a algunas condiciones; Zeizer considera la prótesis inmediata a todo aparato que se coloca entre unos minutos y días después de las extracciones, pero siempre antes del cierre de la o de las brechas quirúrgicas, que pueden considerarse terminada con la epitelización del cuádrulo.

Extensión de la operación.- La prótesis inmediata puede realizarse sobre un diente, sobre todo el maxilar y aun sobre maxilar y mandíbula a la vez. Esto no es lo corriente, ni menos lo indicado. El ideal es proceder a la preparación quirúrgica y exodoncia de las porciones "a" y "b", de que hablamos anteriormente, es decir, desde el canino de cada lado hacia -- atrás conservando el segmento "c" de canino a canino, para realizar la prótesis inmediata en esta región. Algunas autoras recomiendan conservar los

premolares de cada lado para mantener la dimensión vertical; de tal manera el segmento anterior sería de 8 dientes. Con respecto a la mandíbula la técnica es igual a la indicada en el superior.

Ventajas:

- 1.-Las complicaciones inherentes a la construcción de un aparato protético exigen que se estudien todas las posibilidades para presentar al paciente-individual una prótesis estética y funcional.
- 2.-Los dientes anteriores se conservan en la arcada sirviendo de guías para la colocación correcta y natural de los dientes artificiales.
- 3.- Las estructuras bucales adyacentes también se conservan cerca de su posición normal y de su dimensión vertical.
- 4.-Existen menos molestias postquirúrgicas debido a que la prótesis funge - como una férula protectora.
- 5.-No pierden ausencia de piezas dentarias en ningún momento estos pacientes.

Desventajas:

- 1.-Es necesario rebasar la prótesis demasiado pronto y quizá sea necesario hacer una nueva prótesis.
- 2.-Es necesario hacer un número mayor de visitas al consultorio durante los primeros meses.
- 3.-Este sistema aumenta los costos.

PREPARACION DE LA PROTESIS:

Se prepara la prótesis de acuerdo con las técnicas que el profesional prefiera o acostumbre y la base transparente de acrílico que servirá para el modelo quirúrgico del maxilar o mandíbula.

Incisión.-Se trazan dos incisiones desde el surco vestibular hasta la lengüeta distal de cada canino. Se seccionan las lengüetas interdenterias y se desprende el tejido gingival de los dientes. Por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza un incisión pequeña, en distal de cada canino, para preparar así un colgajo mínimo, con el objeto de no traumatizar la fibromucosa.

Levantamiento del colgajo.- Con la espátula o periostotomo se separa el colgajo bucal hasta la altura del tercio apical de los dientes frontales. Por el lado palatino se desprende la fibromucosa en extensión anteriormente señalada.

Exedencia.- Se practican las extracciones dentarias siguiendo las indicaciones explicadas en el capítulo IV de esta tesis.

Osteotomía.— En los casos normales, es decir, en aquellos que no presentan protrusión y no necesitan por lo tanto, alveoloplastia correctora, la osteotomía se reducirá a la necesaria para la exodoncia y eliminación de las crestas interventarias. Este es el criterio de la era actual; no estamos en condiciones de precisar con exactitud los límites de la osteotomía, en los cuales se detenga la resección ósea postoperatoria o postprotética. Una osteotomía excesiva además de inútil, solo acarrea la formación hipertrófica de tejido blando debajo de la prótesis.

La osteotomía se realiza con pinzas quirúrgicas o también llamadas — osteotomas que resecan los bordes filosos y las crestas prominentes; con limas para hueso que actúan según ya se ha señalado anteriormente también intervienen. Con estas maniobras, no queda terminado el acto quirúrgico; deben ser resacados los eventuales granulomas paradentales y cohibidas las hemorragias de los vasos óseos para prevenir hematomas.

Comprobación de la semejanza protético-clínica.— Para verificar que el caso clínico ha quedado como nos lo propusimos, vale decir, semejante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata, se desciende al colgajo, y se adapta sobre el maxilar del paciente una base transparente de corfílico que tiene, por supuesto, la exacta forma de la prótesis.

En el momento de colocar las bases transparentes de Sears; en aquellos sitios que se ve palidecer la encía o se nota exceso de presión será necesario realizar un mayor osteotomía. Se retira la base transparente, se levanta de nuevo el colgajo y con pinzas guías se reseca el hueso excedente. Se completa el aislamiento con fresas grandes y con limas para hueso. Se vuelve a probar la base transparente; no necesitando nueva osteotomía y ya en condiciones de adaptar la prótesis, se corta el excedente de encía y se realiza la sutura: los nudos sobre cada cresta alveolar, no sobre los alveolos.

La maniobra siguiente consiste en la fijación del colgajo gingival, por medio de puntos de sutura, que se realiza con seda fina, hilo o nylon, — para que no resulten traumatizantes. Por lo general, 3 o 4 puntos son suficientes. Los colgajos no deben de quedar tirantes, ni deben ser modificados las inserciones musculares, ni el contorno para la adaptación de la prótesis; este último detalle es muy importante; en el afán de terminar rigurosamente el caso, siguiendo las normas quirúrgicas que fueron dadas en exodoncia podemos estar tentados de unir con sutura los bordes locales y palatinos de los colgajos, lo cual no siempre puede ser favorable, puesto — que se modifican con esta maniobra, la altura del vestibulo y la zona de adaptación.

Es inútil seccionar con tijeras o bisturí las lengüetas interdentarias en los colgajos vestibular y palatino; la readaptación de estos colgajos se hace mas eficazmente procediendo de esta manera; luego la sutura adaptará los tejidos en su sitio y función. La nutrición y fisiología de ambos colgajos, se logra en poco tiempo por la formación de nuevos vasos sanguíneos y proliferación y anastomosis de los ya existentes.

Terminada la operación, se lava la superficie gingival con el atomizador ya sea con suero fisiológico o bien con agua oxigenada y se procede a colocar la prótesis, directamente o previo a la prótesis de cemento quirúrgico. La prótesis debe quedar en la boca sin ser sacada 24 horas al cabo de cuyo tiempo el profesional la retirará, la lava y desinfecta, sumergiéndola en una solución anticéptica lava y atomiza - las heridas bucales, eliminando los coágulos que pudieron formarse, y vuelve a adaptar la prótesis con o sin cemento quirúrgico.

Las suturas deben ser extraídas 3 o 4 días después de la intervención, para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

CAPÍTULO VI: INDICACIONES POST-OPERATORIAS:

Una operación realizada en cavidad bucal requiere de ciertas cuidados por parte del paciente que deben ser observados, supervisados e indicados por el profesional.

1.-DIETA.-Las primeras 24 horas deberá ser blanda, fría, libre de grasas e irritantes. Una guía para este tipo de dieta podrá ser la siguiente: Te, café con leche, leche, caldo, extracto de carne, puré de papas, gelatinas, compotas de manzana, jugo de tomate, sopa de fideos, huevos pasados por agua dulce de leche etc.

2.-Aplicación de hielo durante las primeras 24 horas con intervalos de 10 minutos y descanso de 1 hora.

3.-Hasta las 48 horas después de la operación se aplican compresas húmedas calientes con intervalos de 10 minutos y descansos de 1 hora.

4.-Después de 3 días de la intervención se aplicarán enjuagues suaves de agua carbonatada o de manzanilla. (1/2 cucharada en 1/2 litro de agua).

5.-Mantener una buena higiene bucal cuidando solo la zona que se intervino.

6.-No ingerir bebidas alcohólicas ni fumar durante los tres días siguientes.

FARMACOLOGIA:

Tanderil: Una gragea después de cada alimento, tomar 3 veces al día después de cada alimento.

Pembritín (ampicilina) 500 miligramos, tomar 1 cada 6 horas durante 8 días.

Redoxón 4 grames, tomar una durante 8 días.

Nota: La farmacología anterior no es otra cosa más que un simple ejemplo-recomendable que indica y establece uno de los fines que se han tratado de perseguir en esta tesis de generalidades aplicables y prácticas sobre un tema de cirugía bucodental. La farmacia elegida depende directamente y estrictamente del criterio de cada profesional.

BIBLIOGRAFIA:

- Gúirez G. Fernando.
"Tratado de anatomía humana".
Editorial Purrua.
7 a. edición, 1971.
- E. Gardner; D.G. Gray; R.O'Rahilly.
"Anatomía" "Estudio por regiones del cuerpo".
Editorial Salvat Editores, S.A.
- Ries Centeno Guillermo A.
"Cirugía bucal".
Editorial Ateneo.
- Burket Lester H.
"Medicina estomatológica"
Editorial Interamericana.
- Waite Daniel E.
"Cirugía bucal práctica".
Editorial: C.E. C.S.A.
- Duarte Avellaná Ciro.
"Cirugía Odontomaxilar".
Editorial: Sociedad Sec. Anon. Editores. Argentina.
- Glikman Irving Dr.
"Periodontología clínica". 4 edición
Editorial Interamericana.
- Bjorn Jørgensen Niels; Jess Hayden Jr.
"Anestesia Odontológica".
Editorial Interamericana.
- Mead S.V.
"La anestesia en cirugía dental" 2da. Edición, biblioteca estomatológica.
UTEHA.
- Facultad de Odontología - UNAM - SUA.
"Exedencia", módulo.
Editado por : UNAM.