



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUJIA PREPROTETICA

A stylized, handwritten signature or scribble in black ink, positioned below the title.

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

MARIA ELIZABETH GUZMAN 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.

PAGS.

HIPERPLASIA MUCOSA GINGIVAL.....	1
FRENECTOMIA O RESECCION.....	2
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR.....	4
ZEPLASTIA.....	5
PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO BUCOLABIAL, -- EXTENCION DEL BORDE ALVEOLAR.....	8
METODOS.....	10
PERDIDA DEL VESTIBULO BUCAL SUPERIOR.....	18
REGULARIZACION DE LAS CRESTAS ALVEOLARES..	21
ARISTAS AGUDAS.....	24
RECONSTRUCCION DE LAS CRESTAS ALVEOLARES..	28
PREPARACION Y COLOCACION EN POSICION DEL - INJERTO.....	30
TORUS.....	32
ALVEOLECTOMIAS.....	38
TUBEROSIDADES AGRANDADAS.....	45
TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS DEL SURCO- VESTIBULAR.....	47
ELIMINACION DE RETENCIONES INFERIORES VES- TIBULARES.....	50
IMPLANTE METALICO SUBPERIOSTICO.....	53
PREPARACION DEL IMPLANTE EN EL LABORATORIO	56
FIBROMATOSIS.....	58
PROCEDIMIENTO PARA MAXILAR INFERIOR VESTI- BULO PLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL..	65
TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE USO EN LOS - CASOS MENCIONADOS.....	68

I N T R O D U C C I O N

EXISTIA HACE MUCHOS AÑOS UNA SOLA TECNICA, -
LA EXTRACCION DENTARIA. PERO GRACIAS AL PASO -
DE LOS AÑOS EXISTEN NUMEROSAS TECNICAS EN EL -
AREA DE LA ODONTOLOGIA, ASI COMO EN LA MEDICI-
NA GENERAL.

PODEMOS DECIR QUE UN 97% DE LA POBLACION PA-
DECE DE ENFERMEDADES EN CAVIDAD ORAL Y COMO --
CONSECUENCIA MUCHAS VECES AFECTA A ORGANOS O -
SISTEMAS.

YA QUE UN GRAN NUMERO DE CASOS SE PUEDEN ME-
JORAR, COMO PUEDE SER, DESDE UNA SIMPLE AMALGA-
MA HASTA LLEGAR A UNA CIRUJIA MAXILO FACIAL, -
DEBIDO A LAS DIFERENTES TECNICAS QUE EXISTEN.

LOS PRINCIPIOS GENERALES DE LA CIRUJIA SE -
APLICAN TANTO EN ODONTOLOGIA COMO EN LA MEDICI-
NA GENERAL, Y ES DE VITAL IMPORTANCIA TOMAR EN
CUENTA LA ELECCION DE LA ASEPCIA, ANESTESIA, -
SEDACCION, NUTRICION, INDICACIONES ADECUADAS -

DE ANTIBIOTICOS, EQUILIBRIO DE ELECTROLITOS Y-
CONSIDERACION FISICA DEL PACIENTE.

LA CIRUJIA PREPROTETICA TIENE COMO FINALI--
DAD SUSTITUIR PORCIONES FUNCIONALES O ESTETI--
CAS DE LA ANATOMIA HUMANA QUE SE HAN PERDIDO -
O ESTAN AUSENTES CONGENITAMENTE.

HIPERPLASIA MUCOSA GINGIVAL. - LA ENCIA ES UN -
ASIENTO DE UNA TUMEFACION MODERADA, DE APARIEN -
CIA FIBROSA POCO VASCULARIZADA, QUE TIENDE A -
DESBORDA SOBRE LA CARA LIBRE DE LOS DIENTES, -
LOS QUE PUEDEN RECUBRIR EN PARTE.

SE DEBE RESECAR EL TEJIDO EXCEDENTE EN TODA
SU EXTENSION, TOMANDO LA PRECAUCION DE DEJAR -
UN PLANO EPITELIAL SUFICIENTE PARA CERRAR LA -
ABERTURA OPERATORIA.

TECNICA.- ANESTESIA LOCAL. CUANDO LA MASA -
HIPERPLASICA ES POCO IMPORTANTE: TALLAR CON --
BISTURI UN COLGAJO DE MUCOSA A TODO LO LARGO -
Y A 5 MM. APROXIMADAMENTE DEL BORDE DE LA EN--
CIA; RESECAR LA BANDA GINGIVAL, ASI DELIMITADA,
CASI EN TODO SU ESPESOR.

LIBERAR LOS BORDES DE ABERTURA OPERATORIA -
SOBRE LA VERTIENTE DENTARIA Y TAN AMPLIOS COMO
SEA NECESARIO PARA LA SUTURA SOBRE LA VERTIEN--
TE VESTIBULAR.

SUTURAR EN PUNTOS SEPARADOS, CON SEDA 00, -
CON AGUJA MUY CURVA 4/8.

FRENECTOMIA O (RESECCION).- LIMPIEZA DE LA ZONA Y ANESTESIA LOCAL CON NOVOCAINA ADRENALIZADA. - UN AYUDANTE LEVANTA EL LABIO SUPERIOR PARA ESTIRAR EL FRENILLO, A MEDIA ALTURA Y PERPENDICULAR A SU EJE MAYOR, SECCIONAR SOLO CON BISTURI-LA MUCOSA SEGUN UN TRAZO HORIZONTAL DE 1 CM. -- APROXIMADAMENTE. LIBERAR CON UN DESPRENDEDOR EL MANOJO FIBROSO QUE APARECE EN MEDIO DE LA HERIDA EN ROMBO CREADA POR LA INCISION LABIAL DE -- ESTOS ELEMENTOS FIBROSOS. PROSEGUIR LA DISECCION HACIA LAS UNIONES OSEAS HASTA EL BORDE GINGIVAL INTERINSICIVO Y TAMBIEN SOBRE LA CARA PALATINA DEL REBORDE ALVEOLAR SI ES NECESARIO. -- SECCIONAR CON LA PUNTA DEL BISTURI, DESPRENDER-LATERALMENTE LAS VERTIENTES DE LA HERIDA, EN -- PARTICULAR AL NIVEL DE LA FIBROMUCOSA GINGIVAL; EL ACERCAMIENTO DEBE HACERSE SIN ATRACCION EXCESIVA. SUTURAR EN SENTIDO VERTICAL SI EL FRENILLO ESTA HIPERTROFIADO, RESECAR EL EXCESO DE MUCOSA AL MISMO TIEMPO QUE EL TEJIDO FIBROSO. - INCIDIR BUSCANDO EL CONTACTO OSEO Y SIGUIENDO -

LOS CONTORNOS DE SU IMPLANTACION LABIO-GINGIVAL. CURETEAR LIGERAMENTE EL BORDE OSEO PARA DESPRENDER LOS ULTIMOS ELEMENTOS QUE SE ADHIEREN. HEMOSTASIA, DE COLOCAR LOS BORDES DE LA HERIDA SOBRE TODO AL NIVEL DE LA FIBROMUCOSA-SUTURAR EN EL SENTIDO VERTICAL SOLO EN LA PARTE LABIAL POR PUNTOS AISLADOS CON SEDA 000, - ATRAUMATICA O MEJOR AUN CON CATGUT 0000, POR-MEDIO DE PUNTOS AISLADOS.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL FRENILLO LABIAL SUPERIOR.- EL FRENILLO LABIAL SUPERIOR ES UN REPLIEQUE MUCOFIBROSO QUE SE INSERTA NORMALMENTE EN EL ADULTO; POR UN LADO EN LA PARTE MEDIA Y-CENTRAL DE LA CARA POSTERIOR DEL LABIO SUPERIOR Y POR EL OTRO LADO, EN LA PARTE MEDIA DE LA CARA VESTIBULAR DEL PROCESO ALVEDLAR SUPERIOR.

DEBEMOS NOTAR QUE EN EL LACTANTE ESTA INSERCION SE PROLONGA HASTA LA PAPILA PALATINA, RETRAYENDOSE HASTA LA ZONA VESTIBULAR A MEDIDA - QUE EL PROCESO ALVEDLAR SE INICIA LA ERUPCION-DENTARIA. SI LA RETRACCION DE ESTE FRENILLO NO SE EFECTUA NORMALMENTE PUEDE OCASIONAR PROBLEMAS DE TIPO ORTODONTICO, PROTETICOS Y PARODON-TALES.

QUIRURGICAMENTE SE HAN EMPLEADO MULTIPLES -TECNICAS, SIN EMBARGO EN LA ACTUALIDAD, LA TENDENCIA GENERAL ES EFECTUAR DOS INTERVENCIONES: LA RESECCION Y LA ZETAPLASTIA DEL FRENILLO.

ZETAPLASTIA.- DE LA MISMA MANERA QUE SE PUEDE -
OBTENER UN ALARGAMIENTO DEL FRENILLO MEDIANTE -
UNA PLASTIA EN "Z", REALIZADA SEGUN LA TECNICA-
HABITUAL. UNA PRIMERA INCISION SIGUE DE LA ARISU-
TA DEL FRENILLO DE LA ENCIA AL LABIO, DE CADA -
UNA DE SUS EXTREMIDADES SALE UNA SEGUNDA INCI--
SION QUE FORMA CON LA PRIMERA UN ANGULO DE 60 -
GRADOS.

LOS DOS COLGAJOS TRIANGULARES ASI OBTENIDOS-
SE LIBERAN DE SUS UNIONES PROFUNDAS Y DESPUES -
SE ENTRECROZAN DE MODO QUE EL COLGAJO LABIAL --
PASA ABAJO Y ADELANTE, Y EL COLGAJO GINGIVAL --
ARRIBA Y ATRAS.

LA ZETAPLASTIA CONSISTE EN EFECTUAR UNA INCIU-
SION VERTICAL EN TODA LA EXTENSION DEL FRENILLO
QUE ABARCA LA TOTALIDAD DE SU PLANO MUCOSO, ES-
TA INCISION SE COMPLETA CON OTRAS DOS DE MENOR-
DIMENSION LIGERAMENTE OBLICUAS Y DE IGUAL TAMA-
ÑO ENTRE SI, INICIANDOSE EN LOS EXTREMOS DE LA-
VERTICAL DE TAL MANERA QUE QUEDA EN FORMA DE --
ZETA.

TERMINANDOSE ESTOS CORTES, PROCEDEMOS POR DI
SECCION ROMA A MOVILIZAR LOS COLGAJOS TRIANGULAA
RES DE LA INCISION INVIRTIENDOSE ESTOS, DE MANEE
RA QUE EL SUPERIOR OCUPE EL ESPACIO DEL INFERIO
R O VICEVERSA. SE CORTA EL TEJIDO FIBROSO QUEE
ESTE POR DEBAJO DE DICHS COLGAJOS; SE SUTURA -
POR MEDIO DE PUNTOS AISLADOS CON SEDA ATRAUMA--
TICA 000, O BIEN SE HACEN NUDOS INVERTIDOS CON-
CATGUT 0000, LO QUE EVITA POSTERIORMENTE RETI--
RAR PUNTOS QUE PRODUCEN CIERTO GRADO DE DOLOR -
O MOLESTIAS SOBRE TODO EN NIÑOS.

ES IMPORTANTE SABER CUANDO EMPLEAR CADA UNO-
DE ESTAS TECNICAS, YA QUE FRECUENTEMENTE SE --
EFECTUAN EN FORMA INDESCRIMINADA.

LA RESECCION DEBE EMPLEARSE EN FRENILLOS --
GRANDES O VOLUMINOSOS, YA QUE SI SE INTENTA LA-
ZETAPLASTIA EN ESTOS CASOS, SE PROVOCA UN PRO--
LAPSO EN LA CAPA MUCOSA DEL LABIO SUPERIOR CON-
POSIBILIDAD DE QUE EL ENFERMO PRESENTE SUBSE---
CUENTEMENTE EL LABIO DOBLE O EN CORTINA. EN ---
CAMBIO, SE RECOMIENDA LA ZETAPLASTIA EN FRENI--

LLOS CORTOS O PEQUEÑOS SE LIMITAN, EL MOVIMIEN-
TO O EXTENSION LABIAL OBTENIENDOSE CON ESTA ---
TECNICA, UNA MENOR RETRACCION CICATRIZAL Y POR-
LO CONSIGUIENTE, MAYOR MOVILIDAD DE LA REGION -
OPERADA. NORMALMENTE SE EMPLEAN EN FRENILLOS --
LATERALES, MUCOSAS SIMPLES GINGIVO YUGALES Y AL
FRENILLO DE LA LENGUA.

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO BUCOLABIAL. - EX --
TENCION DEL BORDE ALVEOLAR. - ES BIEN CONOCIDA -
LA NECESIDAD DE LA INTERVENCION QUIRURGICA PARA
AYUDAR AL PROTODONCISTA EN CASOS DE VESTIBULOS-
POCO PROFUNDOS.

LAS TECNICAS TRATAN PRINCIPALMENTE DE REPO--
SICION DE LAS ESTRUCTURAS, INCLUYENDO LOS MUS--
CULOS, SOBRE EL HUESO POCO SE PUEDE HACER SI --
EXISTE UNA RESORCION COMPLETA DEL HUESO ALVEO--
LAR. SI AUN FUERA POSIBLE CAMBIAR DE POSICION -
ESTAS ESTRUCTURAS AL BORDE INFERIOR DE LA MANDI
BULA, NO EXISTIRIA UNA VENTAJA APRECIABLE EN LA
PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO SI EL HUESO FUESE DE-
MASIADO PEQUEÑO ADEMAS TAL APOSICION ESTA LIMI-
TADA POR LOS CONFINES NATURALES, COMO SON LOS -
FORAMENES MENTONEANOS Y LA BASE DE LA APOFISIS-
MALAR.

LA PROTESIS DE IMPLANTACION Y LOS INJERTOS -
OSSEDS EN LOS BORDES ALVEOLARES SON PROMETEDORES
PARA LOS PACIENTES DESDENTADOS CON BORDES SUMA-
MENTE ATROFIADOS. SIN EMBARGO ESTOS PROCEDI ---

MIENTO TODAVIA NO ESTAN PROBADOS COMO METODOS -
SISTEMATICOS, POR LA MAYORIA DE LOS CIRUJANOS.-

SE HAN ACONSEJADO MUCHOS METODOS EN BASE A -
NUMEROSAS TEORIAS. LAS TECNICAS NOS DAN DIFERENT
TE GRADO DE DIFICULTAD QUIRURGICA Y SATISFACEN-
INDICACIONES ESPECIFICAS. DESCRIBIRE ALGUNOS DE
LOS METODOS MAS EMPLEADOS; EN ALGUNOS CASOS LAS
TECNICAS SUFREN MODIFICACIONES EN LA PRACTICA -
DIARIA.

METODO DE KAZANJIAN..- EL METODO DESCRITO POR --
KAZANJIAN ES EL DE LA ELECCION.

EMPIEZA CON UNA INCISION SOBRE LA MUCOSA EN-
LA SUPERFICIE INTERNA DEL LABIO, LA DISTANCIA -
ENTRE LA INCISION Y EL BORDE ALVEOLAR ESTA DE--
TERMINADA POR LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO QUE--
SE QUIERE TENER. LA INCISION SE EXTIENDE SOLA--
MENTE A TRAVES DE LA MUCOSA QUE SE LEVANTA POR--
DISECCION DEL BISTURI HASTA SU BASE EN EL ALVEOL
LAR. LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO SE OBTIENE --
POR DISECCION CON BISTURI CERCA DEL HUESO, TE--
NIENDO CUIDADO DE NO CORTAR EL PERIOSTIO.

CUANDO SE HA OBTENIDO SUFICIENTE PROFUNDIDAD
VERTICAL, EL COLGAJO SE COLOCA HACIA ABAJO DE -
LA MUCOSA SE SUTURA CUIDADOSAMENTE AL PERIOSTIO
CON PUNTOS SEPARADOS.

PARA MANTENER LA PROFUNDIDAD OBTENIDA DURAN-
TE LA CICATRIZACION, SE HACE PRESION EN EL FON-
DO DE LA HERIDA CON UN TUBO DE CAUCHO. ES IMPORT
ANTE QUE SE UTILICE UNO DE SUFICIENTE TAMAÑO,-
POR LO COMUN UN CATETER URETRAL DE HULE DEL --

16 FRENCH, PERO SE HAN EMPLEADO TUBOS TAN ---
GRANDES COMO EL # 20. EL TUBO DE POLIETILENO ES
EXCELENTE.

CON UNA AGUJA RECTA SE PASA UN HILO DOBLE DE
NAYLON, ALREDEDOR DEL TUBO A TRAVES DE LOS TEJI
DOS Y HASTA LA PIEL, DONDE SE SUTURA SOBRE UN -
PEQUENO ROLLO DE ALGODON. SE COLOCAN UN MINIMO-
DE TRES SUTURAS, UNA ENMEDIO; LAS OTRAS DOS CER
CA DE CADA EXTREMO DEL TUBO: NO SE COLOCAN LAS-
SUTURAS QUE MANTIENEN EL TUBO EN EL BORDE DE -
LA MUCOSA EN LA LINEA DE INCISION DEL LABIO, --
AUNQUE EL BORDE DEL COLGAJO QUE ESTA SOBRE EL -
HUESO PUEDE ESTAR INCLUIDO PARA LA SUTURA, SE -
UTILIZA NAYLON DE UN SOLO FILAMENTO, PUES EL AL
GODON Y LA SEDA ACTUAN COMO CONDUCTORES DE LOS-
LIQUIDOS BUCALES HACIA LOS TEJIDOS MAS PROFUN--
DOS, CON LA POSIBILIDAD DE ABSCESOS DE LA PIEL-
EN EL PUNTO DE SALIDA. LA HERIDA SE CUBRE CON -
TINTURA DE BENJUI, SE COLOCA LA PROTESIS TAN --
PRONTO COMO SEA POSIBLE.

KAZANJIAN SUBRAYO DOS PUNTOS DE SU PROCEDIMIENTO. LA INCISION DEBE HACERSE TAN LEJOS COMO SEA POSIBLE DEL BORDE ALVEOLAR, PARA CUBRIR COMPLETAMENTE EL PERIOSTIO EXPUESTO POR LA PROFUNDIZACION VERTICAL, NO DEBE EXTENDERSE HASTA LA REGION DEL FORAMEN MENTONEANO, YA QUE ESTO DARA COMO RESULTADO UNA PARESTESIA DEL LABIO.

LA PERDIDA DEL VESTIBULO LABIAL INFERIOR PERMITE QUE EL LABIO INFERIOR DESPLACE LA PROTESIS CUANDO SE MUEVE. LA OPERACION DE KAZANJIAN NO SIEMPRE AUMENTA LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO EN LA MEDIDA DESEADA, PERO PRODUCE UNA FIJACION CICATRIZAL ENTRE EL BORDE INFERIOR DEL COLGAJO DEL BORDE ALVEOLAR, Y DEL PERIOSTIO EN LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO. ESTE HECHO CONVIERTE EL FRACASO QUIRURGICO APARENTE EN UN EXITO RELATIVO PUES CUANDO EL LABIO SE MUEVE DESPUES DE LA OPERACION NO ELEVA EL VESTIBULO POR LA INCISION DE LA MUCOSA A LA BASE CICATRIZAL DEL LADO LABIAL.

METODO DE CLARK.- CUATRO PRINCIPALES PLASTICOS--
FORMAN LA BASE DE ESTA TECNICA:

1.- LAS SUPERFICIES DE TEJIDOS BLANDOS SE --
CONTRAEN MIENTRAS QUE ESTAS MISMAS SUPERFICIES--
CUBIERTAS CON EPITELIO MUESTRAN UNA CONTRACCION
MINIMA.

2.- LAS SUPERFICIES OSEAS NO PUEDEN CONTRA--
ERSE.

3.- LOS COLGAJOS EPITELIALES DEBEN SER SUFI--
CIENTEMENTE SEPARADOS POR DISECCION CORTANTE, -
PARA PERMITIR SU RETENCION SIN TENSION.

4.- EXISTE UNA TENDENCIA PARA EL REGRESO DE--
LOS TEJIDOS QUE SUFREN UNA REVISION PLASTICA, -
Y POR LO TANTO, ES NECESARIO LA SOBRECOTENCION
JUNTO CON LA FIJACION FIRME.

LA TECNICA DE CLARK ESTA ADAPTADA ESPECIAL--
MENTE PARA LA PARTE ANTERIOR DE LA MANDIBULA EN
LOS CASOS EN QUE INTERVIENE EL MUSCULO BORLA DE
LA BARBA.

TECNICA.- INCIDIR LA FIBROMUCOSA HASTA EL --

HUESO, SIGUIENDO UNA LINEA SITUADA ALGO POR DEBAJO DE LA CRESTA SOBRE EL VERTICE LABIAL, Y -- EXTENDIENDOSE DE UNA REGION CANINA PREMOLAR A LA OTRA, DISECAR A PARTIR DEL LABIO ANTERIOR -- INCISION, UN COLGAJO MUCOSA LABIAL Y DESPRENDER LO DE SUS ADHERENCIAS CUIDADOSAMENTE. ES PREFERIBLE DESPRENDER EL PERIOSTIO DE LOS TEJIDOS -- SUBMUCOSOS, CON TIJERAS, CON DESPRENDEDOR O CON LA COMPRESA, Y NO CON LA LEGRA PORQUE EL ELEMENTO PERIOSTIO TIENE QUE SER RESPETADO. EXTIRPACION DE ESOS TEJIDOS. HEMOSTASIA CUIDADOSA. REBATIR EL COLGAJO MUCOSO CONTRA LA CARA INTERNA DEL LABIO Y FIJAR EL BORDE LIBRE AL FONDO DEL -- NUEVO VESTIBULO MEDIANTE LAS SUTURAS TRNSCUTANEAS O MEDIANTE LOS PUNTOS PASADOS POR LOS PLANOS MUSCULARES PROFUNDOS.

SE PUEDE TAMBIEN ASEGURAR LA FIJACION DEL -- COLGAJO MEDIANTE UN DRENAJE DE CAUCHO O UNA ESPONJA DE MATERIAL PLASTICO CARGADO DE ANTIBIOTICOS Y DE HEMOSTATICOS COLOCAR EN EL FONDO DEL --

VESTIBULO NEOFORMADO Y MANTENERLO EN EL ANDA DE LAS SUTURAS TRANSCUTANEAS.

BUISSOR PROTEGE LA HERIDA OPERATORIA DURANTE LOS PRIMEROS DIAS, MEDIANTE UN APOSITO COMPUESTO DE FIBRAS DE ALGODON (EUGENATO, ANTIBIOTICOS E HIDROCORTISONA), ESTE APOSITO SE ADAPTA EXACTAMENTE A LA FORMA DEL VESTIBULO. SE REMUEVE -- CADA TRES DIAS. LA EPITELIZACION DE LA SUPERFICIE PERIOSTICA Y LA CICATRIZACION EN GENERAL -- SON COMPLETADAS APROXIMADAMENTE EN DOS SEMANAS. A CONTINUACION PUEDE REALIZARSE LA PROTESIS.

ESTAS TECNICAS SE APLICAN IGUALMENTE AL MAXILAR SUPERIOR.

AL LADO DE ESTAS INTERVENCIONES EFECTUADAS - POR VIAS SUPRAPERIOSTICA, SE SEÑALA AQUELLAS -- DONDE EL DESPRENDIMIENTO ABARCA IGUALMENTE EL - PERIOSTIO (VIA SUBPERIOSTICA). ELLAS PERMITEN - OCASIONAR, SI FUERA NECESARIO, UNA RESECCION -- DE LAS CRESTAS (KAZANJIAN) O UN ABATIMIENTO DEL REBORDE INFERIOR DE LOS AGUJEROS MENTONEANOS --

EXCAVANDOLOS CON UNA FRESA, PARA DESPLAZAR HACIA ABAJO DEL PEDICULO VASCULO NERVIOSO.

METODO DE CADWELL.- CADWELL HA DESARROLLADO UNA MODIFICACION DEL METODO DE TRAUNER, PARA PERMITIR LA REDUCCION DE LA LINEA OBLICUA INTERNA DEL HUESO. ESTA REDUCCION ES MUCHAS VECES NECESARIA. LA INCISION SE HACE HASTA EL PERIOSTIO SOBRE EL BORDE ALVEOLAR. SE DESINSERTA EL MUSCULO MILOHIOIDEO DE LA CRESTA MILOHIOIDEA Y ESTA SE QUITA CON CINCEL. SE FIJA UN CATETER DE CAUCHO EN EL VESTIBULO LINGUAL, SOBRE LA MUCOSA INTACTA, POR MEDIO DE SUTURAS QUE SE LLEVAN HASTA LA PIEL. SE SUTURA LA INCISION DEL BORDE.

PERDIDA DEL VESTIBULO BUCAL SUPERIOR.- LOS VESTIBULOS BUCALES O LABIALES, AUNQUE SON DESEA -- BLES PARA LA PROTESIS SUPERIOR, NO SON TAN ESEN CIALES COMO EN LAS MANDIBULAS. LOS PROTODONCIS TAS ASEGURAN QUE UNA ADAPTACION PALATINA CON -- CIERRE PERFECTO DE LOS BORDES PARECE SER EL SE CRETO DE LA ADHESION Y ESTABILIDAD ADECUADA DE UNA PROTESIS LOCAL SUPERIOR. POR LO TANTO, LA O PERACION PARA PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO NO ES TAN NECESARIA EN LA REGION DE LOS MOLARES CO MO EN LOS MAXILARES SUPERIORES. SIN EMBARGO AL GUNAS VECES ESTA INDICADA ESTA OPERACION. LOS PRINCIPIOS, CUANDO SE EMPLEAN SON LOS MISMOS -- PERO SE DEBEN HACER DIFERENCIAS PARA LA ANATO MIA DE ESTAS PARTES. LA PERDIDA CASI COMPLETA DEL VESTIBULO SUPERIOR REQUIERE ALGUNAS MEDIDAS QUIRURGICAS, SI ES QUE EXISTE.

OTROS PROCEDIMIENTOS.- LA ELECTROCAUTERIZACION-
HA SIDO UTILIZADA CON BUENOS RESULTADOS PARA LA
REMOCION DE HIPERPLASIAS FIBROSAS Y LA PROFUNDI
ZACION SIMULTANEA DEL VESTIBULO. LAS VENTAJAS -
PRINCIPALES DE ESTE PROCEDIMIENTO SON QUE LAS -
MASAS PEDICULARES CON TAN POCA MUCOSA SE PUEDEN
QUITAR COMPLETAMENTE; LA TECNICA ES DIRECTA, --
SENCILLA Y RAPIDA.

LAS POSIBLES DESVENTAJAS SON LAS QUE PRESEN-
TA LA ELECTROCAUTERIZACION EN GENERAL, ES DECIR
EL OLOR DURANTE EL PROCEDIMIENTO Y EL DOLOR QUE
PERSISTE ALGUN TIEMPO Y LAS CICATRICES.

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO LINGUAL. METODO DE TRAUNER.- CUANDO CON OTRAS TECNICAS EN LA REGION BUCAL Y LABIAL DE LA MANDIBULA, NO SE HA OBTENIDO UNA PROFUNDIDAD SUFICIENTE EN EL VESTIBULO, TRAUNER ACONSEJA LA REPOSICION DEL MUSCULO MILOHIOIDED DEBE ESTAR LOCALIZADO A NIVEL DEL BORDE ALVEOLAR.

LA INCISION SE HACE CERCA DEL BORDE EN EL LABIO LINGUAL Y SE EXTIENDE DESDE LA REGION DEL SEGUNDO MOLAR HASTA EL CANINO. SE HACE DISECCION ROMA SUPERPERIOSTICA Y SE LLEVA HACIA ABAJA HASTA EL MUSCULO, SE TOMA CON UN PUNTO DE NYLON QUE VA CERCA DEL HUESO Y ATRAVIESA LA PIEL, DONDE SE ATA SOBRE ROLLO DE ALGODON. SE COLOCAN TRES SUTURAS Y ENLACES SE APLICA UN VENDAJE A PRESION. SE OPERAN AMBOS LADOS DE LA MANDIBULA EN UNA SOLA SESION, GENERALMENTE EN EL HOSPITAL

REGULARIZACION DE LAS CRESTAS ALVEOLARES. EX---
TRACCION EN SERIE.- PONER EN CONDICIONES UNA BO
CA, CUYA DENTADURA EN UN ESTADO TAL QUE EXIJA -
EXTRACCIONES DE RAICES Y DIENTES, POR ESTAR DE-
MASIADO DESTRUIDOS PARA SER UTILIZADOS, DEMANDA
MUCHO TIEMPO Y LA COLOCACION DE LA PROTESIS SE-
RETARDA MUCHO TIEMPO, IGUALMENTE, CUANDO SE IM-
PONE EL TRATAMIENTO CON AGENTES FISICOS (RADIO-
TERAPIA) POR UN TUMOR MALIGNO, DEBE HACERSE LA-
ELIMINACION RAPIDA DE LOS DIENTES.

POR ELLO SE HACEN EXTRACCIONES EN SERIE, CON
ALVEOLECTOMIA SI FUERA NECESARIO Y SUTURA INME-
DIATA; ESTO REQUIERE LAS SIGUIENTES CONDICIONES
PRESENCIA DE UN COAGULO RECIENTE QUE LLENE EL -
ALVEOLO LUEGO DE LA EXTRACCION, LA SUPRESION SI
FUERA NECESARIO DE LA PARTE SUPERFICIAL DE LA -
PARED ALVEOLAR Y EL SEPTUM PARA PERMITIR EL CIE
RRE TAN COMPLETO COMO SEA POSIBLE, POR AFRONTA-
MIENTO DE LOS BORDES GINGIVALES SUTURADOS POR -
ENCIMA DEL COAGULO.

LA FORMACION DEL COAGULO NO PUEDE HACERSE --
MAS QUE GRACIAS A UNA PEQUEÑA HEMORRAGIA ALVEO-
LAR, LO QUE CONTRAINDICA ABSOLUTAMENTE LA ANES-
TESIA LOCAL, QUE DEJA LOS ALVEDLOS SECOS.

LA TECNICA NO PUEDE SER BIEN CONDUcida MAS -
QUE CON AN ESTESIA REGIONAL O GENERAL, LUEGO DE
LOS CUALES LOS ALVEDLOS SE LLENAN DE SANGRE.

PARA PODER REALIZAR LA SUTURA GINGIVAL DEBE-
HACERSE GENERALMENTE, UNA RESECCION OSEA PAR---
CIAL SIN LA CUAL LOS DOS BORDES GINGIVALES NO -
PUEDEN PONERSE EN CONTACTO, TANTO AL NIVEL DEL-
SEPTUM, REALIZADA LA RESECCION LA SUTURA GINGI-
VAL DEBE SER EFECTUADA POR PUNTOS SEPARADOS TAN
HERMETICOS COMO SEA POSIBLE SOBRE EL COAGULO RE
CIENTE.

ESTA TECNICA PERMITE UNA CICATRIZACION RAPI-
DA, AVANTAJANDO LA NEOFORMACION OSEA ALVEOLAR -
O ESPONTANEA, EVITA SOBRE TODO, LA ALVEOLITIS -
QUE SIGUE CASI SIEMPRE EL CIERRE DE UN ALVEDLO-
VACIO, LO QUE ES FUERTE DE DOLORES VIVOS Y PRO-
LONGADOS Y DE CONSIDERADO RETARDO EN LA CICATRI

ZACION.

ESTA TECNICA NO ES EN REALIDAD UTILIZABLE --
CUANDO SE DEBEN HACER EXTRACCIONES MULTIPLES DE
DIENTES CONTIGUOS, TODOS ELLOS DE UNA HEMIARCA-
DA O DE UNA ARCADA!

ARISTAS AGUDAS.- LAS APOFISIS ALVEOLARES DES---
DENTADAS Y CON BORDES AGUDOS SE ADVIERTEN POR -
PALPACION O CUANDO EL PACIENTE INTENTA USAR PROU
TESIS, LAS CAUSAS MAS SERIAS Y MAS FRECUENTES -
DE LA INCOMODIDAD DE LAS PROTESIS SON LAS APO--
FISIS A MANERA DE FILO DE CUCHILLO; LA MASTICA-
CION PARECE COMPRIMIR EL MUCOPERIOSTIO CONTRA -
LAS ARISTAS AGUDAS DE HUESO Y POR LO TANTO, LA-
OCCLUSION ES DOLOROSA. LOS PACIENTES GENERALMEN-
TE VAN DE UN DENTISTA A OTRO PARA OBTENER UNA -
PROTESIS QUE PUEDA USAR CON COMODIDAD. EL PROTEU
SISTA PUEDE CONSTRUIR NUEVAS PROTESIS CON LA -
ESPERANZA DE SATISFACER AL PACIENTE, PERO NO --
TIENE MAS EXITO QUE EL ANTERIOR HASTA QUE SE --
CORRIGEN ESTOS BORDES AFILADOS. CUANDO SE LLEGA
A ESTA CONCLUSION EL REMEDIO ES SENCILLO, LA COU
RRECCION QUIRURGICA DE LAS APOFISIS ALVEOLARES-
AFILADAS, SEGUIDA DE LA CONSTRUCCION DE NUEVAS-
PROTESIS SUELE BRINDAR LA COMODIDAD BUSCADA.

MUCHAS VECES EL CLINICO PUEDE CREER QUE LA -
CRESTA OSEA ES SATISFACTORIA DEBIDA A QUE LA --

CUBIERTA DEL TEJIDO BLANDO ES REDONDA, OCULTANDO EL HECHO DE QUE EXISTE UNA CRESTA AFILADA BAJO EL MUCOPERIOSTIO; LA PRESION FIRME CON LOS DEDOS PUEDE PROVOCAR LA MOLESTIA TIPICA CUANDO EXISTEN CRESTAS AFILADAS, PERO GENERALMENTE EL PACIENTE PUEDE SEÑALAR LAS REGIONES QUE LE MOLESTAN. ES DE MUCHA IMPORTANCIA APLICAR LA CIRUGIA CUANDO SE NECESITA Y NO ENFRENTARSE AL PROBLEMA HACIENDO PROTESIS QUE NO SE PUEDEN USAR CON COMODIDAD.

SE HACE UNA INCISION AGUDA A TRAVES DEL MUCOPERIOSTIO, SOBRE LA REGION QUE SE PUEDE O MAS BIEN VA A EXPONER, UN POCO HACIA EL LADO LABIAL O BUCAL DE LA CRESTA; EL PERIOSTIO SE LEVANTA LO SUFICIENTE PARA HACER VISIBLE EL HUESO, ESTO ES DE MUCHA IMPORTANCIA SI SE VA A PRESERVAR EL VESTIBULO BUCAL O LABIAL, QUE YA ES POCO PROFUNDO. ES MEJOR LEVANTAR EL MUCOPERIOSTIO LINGUAL O PALATINO QUE EL DEL LADO LABIAL O BUCAL, SE DEBE LEVANTAR LO MENOS POSIBLE DE CADA LADO.

CON UN OSTIOTOMO O LIMA PARA HUESO SE QUITAN

LAS IRREGULARIDADES Y SE NIVELA LA PROTUBERANCIA A MANERA DE SERRUCHO. SE QUITA SOLAMENTE -- HUESO PARA OBTENER UNA APOFISIS ALVEOLAR LISA.- EN ALGUNOS CASOS, CUANDO SE QUITAN LOS BORDES - DE LOS TEJIDOS BLANDOS ES NECESARIO QUITAR UNO- O DOS MILIMETROS DE ESTE TEJIDO A LOS LADOS DE- LOS BORDES DE LA HERIDA, CUANDO SOBRA, LA MUCO- SA DEL LADO LINGUAL NOS DA UNA BUENA CUBIERTA - PARA EL PROCESO, SI SE PUEDE COLOCAR EN SU LU-- GAR. LA HERIDA SE CIERRA CON MATERIAL DE SUTURA NO ABSORVIBLE # 4(0000) O 5(00000), CON AGUJA - ATRAUMATICA. SE PUEDE DAR MAS SOPORTE INSERTAN- DO INMEDIATAMENTE LA PROTESIS VIEJA DEL PACIEN- TE CON UN RELLENO DE CEMENTO QUIRURGICO.

LAS CRESTAS MILDHIDIDEAS AFILADAS NO PUEDEN- CAUSAR MOLESTIAS; PERO PUEDEN SER INCOMODAS PA- RA LOS QUE USAN PROTESIS INFERIORES Y MUCHAS -- VECES HAY QUE REDUCIR EL CONTORNO, SI SE INTEN- TA LA INTERVENCION QUIRURGICA NO SE DEBE DISMI- NUIR LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO BUCAL. LA IN- CISION SE HACE A LO LARGO DE LA CRESTA, EXTEN--

DIENDOSE DESDE LA REGION RETROMOLAR HACIA ADE--
LANTE TANTO COMO SEA NECESARIO. EL MUCOPERIODS--
TIO DEL LADO BUCAL NO DEBE LEVANTARSE. SE DEJA--
COMO ANGLAJE FIJO AL CUAL SE SUTURA EL PERIODS--
TIO DEL LADO LINGUAL QUE SE HA LEVANTADO; LAS -
FIBRAS DEL MUSCULO MILOHIOIDEO QUE SE INSERTAN--
EN LA CRESTA ALVEOLAR AFILADA SE SEPARA PARA --
LOGRAR ACCESO AL HUESO QUE SE ALISA CON FRESA,-
CINCEL U OSTIOTOMOS; SE SUTURA EL COLGAJO LIN--
GUAL AL LADO BUCAL FIJO Y SE LEVANTAN LOS TEJI--
DOS BLANDOS PARA QUE PERMANESCAN EN CONTACTO --
INTIMO CON LA PARTE MEDIA DE LA MANDIBULA; A VE--
CES ES NECESARIO QUITAR DOS MILIMETROS DEL BOR--
DE DE LA MUCOSA, ANTES DE SUTURAR CON EL LADO -
LINGUAL SI ESTA FLOJO, ES ESENCIAL EL CONTACTO--
INTIMO DEL MUCOPERIODSTIO AL HUESO, SI SE QUITA--
LA FORMACION DE HEMATOMAS FIJARLAS ENTRE SI.

RECONSTRUCCION DE LAS CRESTAS ALVEOLARES.- SE CONSIDERA CUANDO TODO NIVEL OSEO UTILIZABLE HA DESAPARECIDO, SIENDO INUTIL LA PROFUNDIZACION DE LOS FONDOS DE SACO.

PRIMER TIEMPO: TOMAR UNA IMPRESION DE LA ARCADEA. REALIZAR UN MODELO DE ZINC PREPARAR UNA MAQUETA DE RESINA DE LOS FUTUROS INJERTOS, ESTAS PIEZAS SE CONSERVAN ASEPTICAMENTE, SE UTILIZARAN EN EL CURSO DE LA INTERVENCION PARA CONFECIONAR LOS INJERTOS.

SEGUNDO TIEMPO: PREPARACION DE LA CRESTA ALVEOLAR. INCISION HORIZONTAL MEDIANA, HACIA UN CM. ABAJO DE LA CRESTA A FIN DE QUE LA SUTURA ULTERIOR NO COINCIDA CON LA SALIENTE DEL INJERTO (GINESTET), POR LA HERIDA SE INTRODUCE UN DESPRENDEDOR DELGADO, DESPUES UNA LEGRA FINA Y CREAR, TANTO DE UN LADO COMO DE OTRO, POR DECOLAMIENTO MUCOPERIOSTIO, UN TUNEL A LO LARGO DE LA CRESTA ALVEOLAR. NO SE DEBE SOBREPASAR LATERALMENTE PERO SE LIBERAN LOS TEJIDOS BLANDOS QUE BORDEAN LAS DOS VERTIENTES DEL MAXILAR Y MAS --

TARDE FAVORECE AL DESPLAZAMIENTO DEL INJERTO --
PARA HACERLO, DIRIGUIR LA PROGRESION DEL DES---
PRENDEDOR ENTRE EL PULGAR Y EL INDICE DE LA MA-
NO QUE NO TRABAJA. PROSEGUIR EL DESPRENDIMIENTO
DE ADELANTE HACIA ATRAS HASTA LLEGAR AL TRIGONO

PREPARACION Y COLOCACION EN POSICION DEL INJERTO. - SE DA LA PREFERENCIA AL AUTOTRANSPLANTE -- OSEO ILIACO, EL HOMO TRANSPLANTE OSEO REFRIGERADO Y EL AUTOTRANSPLANTE CARTILAGINOSO COSTAL.

EL MEJOR ES EL AUTOINJERTO OSEO FRESCO.

PREPARAR EL MATERIAL ELEGIDO AYUDANDOSE CON-
MAQUETAS DE RESINAS Y CON EL MODELO DE ZINC. RE-
PRODUCIR LA CURVATURA DEL REBORDE MAXILAR. RE--
DONDEAR LA CARA QUE ESTARA EN CONTACTO CON EL -
ELEMENTO MUCOPERIOSTIO. EXCAVAR LIGERAMENTE, EN
GOTERO, LA QUE REPOSARA SOBRE EL HUESO. CHAN---
FLEAR LOS BORDES. ADELGAZAR LAS EXTREMIDADES --
DISTALES PARA FACILITAR LA INTRODUCCION. TALLAR
LAS EXTREMIDADES PROXIMALES A FIN DE PODER A---
FRONTARLAS, PERFORARLAS, SI SE DESEAN FIJARLAS-
ENTRE SI.

INTRODUCIR LOS INJERTOS POR FRICCION EN CADA
TUNEL, UBICARLOS EXACTAMENTE SOBRE LA CRESTA;--
ESTE ES EL TIEMPO DELICADO DE LA INTERVENCION.--
SUTURAR CON PUNTOS SEPARADOS EL PLANO MUCOSO, -
LA CONTINUCION PROTETICA DE LOS INJERTOS NO ES -

INDISPENSABLE SI LA TUMEFACION SE HA HECHO BIEN,
ESTA INTERVENCION ES IGUALMENTE REALIZABLE EN -
EL MAXILAR SUPERIOR.

TORUS.- LOS TORUS MANDIBULARES O MAXILARES NO TIENEN IMPORTANCIA PATOLOGICA Y GENERALMENTE NO NECESITAN ATENCION QUIRURGICA. ESTA INDICADA SU ELIMINACION SI SE TRAUMATIZA, SI LA SUPERFICIE DE LA CUBIERTA MEMBRANOSA SE HACE HIPERQUERATOSICA O SI APARECE UNA INFLAMACION COMO RESULTADO DE LA RETENCION DE DETRITOS ALIMENTICIOS DEBAJO DE SUS PLIEGUES Y PROYECCIONES. SU ELIMINACION ES ESENCIAL EN MUCHOS CASOS, CUANDO SE VA A COLOCAR PROTESIS O PORCIONES DE PROTESIS EN ESA REGION.

LOS TORUS PALATINOS VARIAN DE TAMAÑO Y FORMA MUCHOS SON PEQUEÑOS Y OTROS SON GRANDES. ALGUNOS SON MULTILOBULARES, CON GRANDES EXTENSIONES EN BASE DELGADA, MIENTRAS QUE OTRAS SON MAS O MENOS SESILES. GENERALMENTE EL MUCOPERIOSTIO ES MUY DELGADO SOBRE LAS PROYECCIONES REDONDAS Y MAS GRUESAS SOBRE LA PERIFERIA DE LA BASE. EL PRINCIPAL PROBLEMA EN LA REMOCION DE LOS TORUS PALATINOS SE DEBE A LOS LOBULACIONES Y A LA MUCOSA DELGADA. SE DEBE OBSERVAR PRECAUCIONES ---

CUANDO SE QUITAN LAS PORCIONES OSEAS.

EL TORUS NO DEBE QUITARSE EN MASA, DEBIDO AQUE MUCHAS VECES EL PISO DE LAS FOSAS NASALES LLEGA HACIA ABAJO EN ESA REGION, DE MANERA QUE SE PUEDE HACER UNA PERFORACION EN LA NARIZ (SI SE PIERDE UNA GRAN CANTIDAD DE HUESO). ADEMAS LA CICATRIZACION DEL TEJIDO BLANDO EN ESTA REGION SE HACE CON BASTANTE DIFICULTAD. SE PUEDE DIVIDIR EL TORUS EN SEGMENTOS POR MEDIO DE FRESAS, ELIMINANDO LOS PEDAZOS PEQUEÑOS CON CINCEL Y ALVEDLOTOMOS. LAS FRESAS QUIRURGICAS GRANDES Y LAS LIMAS SON BUENAS PARA LA PREPATACION FINAL DE LA SUPERFICIE. SE DEBE EVITAR PULIR LA SUPERFICIE DEL HUESO.

DESPUES DE QUE SE HA REDUCIDO EL TORUS QUEDA UN EXCESO DE TEJIDO BLANDO QUE DEBE SER ELIMINADO RECORTANDO LOS BORDES MESIALES. DESPUES DE ESTO SE CIERRA LA HERIDA, DE PREFERENCIA CON PUNTOS CONTINUOS (SUTURA) DE ARRIBA A ABAJO, CON HILO FINO NO ABSORBIBLE Y UNA AGUJA ATRALMÁTICA. ESTA MEMBRANA DELGADA NO SOPORTA EL PASO-

DE AGUJAS GRUESAS.

PARA CONSERVAR LA VIDA DEL COLGAJO Y EVITAR LA FORMACION DE HEMATOMAS, ES ESENCIAL QUE TENGA EL SOPORTE DE LA BOVEDA PALATINA LA BASE --- OSEA CORTADA PRODUCE UN EXUDADO SEROSO QUE SIRVE DE ALIMENTO PARA LA MEMBRANA DELGADA. EN REALIDAD EL TRATAMIENTO ES SIMILAR AL QUE PRODUCE PARA UN INJERTO LIBRE. LA COMPRESION DEL TEJIDO REDUCE LA FRECUENCIA DE LA EXTASIS VENOSA Y DE LA NECROSIS.

ES UTIL UN SOPORTE DE ACRILICO PARA LA BOVEDA, ESPECIALMENTE CUANDO HAY DIENTES EN LA PORCION ANTERIOR DE LA BOCA Y NO EN LA REGION DE LOS MOLARES.

ESTE APARATO SE PREPARA CON ANTERIORIDAD Y DESPUES DE EFECTUAR LA SUTURA SE COLOCA EN LA BOCA, SE PONE UN TRAPO DE GASA VASELINADA ENTRE EL APARATO Y EL PALADAR, DE UN GROSOR SUFICIENTE PARA EJERCER PRESION ADECUADA CONTRA LA BOVEDA PALATINA. SE PONE POLVO DE SULFANILAMIDA ENTRE LAS CAPAS DE LA GASA. EL APARATO DEBE DEJAR

SE EN LA BOCA, SI ES POSIBLE DURANTE UNA SEMANA.

SI HAY MOLARES, EL COLGAJO PUEDE SUJETARSE CON GASA COLOCADA DEBAJO DE UNA RED DE ALAMBRE Y ANCLADA EN LOS DIENTES POSTERIORES, PERO SI ESTOS DIENTES NO ESTAN PRESENTES, LA RED PUEDE COLOCARSE ATRAVESANDO CON EL ALAMBRE EL MUCOPERIOSTIO DEL BORDE ALVEOLAR. LA GASA PUEDE LIGARSE A LOS DIENTES ANTERIORES O SUTURARSE AL TEJIDO DE LA PARTE POSTERIOR, EL ALAMBRE DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE RIGIDO PARA QUE HAGA PRESION CONTRA EL TAPONAMIENTO CUANDO ESTE HA SIDO PRESIONADO HACIA ARRIBA POR LOS DEDOS DEL CIRUJANO TAL TIPO DE RETENEDOR TAMBIEN DEBE PERMANECER EN LA BOCA DURANTE UNA SEMANA. EL PACIENTE EXPERIMENTA MAS MALESTARES SI EL ALAMBRE SE COLOCA A TRAVES DEL MUCOPERIOSTIO POR AUSENCIA DE LOS MOLARES. POR LO TANTO ES ACONSEJABLE, SI SE VAN A EXTRAER LOS MOLARES Y LOS PREMOLARES, ELIMINAR ANTES EL TORUS.

EN LA PARED LINGUAL LOS TORUS MANDIBULARES -

SE PRESENTA ESPECIALMENTE A NIVEL DE LOS PREMO
LARES. SU ELIMINACION ES NECESARIA CUANDO SE VA
A CONSTRUIR PROTESIS, EL BORDE LLEGA A LESIONAR
LOS CUANDO OCURRE ATROFIA DE LA CRESTA ALVEOLAR
ES CASI CIERTO QUE CUALQUIER INTENTO DE PASAR -
ALREDEDOR DE LOS TORUS DARA COMO RESULTADO UN -
FRACASO DE LA PROTESIS.

LA ELIMINACION DE LOS TORUS MANDIBULARES NO-
ES COMPLICADA PERO VALE HACER ALGUNAS RECOMENDA
CION. LA INCISION SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR DEBE
RA SER NITIDA Y EXTENDERSE HASTA EL HUESO. SI -
EXISTEN DIENTES, LA INCISION DEBE HACERSE A NI-
VEL DEL CUELLO DE ESTOS; LEVANTANDO TODA LA MU-
COSA LINGUAL. SI EL PERIOSTIO LATERAL NO SE LE-
VANTA, NO SE PIERDE EL VESTIBULO BUCAL Y SE PUE
DE INSERTAR DESPUES. HAY MAS PELIGROS DE CAUSAR
UN HEMATOMA POSOPERATORIO QUE AL OPERAR UNA ---
CRESTA MILOHIOIDEA, YA QUE ESTA RELATIVAMENTE -
BAJO EL PISO DE LA BOCA, DESARROLLANDOSE UN DE-
FECTO QUE FACILMENTE ACUMULARA SANGRE SI EL COL
GAJO LINGUAL ES FLOJO Y NO SE PRESIONA NI SE --

ADHIERE INTIMAMENTE EN LA CARA LINGUAL DE LA --
MANDIBULA.

DESPUES DE QUE SE HA EXPUESTO EL TORUS SE --
PUEDE HACER SURCOS CON LAS FRESAS EN LAS CARAS--
SUPERIORES MESIALES Y DISTALES DE LA PROTUBERAN
CIA OSEA. UN GOLPE FIRME CON CINCEL FRACTURA EL
TORUS. LAS LIMAS Y LAS FRESAS MAS GRANDES PUE--
DEN UTILIZARSE PARA ALISAR EL HUESO. LA IRRIGA-
CION Y LA ASPIRACION ELIMINANDO EL POLVO OSED -
DEL FONDO DE LA CAVIDAD. EL EXCESO DEL COLGAJO-
LINGUAL TIENE QUE SER ELIMINADO EN UN BORDE AN-
TES DE APROXIMAR LAS SUTURAS Y FIJARLO AL MUCO-
PERIOSTIO LATERAL INMOVIL.

EL EMPLEO DE UN APARATO PARA SOPORTE DE TEJI
DOS NO ES DE GRAN AYUDA EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS
YA QUE LA LOCALIZACION DE UN HEMATOMA POTENCIAL
ESTA MAS ALLA DEL BORDE DEL APARATO PARA QUE ES
TE SEA EFICAZ.

EL SECRETO DEL EXITO ES QUE EL PERIOSTIO QUE
DE EN CONTACTO INTIMO, CON LA PARED LINGUAL DE-
LA MANDIBULA GRACIAS A LAS SUTURAS.

ALVEOLECTOMIA.- LA ALVEOLECTOMIA RADIAL O SENCILLA, ES EL PROCEDIMIENTO BUCAL MAS COMUN AL OBJETO DE PREPARAR LA BOCA PARA UNA PROTESIS. AL HACER LA EXTRACCION DE UN DIENTE SE HA DE CONSIDERAR LA NECESIDAD FUTURA DE UNA PROTESIS Y SE DEBE HACER LA CIRUGIA DE MANERA QUE EL SITIO OPERATORIO QUEDE CON UN CONTORNO LO MEJOR POSIBLE.

LA ALVEOLECTOMIA O ALVEOLOPLASTIA ES LA REMOCION QUIRURGICA DE UNA PORCION DE LA APOFISIS ALVEOLAR. ESTA REMOCION DEBE LIMITARSE A LOS BORDES AGUDOS, PROTUBERANCIAS Y SOCAVADOS EXCESIVOS.

ES IMPORTANTE CONSERVAR UNA CANTIDAD MAXIMA DE HUESO CORTICAL Y ALTURA APOFISIS, AUNQUE NO DEBE OLVIDARSE LOS REQUERIMIENTOS DE UNA SUPERFICIE FUNCIONAL QUE BRINDE SOPORTE A LA PROTESIS. EL PELIGRO DE REDUCIR LA ALTURA DEL REPLIEGUE MUCOBUCAL DEBE SIEMPRE TENERSE EN CUENTA AL LEVANTAR COLGAJOS HASTA, O MAS DEL TERCIO APICAL DE LAS RAICES DE LOS DIENTES, ES RARA VEZ -

NECESARIO O INDICADO. LA CICATRIZACION PRIMARIA DE LA MUCOSA BUCAL O LINGUAL, AUNQUE DESEABLE - NO ES INDICADA Y PUEDE TRAER COMO CONSECUENCIA- UNA DISTORCION DEL TEJIDO Y PERDIDA DE LA PRO-- FUNDIDAD DEL VESTIBULO. AUNQUE EL HUESO ALVED-- LAR BUCAL O LINGUAL DEBE ESTAR CUBIERTO POR TE- JIDO BLANDO, NO DEBE INTENTAR CUBRIRSE LOS AL-- VEDLOS SI LA SUTURA NO PUEDE HACERSE SON TEN--- SION EN EL COLGAJO BUCAL, CON EL SACRIFICIO CON SECUENTE DE LA PROFUNDIDAD DEL VESTIBULO BUCAL.

ALVEOLECTOMIA SIMPLE. - A VECES SE PUEDEN HACER MULTIPLES EXTRACCIONES SIN NECESIDAD DE CONTORNEAR LAS CRESTAS, PERO EN MUCHOS CASOS LA TABLA BUCAL ALVEOLAR Y EL HUESO INTERSEPTAL PUEDEN -- PRESENTAR BORDES AFILADOS Y PROTUBERANCIAS QUE SI SE DEJAN CAUSARIAN GRAN MALESTAR AL COLOCAR LA PROTESIS. EN ESTOS CASOS SE LEVANTA UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO BUCAL DE ALTURA MINIMA. LOS BORDES AFILADOS Y LAS PROTUBERANCIAS EXPUESTAS SE CONTORNEAN CAUTELOSAMENTE CON ALVEOLOTOMOS Y LIMAS. LAS TABLAS BUCALES Y LINGUALES DEBEN MANTENERSE APROXIMADAMENTE AL MISMO NIVEL, SI ES POSIBLE, PARA ASEGURAR UNA APOFISIS ANCHA Y PLANA.

LOS SOCAVADOS EXCESIVOS EN LOS SEGMENTOS SUPERIORES POSTERIORES E INFERIORES ANTERIORES, DEBEN RECIBIR ATENCION ESPECIAL. EL EXCESO DE TEJIDOS BLANDOS Y EL TEJIDO DE GRANULACION CRONICO DEBEN SER ELIMINADOS DE LOS COLGAJOS BUCALES Y LINGUALES, QUE ENTONCES SON APROXIMADOS CON SUTURAS SIN TENSION EN LAS REGIONES DE SO--

PORTE OSEO PARA MANTENER UN CONTROL NORMAL.

ALGUNAS VECES ES DESEABLE UTILIZAR UNA SUTURA CONTINUA DE COLCHONERO PARA LA CRESTA GINGIVAL, SEGUN LA PREFERENCIA DEL OPERADOR.

ALVEOLECTOMIA RADICAL. - A VECES ESTA INDICADA - LA REFORMA O RECORTE RADICAL DE LA CRESTA ALVEOLAR DEBIDO A SOCAVADOS PROMINENTES O A UNA DISCREPANCIA NOTABLE EN LA RELACION HORIZONTAL, ENTRE LAS ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR, POR LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL. ESTOS PACIENTES PUEDEN NECESITAR UNA REMOCION COMPLETA DE LA TABLA BUCAL PARA LA CONSTRUCCION DE UNA PROTESIS ESTETICA Y FUNCIONALMENTE SATISFACTORIA.

EN ESTOS CASOS SE LEVANTA UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO ANTES DE LA EXTRACCION. LA EXTRACCION DE LOS DIENTES PUEDE FACILITARSE QUITANDO LA TABLA BUCAL QUE ESTA SOBRE LA RAIZ DE LOS DIENTES LA REMOCION DEL HUESO INTERRADICULAR DESPUES DE LA EXTRACCION DEL HUESO QUE QUEDA, SE CORTA Y SE CONTORNEA A LA ALTURA OCLUSAL DESEADA, CON CINCELES, ALVEOLOTOMOS Y LIMAS, DE ACUERDO A LA PREFERENCIA DEL OPERADOR. EL EXCESO DE TEJIDO SE RECORTA DE LOS COLGAJOS LABIALES Y LINGUALES QUE SE APROXIMAN CON SUTURA O PUNTOS SEPARADOS - AL SUTURAR ESTE COLGAJO PUEDE SER NECESARIO --

QUITAR UNA CAÑA DE TEJIDO A NIVEL DE LOS PREMO-
LARES, PARA QUE ESTE DE ACUERDO CON LA PERDIDA-
DE LA CIRCUNFERENCIA EXTERNA DEL COLGAJO BUCAL.

ALVEOLECTOMIA INTERRADICAL O INTRASEPTAL. - EN--
ESTE PROCEDIMIENTO SE SACRIFICA EL HUESO INTER-
RADICULAR Y NO LA TABLA BUCAL. SE EXTRAEN LOS -
DIENTES CON LEVANTAR UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO-
CON CINCELES Y ALVEOLO TOMOS SE QUITA EL HUESO -
INTERRADICULAR E INTRASEPTAL HASTA LA PROFUNDI-
DAD DE LOS ALVEOLOS. POR PRESION MANUAL DE LA -
TABLA BUCAL SE COLAPSA CONTRA LA TABLA LINGUAL-
ESTO PUEDE REQUERIR FORMA CONSIDERABLE HASTA --
PRODUCIR UN TIPO DE FRACTURA EN TALLO VERDE EN-
LA PORCION APICAL DE LA TABLA BUCAL. ES POSIBLE
QUE HAYA QUE QUITAR UNA CUÑA DE HUESO EN CADA -
REGION DE LOS PREMOLARES, PARA QUE EL AUMENTO -
DE CIRCUNFERENCIA DE LA TABLA BUCAL PERMITA QUE
LLEGUE A SU POSICION CORRECTA. DESPUES DE RECOR-
TAR Y CONTORNEAR LA SUPERFICIE INCISAL DE LA --
APOFISIS SE APROXIMAN LOS COLGAJOS CON PUNTOS -
SEPARADOS.

TUBEROSIDADES AGRANDADAS.- LA HIPERTROFIA FIBROSA O EL AGRANDAMIENTO OSEO DE LAS TUBEROSIDADES DE LOS MAXILARES SUPERIORES PUEDEN INTERFERIR - CON LA CONSTRUCCION DE LA PROTESIS, A CAUSA DEL ABULTAMIENTO EXAGERADO EN EL ESPACIO INTERMAXILAR AL GRADO QUE DIFICULTA LA APLICACION DE LA PROTESIS.

PARA REDUCIR ESTAS TUBEROSIDADES SE HACEN -- DOS INCISIONES CURVAS QUE LLEGAN AL HUESO; PARTEN DEL EXTREMO DISTAL DE LA TUBEROSIDAD Y VAN-- HASTA LA PARTE ANTERIOR EN UN PUNTO DONDE SE -- UNEN EN LA REGION DE LOS PREMOLARES. LA MUCOSA-- Y EL TEJIDO FIBROSO ENTRE LAS DOS INCISIONES SE QUITAN CON UN ELEVADOR PARA PERIOSTIO, Y DEJAN-- DO UN DEFECTO A MANERA DE CUÑA. EL TEJIDO FIBRO-- SO SUBYACENTE A LOS COLGAJOS BUCALES Y LINGUA-- LES SE QUITAN POR DISECCION DEL BISTURI. SE DE-- BE TENER CUIDADO AL QUITAR EL TEJIDO FIBROSO -- DEL LADO PALATINO, PARA NO LESIONAR LOS VASOS - DE LA MEMBRANA MUCOSA. SI LA PROMINENCIA ES EX-- CESIVA SE QUITA EL EXCESO DE HUESO DE LA CRESTA

DEL ALVEOLO Y DE LA TABLA BUCAL, ESTO SE PUEDE HACER CON CINCELES, ALVEOLOTOMOS Y LAMINAS DESPUES QUE SE HA ESTABLECIDO EL CONTORNO DESEADO; CUALQUIER EXCESO DE TEJIDO SE QUITA DE LOS COLGAJOS BUCALES Y LINGUALES Y ENTONCES SE PUEDEN APROXIMAR LOS COLGAJOS CON PUNTOS SEPARADOS. -- LOS COLGAJOS DEBEN SER RECORTADOS CORRECTAMENTE, PARA PERMITIR UNA ADAPTACION INTERNA CON EL HUESO.

A VECES LA REDUCCION DE LA TUBEROSIDAD NO ES POSIBLE POR LA PRESENCIA DE UN ANTRO GRANDE. EN ESTOS CASOS EL AUMENTO DE ESPACIO INTERMAXILAR PARA PERMITIR LA COLOCACION DE LA PROTESIS PUEDE OBTENERSE REDUCIENDO LA ALTURA DE LA APOFISIS ALVEOLARES. PRIMERO SE QUITA EL EXCESO DE TEJIDO BLANDO; DESPUES SE CONTORNEA EL HUESO -- TANTO COMO LO PERMITAN LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS.

TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS DEL SURCO VESTIBULAR.- EN EL VESTIBULO BUCAL INFERIOR SOBRE TODO EN EL SUPERIOR, SE DESARROLLAN, BAJO EL INFLUJO TRAUMATICO IRRITATIVO, COMO CONSECUENCIA DEL USO DE PROTESIS MAL ADAPTADAS, LESIONES CARACTERIZADAS POR LA HIPERTROFIA EN GRADO VARIABLE, DEL TEJIDO GINGIVAL DE ESTA REGION CREANDO UNA PATOLOGIA DEL SURCO VESTIBULAR, TIENEN HACIA LA TUMEFACION PERSISTENTE CRECEN Y PERMANECEN, MIENTRAS EXISTA Y PERDURE EL FACTOR IRRITATIVO. PUEDE TRATARSE DE UNA SOLO FORMACION A MANERA DE CORDILLERA QUE SE DESPLAZARA EN TODO EL FONDO DEL SURCO Y CONSISTE EN VARIAS CORDILLERAS PARALELAS, CON PEQUEÑOS FIBROMAS SATELITES EN SU VECINDAD SOBRE TODO EN LA CARA INTERNA DEL LABIO.

TRATAMIENTO.- DEBE SER EXTIRPADOS QUIRURGICAMENTE Y ELIMINADO EL FACTOR TRAUMATICO IRRITATIVO, PARA EVITAR SU RECIDIVA. ES SUFICIENTE UNA ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA CON ADRENALINA YA QUE PROPORCIONA UN CAMPO EXANGOE.

OPERACION.- LEVANTAR EL LABIO SUPERIOR EN EXTENSION FORSADA ESTO PERMITE UNA AMPLIA VISION, -- CON ESTA MANIOBRA PERMITE QUE EL FIBROMA PROLAPSE LIGERAMENTE LO CUAL AYUDA A LA TECNICA.

SE TOMA EL FIBROMA CON UNA O DOS PINZAS KO--
CHER O CHAPUT SEGUN SU EXTRACCION Y VOLUMEN Y -
SE TRACCIONA EL TUMDR.

ANTES DE SECCIONAR EL FIBROMA Y CON EL OBJE+
TO DE EVITAR O POR LO MENOS COHIBIR PRONTAMENTE
LA COPIOSA HEMORRAGIA, PRUDUCTO DEL CORTE DE --
LOS VASOS QUE CORREN A NIVEL DE ESA REGION, SE-
HACE EL PASAJE PREVID DE LOS HILOS DE SUTURA ESS
TOS HILOS SE PASAN CON AGUJA CURVA, UN POCO MAS
ARRIBA DE LA BASE DE IMPLANTACION DEL FIBROMA.

LAS PINZAS DE KOCHER TRACCIONAN EL FIBROMA -
PARA DESCUBRIR AMPLIAMENTE SU BASE. CON UN BIS-
TURI SE SECCIONA EL PROCESO DE DERECHA A IZQUI-
ERDA EN TODA SU EXTENSION Y LIMITE, PROCURANDO-
NO CORTAR LOS HILOS EN SU MANIOBRA EN EL PRIMER
TIEMPO SE SECCIONA LA MITAD ANTERIOR O BUCAL --
DEL PROCESO, Y SE DIRIGE EL BISTURI EN TAL SEN-

TIDO PARA PODER INCIDIR EL FIBROMA EN CUÑA, SE-
TERMINA LA OPERACION DEL LADO OPUESTO CON LA --
MISMA TECNICA Y SE ANUDAN LOS PUNTOS. LAS HIPER
TROFIAS SATELITES SE ELIMINAN CON TIJERAS. SE -
COLOCA GASA SIMPLE Y SE PRESIONA.

ELIMINACION DE RETENCIONES INFERIORES VESTIBULARES. - MUCHOS PACIENTES SUFREN LA REABSORCION -- DEL PROCESO ALVEOLAR INFERIOR QUE PRODUCE UNA - RETENCION O ESPACIO MUERTO VESTIBULAR MARCADO - DEBIDO A QUE HAY MAYOR REABSORCION EN LA ZONA - APICAL QUE EN LA CRESTA ALVEOLAR. CON ESTA CLASE DE REBORDE, RESULTA MUY DIFICIL QUE EL PA--- CIENTE PUEDA USAR LA PROTESIS CON EXITO.

HAY DOS METODOS:

1.- EXCISION DEL HUESO DESBORDANTE EN LA --- CRESTA ALVEOLAR.

2.- RELLENO Y REMODELADO DE LA ZONA RETENTI- VA CON INJERTO OSEO O ALGUN MATERIAL EXTRAÑO -- INERTE DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO.

SI EL PROCESO ALVEOLAR ES ANCHO, EL PACIENTE PUEDE AFRONTAR EL SACRIFICIO DE POCO HUESO DESBORDANTE VESTIBULAR. INCLUSO SI EL BORDE POSTERIOR ES ANGOSTO, EL SOPORTE OFRECIDO POR LA LÍ- NEA OBLICUA COMPENSARA EL REBORDE ANGOSTO. EN - LA PARTE ANTERIOR, EL PROBELMA ES MAS AGUDO, -- PORQUE SI SE REDUCE EL TAMAÑO, EL REBORDE ANTE-

RIOR DEBERA SOPORTAR UNA MAYOR CARGA MASTICATORIA POR UNIDAD DE SUPERFICIE Y A LA LARGA SUFRIRA UNA MAYOR REABSORCION.

EN ESTOS CASOS, HALLAMOS DE UTILIDAD RELLENAR EL ESPACIO RETENTIVO Y NO DISMINUIR LA SUPERFICIE. SE HA UTILIZADO GELFOAM CON RESULTADOS DESCORAZONABLES PORQUE SE REABSORBE Y EL ESTADO POS-OPERATORIO NO ES MEJOR QUE EL PREVIO A LA CIRUJIA. (HOLLAND USO RED DE TANTALIO PARA RELLENAR UN ESPACIO RETENTIVO QUE SE EXTENDIA DESDE LA ZONA MOLAR DERECHA HASTA LA ZONA MOLAR IZQUIERDA. EL IMPLANTE FUE BIEN TOLERADO Y LOS RESULTADOS FUERON MUY SATISFACTORIOS. SE USO CARTILAGO CON RESULTADOS FAVORABLES.

SE HIZO UNA INCISION EN LA CRESTA DE LOS PROCESOS ALVEOLARES POSTERIORES Y SE RECHAZARON CON CUIDADO LOS COLGAJOS DE CORTE LATERAL PARA RECORTAR EL HUESO SOBRESALIDO, QUE FUE PUESTO SOBRE GASA ESTERIL. SE ALISO EL REBORDE POSTERIOR CON LIMA Y LAS INCISIONES SE CERRARON CON SUTURA NO REABSORBIBLES. DESPUES SE HIZO UN TU-

NEL SUBPERIOSTICO HACIA LAS ZONAS DE CANINOS --
DERECHO E IZQUIERDO. LOS FRAGMENTOS DE HUESO --
ATACARON MINUCIOSAMENTE DENTRO DE LOS TUNELES.-
LLENANDO LOS ESPACIOS MUERTOS. LA INCISION SE -
CERRO MEDIANTE UN PAR DE SUTURAS. SE ADVIRTIO -
AL PACIENTE QUE NO USARA LA PROTESIS DESPUES DE
LA OPERACION PARA EVITAR LAS IRRITACIONES MECA-
NICAS INNECESARIAS DE LA ZONA. SE RECETARON AN-
TIBIOTICOS PARA DESCARTAR TODA POSIBILIDAD DE -
INFECCION EN LA ZONA INJERTADA. SE INDICARON --
ANALGESICOS Y EL CUIDADO POSTOPERATORIO DE RUTINA
NA. EN EL PERIODO DE VARIOS MESES EL INJERTO SE
FUE ALISANDO PAULATINAMENTE POR REABSORCION SE-
LECTIVA Y REEMPLAZO DE NUEVO HUESO.

EL TRANSPLANTE DE HUESO ALVEDLAR AUTOGENO --
PUEDE BRINDAR RESULTADOS MUY SATISFACTORIOS Y -
ES PRECISO TOMARLO EN CONSIDERACION.

IMPLANTE METALICO SUBPERIOSTICO.- TECNICA L. --
MARVILLE Y JAQUET.-ESTA ES UNA SOLUCION TERAPEU
TICA RECIENTE A LOS PROBLEMAS PRODUCIDOS POR LA
EDENTACION DE LAS MODERNAS PROTESIS O DE LOS RE
CURSOS DE LA CIRUJIA PREPROTETICA. SOLO UN RE--
SULTADO A DISTANCIA IMPORTANTE LE DARA UN VALOR
DEFINITIVO.

REALIZAR UN MONTAJE PROTETICO COMPLETO ARRI-
BA Y ABAJO EN EL ARTICULADOR. AL LADO DE ESTE -
CONFECIONAR UNA CUBETA DE IMPRESIONES CON UN -
RODETE DE ARTICULACION, Y UNA PEQUEÑA GOTERA --
QUE PORTE CUATRO PERFORACIONES CORRESPONDIENTES
AL EMPLAZAMIENTO EXACTO DE LOS CANINOS Y LOS MO
LARES.

PRIMER TIEMPO OPERATORIO.- ANESTESIA LOCARE-
GIONAL Y ANESTESIA GENERAL GOTTA A GOTTA INTRAVE-
NOSA.

MARCAR EL EMPLAZAMIENTO DE FUTUROS PILARES -
CON AYUDA DE LA GOTERA YA REALIZADA EN EL LABO-
RATORIO.

INCIDIR MUCOSA Y PERIOSTIO AL NIVEL DE LA --

CRESTA, ES UTIL HACER CUATRO INCISIONES DE DESAHOGO.

INVESTIGAR CON PRUDENCIA LOS DOS NERVIOS MENTONEANOS, CUYA SITUACION EN RELACION CON LA ---
CRESTA, EN LOS ANTIGUOS DESDENTADOS. DESPRENDER
PERMANECIENDO BAJO EL PERIOSTIO, BAJO LA MUCOSA
DE LAS VERTIENTES EXTERNAS E INTERNAS, DESCEN--
DIENDO SUFICIENTEMENTE BAJO.

RECLINAR LOS COLGAJOS MUCOSOS PARA FACILITAR
UTERIORMENTE LA TOMA DE IMPRESION.

LOS TRES COLGAJOS MUCOSOS EXTERNOS SON ASI -
SUTURADOS MEDIANTE PUNTOS PROVISORIOS RADIALES-
FIJADOS SOBRE UN BOTON.

EXCAVAR CON FRESA MONTADA SOBRE UN TORNO ---
ELECTRICO, CUATRO SURCOS EN LOS SITIOS YA MARCADOS.

SE PRUEBA LA CUBETA DE IMPRESION CON RODETES
DE ARTICULACION CORRIGIENDOLAS SEGUN SEA NECESARI
O, EN ESPECIAL AL NIVEL DE LOS NERVIOS MENTO-
NEANOS, CUYA ALTURA DE EMERGENCIA ES DIFICIL DE
PREEVER ANTES DE INTERVENCION.

RELLENAR LA CUBETA CON EL MATERIAL ELEGIDO (ZELLEX, POR EJEMPLO) Y TOMAR LA IMPRESION DEL HUESO DESCUBIERTO.

HACER MORDER AL SUJETO EL APARATO AN TAGONISTA, DE TAL MODO, QUE LOS RODETES DE ARTICULACION ENGRANEN PERFECTAMENTE CON EL.

VERIFICAR LA HERIDA OPERATORIA Y LA AUSENCIA DE TODO CUERPO EXTRAÑO QUE PUEDA PROVENIR DE LA IMPRESION. RETIRAR LOS PUNTOS PROVISIONALES MANTENIENDO LOS COLGAJOS RECLINADOS.

SUTURAR LA MUCOSA MEDIANTE ALGUNOS PUNTOS DE SEDA.

PREPARACION DEL IMPLANTE EN EL LABORATORIO.- LA IMPRESION OSEA NOS PROPORCIONA TODOS LOS DETALLES DE LA CRESTA, DE SUS VERTIENTES Y LOS CUATRO SURCOS, AL VACIAR UN MODELO EN YESO UNA VEZ TOMADA LA IMPRESION CON LA RELACION ARTICULACION, EL MODELO SE UBICA SOBRE EL ARTICULADOR.

REALIZAR SOBRE EL MODELO EL IMPLANTE EN CERA Y DESPUES COLARLO CON UNA ALEACION CROMOCOBALTO. ESTE IMPLANTE COMPRENDE DOS BARRAS LONGITUDINALES, DISIMULADOS LO MEJOR POSIBLE EN LOS SURCOS, Y CUATRO PILARES FIJADOS SOBRE ESTOS BASTIDORES.

SE EVITAN LOS DOS NERVIOS MENTONEANOS, SE PUEDEN REALIZAR MUCHOS BASTIDORES SUPLEMENTARIOS PARA PERMITIR MAYOR ARRAIGO A LA PARTE POSTERIOR, CUANDO LA TOPOGRAFIA PARTICULAR DEL MAXILAR Y DE LOS PEDICULOS MENTONEANOS IMPIDEN LA CONSTRUCCION DEL DISPOSITIVO HABITUAL, SE LE PUEDE ADJUNTAR UNA PIEZA GRILLADA O ENREJADA.

SEGUNDO TIEMPO OPERATORIO.- EL MISMO DIA DE LA CONCLUSION Y LA ESTERILIZACION DE LA PROTESIS DE DEBE:

RETIRAR LOS PUNTOS DE SUTURA UBICADOS DESPUES -
DEL PRIMER TIEMPO.

ENSAYAR EL IMPLANTE; VERIFICAR SU ADAPTACION
QUE DEBE SER PERFECTA.

EMPUJAR CON FUERZA EL IMPLANTE; HACER UNA SU
TURA MUY CUIDADOSA DE LA MUCOSA CON SEDA ENCERA
DÁ.

LA SUPRESTRUCTURA QUE SE ADAPTA SOBRE LOS PI
LARES EXTRAMUCOSOS SERA ASENTADA ALREDEDOR DE -
UN MES DESPUES DE LA INTERVENCION. SU REALIZA--
CION DEBE SER MUY MINUCIOSA Y SU ARTICULACION -
PERFECTO.

FIBROMATOSIS DE LA TUBEROSIDAD (TUBEROSIDADES BULBOSAS) Y ZONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR. -- --

LAS TUBEROSIDADES FIBROMATOSAS VOLUMINOSAS DEL MAXILAR SUPERIOR DESDENTADO O ZONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR REDUCE EL ESPACIO INTERMAXILAR EN TAL EXTENSION QUE PUEDE RESULTAR IMPOSIBLE DE CONSTRUCCION DE PROTESIS EFICIENTES YA SEA DEBIDO A UNA TUBEROSIDAD FIBROMATOSA UNILATERAL O BIEN BILATERAL DE LA ZONA DE TERCER MOLAR INFERIOR, LA CUAL CONTACTA CON LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR. AUNQUE EL ESPACIO INTERMAXILAR NO SEA INTERFERIDO, ESTAS VOLUMINOSAS FIBROMATOSIS TIENEN TALES PROFUNDAS DEPRESIONES POR VESTIBULAR Y OCASIONALMENTE POR PALATINO QUE IMPIDEN LA EXTENSION DEL FLANCO VESTIBULAR DE LA PROTESIS Y OBSTRUYEN LA ADECUADA ESTABILIDAD PALATINA Y EL SELLADO POSTERIOR DEL APARATO. ESTO SIGNIFICA MALA RETENCION PARA LA DENTADURA.

A VECES, EN CASOS DE PERSONAS PARCIALMENTE DESDENTADAS, LA TUBEROSIDAD ES TAN AMPLIA QUE INTERFIERE EN LA MASTICACION Y ASI SE TRAUMATI-

ZA E INFLAMA. A CAUSA DE QUE LA FIBROMATOSIS DE LA TUBEROSIDAD ES TAN DENSA, LA MUCOSA DURA --- PUEDE SER CONFUNDIDA CON HUESO. SE HARA UN EXAMEN RADIOGRAFICO DE LAS TUBEROSIDADES (POR LO COMUN ESTAN AFECTADAS AMBAS). ANTES DE LA CIRUJIA, PARA DETERMINAR SI ES UN TEJIDO DENSO, DURO SEMEJANTE A CARTILAGO, O SI SE TRATA DE UN TERCER MOLAR RETENIDO O HUESO. SI BIEN TODO ESTO REQUIERE REDUCCION QUIRURGICA, LA TECNICA VA RIA EN CADA SITUACION.

A VECES, SI LA RADIOGRAFIA REVELA EL PISO -- DEL SENO MAXILAR PROXIMO AL REBORDE ALVEOLAR Y A LA TUBEROSIDAD, LA CIRUJIA PARA REDUCIR LA AL TURA Y EL ANCHO Y ELIMINAR LAS RETENCIONES DA-- RIA POR RESULTADO UNA APERTURA DEL SENO MAXILAR Y DE ESTA MANERA ESTA CONTRAINDICADA.

FIBROMATOSIS TECNICA PARA LA REDUCCION.- EL --
OBJETO DE ESTA INTERVENCION PLASTICA ES REDUCIR
LA TUBEROSIDAD VOLUMINOSA FIBROMATOSAS O LAS ZO
NAS DEL TEJIDO BLANDO DEL TERCER MOLAR INFERIOR
PARA AJUSTAR EN TAMAÑO Y FORMA, EN GRADO RAZONA
BLE, EL RESTO DEL REBORDE. EL PUNTO DE PARTIDA--
CONSISTE EN ESTIMAR LA CANTIDAD DE TEJIDO QUE -
DEBE ELIMINARSE PARA LOGRAR ESTE RESULTADO.

SE PUEDE DIBUJAR CON LAPIZ INDELEBLE LAS LI--
NEAS DE LA INCISION SOBRE LA TUBEROSIDAD O SO--
BRE EL TEJIDO FIBROMATOSO EN LA ZONA DEL TERCER
MOLAR INFERIOR PARA ASI MARCAR CORRECTAMENTE LA
SECCION A MANERA DE CUÑA TRIANGULAR QUE SE ELI--
MINA EN EL CENTRO. EL CORTE CUNEIFORME COMIENZA
EN EL MISMO PUNTO EN QUE LA ZONA DE LA CRESTA -
DEL REBORDE SE UNE AL REBORDE NORMAL Y COMIENZA
EL FIBROMATOSO Y FINALIZA CON EL PUNTO MAS POS--
TERIOR DE LA ZONA DE LA TUBEROSIDAD. ESTA INCI--
SION EN FORMA DE "V" SE HACE CON HOJA # 15 BARD
PARKER LLEVADA A TRAVES DEL CENTRO DE LA MUCOSA
ASEGURANDO QUE LA HOJA CONTACTE CON EL HUESO, A
LO LARGO DE TODO EL CORTE.

EL TEJIDO CUNEIFORME SE TOMA CON UNA PINZA DE ALLIS, Y SE ELEVA Y LIBERA EN UN PUNTO EN EL CUAL ESTE AUN ADHERIDO A LA CORTICAL OSEA. SE NOTARA QUE MIENTRAS ESTA ES UNA INCISION BILATERAL CUNEIFORME LAS LINEAS DE CLIVAJE NO SE ENCUENTRAN EN EL MISMO PUNTO SOBRE LAS CRESTAS DEL REBORDE. LA DISTANCIA ENTRE ESTOS DOS CORTES OBLICUOS EN LA CRESTA OSEA DEPENDE TAMBIEN DEL TAMAÑO DE LA FIBROMATOSIS DE LA TUBEROSIDAD TANTO MAYOR LA CUÑA Y MAYOR LA DISTANCIA ENTRE DOS CORTES EN LA CRESTA DEL REBORDE OSEO.

LAS SECCIONES EN FORMA DE "X" E "Y" ESTAN EN LA ZONA DE TEJIDO FIBROSO SUBMUCOSO DONDE EL OPERADOR ESTIMA QUE DEBERA ELIMINAR PARA APROXIMAR LOS COLGAJOS VESTIBULAR Y LINGUAL. LA RAZON POR LA CUAL ESTAS SECCIONES NO SON ELIMINADAS CON LA INCISION ORIGINAL ES LA DE QUE HAY QUE ELIMINAR UNA O VARIAS POR MEDIO DE PRUEBAS, HASTA QUE LOS COLGAJOS SE ENCUENTREN EN LA LINEA MEDIA, SIN EJERCER TENSION.

DEBERAN EXTREMARSE LOS CUIDADOS EN EL TRATO-

DE LOS COLGAJOS VESTIBULAR Y LINGUAL CUANDO SE-
ELIMINAN SECCIONES EN FORMA DE "X" E "Y", PARA-
EVITAR QUE LA MUCOSA VECINA SE INTERRUMPA EL SU
MINISTRO SANGUINEO Y, EN CONSECUENCIA, ELLO CAUSE
SE LA NECROSIS DE ESTE COLGAJO.

EL CIERRE DE LAS HERIDAS POR SUTURAS CONTI--
NUA EN FORMA DE CADENA CON SEDA NEGRA.

FIBROMATOSIS DEL PALADAR.- LA FIBROMATOSIS PALATINA BILATERAL ESTAS MASAS DE TEJIDO FIBROSO -- PROYECTADAS EN EL PALADAR IMPIDEN LA CONSTRUCCION DE UNA PROTESIS SUPERIOR. EL METODO MAS FACIL Y MAS EXACTO PARA REDUCIR LA FIBROMATOSIS VOLUMINOSA SON APLANADAS POR MEDIO DE UN ANSA, HASTA ALCANZAR EL CONTORNO DESEADO EN EL PALADAR.

ESTAS SUPERFICIES DOLOROSAS AL DESCUBIERTO SE PROTEGEN COLOCANDO EN EL PALADAR UN APOSITO DE GASA YODOFORMADA ENROLLADA, DESPUES DE LO CUAL SE CUBRE LA SUPERFICIE PALATINA CON UNA MEZCLA CHIRLE DE OXIDO DE ZINC Y EUGENOL DURANTE LAS PRIMERAS 72 HORAS. EL APOSITO SE SOSTIENE EN SU LUGAR CON SUTURAS QUE PASAN SOBRE EL Y A TRAVES DE LOS TEJIDOS MUCOPERIOSTICO CON EL REBORDE ALVEOLAR DERECHO E IZQUIERDO.

SI ES POSIBLE HABRA QUE HACER UNA IMPRESION EN EL TIEMPO OPERATORIO, Y UNA GOTERA DE AGRILICO PROVISIONAL PARA CUBRIR Y PROTEGER EL PALADAR DURANTE EL PERIODO DE EPITELIZACION, UNA --

VEZ QUE LA GASA SEA RETIRADA. LOS DIENTES REMANENTES SERAN EXTRAIDOS EN LA MISMA INTERVEN--
CION, POR SU AVANZADA PERIODONTOPATIA.

PROCEDIMIENTO PARA MAXILAR INFERIOR VESTIBULO--
PLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL.- LA VESTI-
BULOPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL ES EL -
PROCEDIMIENTO PREFERIDO EN PACIENTES GRAVEMENTE
TRAUMATIZADOS O CON LESIONES POR AVULSION EN --
QUIENES EL SURCO HA DESAPARECIDO TOTALMENTE DE-
BIDO A CICATRIZACION O A PROCEDIMIENTOS RECONS-
TRUCTIVOS CON INJERTOS OSEOS. PUEDEN REALIZARSE-
EN EL CONSULTORIO PEQUENOS INJERTOS LOCALIZADOS
USANDO ANESTESIA LOCAL. SIN EMBARGO COMO MUCHOS
PACIENTES AFECTADOS POR ESTE PROBLEMA REQUIEREN
DIVERSOS GRADOS DE EXTENSA DISECCION, LA OPERA-
CION DEBERA REALIZARSE EN LA SALA DE OPERACIO--
NES DEL HOSPITAL, USANDO ANESTESIA GENERAL.

ESTE PROCEDIMIENTO ESTA INDICADO EN PACIENTE
CON SURCO OBLITERADO POR ALTAS INSERCIONES MUS-
CULARES, EXTENSA CICATRIZACION LOCAL, EXTENSA -
ATROFIA OSEA DEL MAXILAR INFERIOR CON LOS NER--
VIDOS MENTONEANOS EMERGIDOS EN LA CRESTA DEL RE-
BORDE, O CON EXTENSION DEL SURCO NORMAL DE CANI
NO A CANINO, RESULTADO DE PERDIDA DENTAL PREMA-

TURA CAUSADA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EL PROCEDIMIENTO ES IGUAL AL DEL INJERTO DE MUCOSA DEL MAXILAR SUPERIOR, EXCEPTO EN LA MANERA DE TRATAR, EL SURCO LINGUAL.

SE USA UNA FERULA PALATINA COMPLETA DE ACRILICO PARA CUBRIR EL LUGAR DONADOR EN EL PALADAR PARA EL MAXILAR INFERIOR DE MODO ESPECIAL EL PARCIALMENTE DESDENTADO, SE USA UNA FERULA SOBREEXTENDIDA CON RELIEVE SOBRE EL NERVI^O MENTONEANO. LA FERULA SE USA PARA TOMAR UNA IMPRESION COMPLETA DEL VESTIBULO EXTENDIDO, Y SE ALIVIA PARA ACOMODAR UN REVESTIMIENTO DE GUTAFORMA SE SUTURA EL INJERTO EN SU LUGAR AL IGUAL QUE EL PROCEDIMIENTO PARA MAXILAR SUPERIOR, SE INSERTA LA FERULA SOBRE EL INJERTO Y SE INMOVILIZA CON PUNTOS DE SUTURA CON MERSILENE O TEVDEKHILO 00, COLOCADOS CIRCUNFERENCIALMENTE ALREDEDOR DEL HUESO Y FERULA. ESTO REDUCE AL MINIMO LA NECROSIS POR PRESION DEL INJERTO, PRODUCIDA POR EXCESO DE PRESION DE LA LIGADURA CIRCULAR.

LA FERULA SE RETIRA A LOS SIETE DIAS, Y SE--

TURA CAUSADA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EL PROCEDIMIENTO ES IGUAL AL DEL INJERTO DE MUCOSA DEL MAXILAR SUPERIOR, EXCEPTO EN LA MANERA DE TRATAR, EL SURCO LINGUAL.

SE USA UNA FERULA PALATINA COMPLETA DE ACRILICO PARA CUBRIR EL LUGAR DONADOR EN EL PALADAR PARA EL MAXILAR INFERIOR DE MODO ESPECIAL EL PARCIALMENTE DESDENTADO, SE USA UNA FERULA SOBREEXTENDIDA CON RELIEVE SOBRE EL NERVIDO MENTONEANO. LA FERULA SE USA PARA TOMAR UNA IMPRESION COMPLETA DEL VESTIBULO EXTENDIDO, Y SE ALIVIA PARA ACOMODAR UN REVESTIMIENTO DE GUTAFORMA SE SUTURA EL INJERTO EN SU LUGAR AL IGUAL QUE EL PROCEDIMIENTO PARA MAXILAR SUPERIOR, SE INSERTA LA FERULA SOBRE EL INJERTO Y SE INMOVILIZA CON PUNTOS DE SUTURA CON MERSILENE O TEVDEKHILDOO, COLOCADOS CIRCUNFERENCIALMENTE ALREDEDOR DEL HUESO Y FERULA. ESTO REDUCE AL MINIMO LA NECROSIS POR PRESION DEL INJERTO, PRODUCIDA POR EXCESO DE PRESION DE LA LIGADURA CIRCULAR.

LA FERULA SE RETIRA A LOS SIETE DIAS, Y SE--

REVISAN LAS CURACIONES DEL SITIO DONADOR Y LA -
VIABILIDAD DEL INJERTO.

SE REQUIERE CURSO POS-OPERATORIO MUY VIGILA-
DO PARA EVITAR PUNTOS DE PRESION Y GRANULACIO--
NES.

A LA TERCERA O CUARTA SEMANA PUEDE INICIARSE
LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA DEFINITIVA.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE USO EN LOS CASOS -
MENCIONADOS.

PREOPERATORIOS:

ANTIBIOTICOS
ANTIINFLAMATORIOS
RELAJANTES MUSCULARES
ANALGESICOS Y SEDANTES

POSTOPERATORIO:

ANALGESICOS
ANTIBIOTICOS
ANTIINFLAMATORIOS
REGENERADORES OSEOS

ANALGESICOS:

SE DIVIDEN EN:
A.- NARCOTICOS
B.- NO NARCOTICOS.

NO NARCOTICOS.

DEFINICION.- SE LLAMAN ANALGESICOS NO NARCOTI--
COS, AQUELLOS CAPACES DE INTERFERIR EN ALGUN --
MODO, CON LOS ESTIMULOS TRANSMITIDOS POR LA VIA
DOLOROSA ESPECIFICA, QUE RECOGEN ESTIMULOS INDI
CADOS EN ALGUN PUNTO DE LAS TERMINACIONES AMIE--
LINICAS DE WOOLARD EN ALGUNA PORCION DE LA PIEL
NO PRODUCEN HABITO, NI SOMNOLENCIA Y NO IN--
TERFIEREN CON EL UMBRAL DEL DOLOR, TENIENDO ---
ACCION ANTIINFLAMATORIA MUY SIGNIFICATIVA.

CLASIFICACION:

- I.- SALICILATOS Y DERIVADOS.
- II.- DERIVADOS DE ANILINA.
- III.- DERIVADOS DE PIRAZOLONA.
- IV.- GRUPO INDENO.
- V.- GRUPO FENIRAMIDOL.
- VI.- GRUPO COLCHICINA.
- VII.- ACIDO FENAMICO.

I.- SALICILATOS.- EN ESTE GRUPO INTERVIENEN LOS QUE POSEEN LA ACCION ANALGESICA DEL ACIDO SALICILICO.

MECANISMO DE ACCION:

NO ESTA PERFECTAMENTE COMPROBADO. ENTRE SUS --- ACCIONES SE ENCUENTRAN.

- 1.- ACCION ANTIINFLAMATORIA Y ANTIRREUMATOIDE.
- 2.- ACCION EN EL METABOLISMO INTERMEDIO AUMENTA DO LA DISIPACION DEL CALOR Y EL CONSUMO DEL OXI GENO EN LOS TEJIDOS.
- 3.- ACCION SOBRE LOS TEJIDOS CONECTIVOS:- DEPRI ME LA BIOSINTESIS DE LOS MUCOPOLISACARIDOS.
- 4.- ACCION ENDOCRINA:- REDUCE LA CONCENTRACION DE YODO LIGADO A PROTEINAS SIN DAR SINTOMAS DE HIPERTIROIDISMO Y TIENE ACCION HIPOGLICEMIANTE.
- 5.- ACCION SOBRE EL COLESTEROL:- DISMINUYENDOLO
- 6.- INFLUYE TAMBIEN SOBRE: LA PERMEABILIDAD DE LA MEMBRANA, CIRCULACION Y DISTRIBUCION DEL --- AGUA E INMUNOLOGIA.

7.- ESTIMULA EL HIPOTALAMO: TIENE EFECTOS ANTI-SEPTICOS, INTERFIERE CON EL UMBRAL DEL ACIDO URICO, SE LE CONSIDERA COMO AGENTE SIMPATICO MIMETICO, YA QUE LIBERA CATECOLAMINAS.

INDICACIONES:

1.- ANALGESIA LIGERA: EN ARTRALGIAS Y MUCHAS INFECCIONES.

2.- FIEBRE REUMATICA: SE ADMINISTRA SEGUN EL PACIENTE.

3.- ARTRITIS DIVERSAS: ASOCIADO CON OTROS FARMACOS.

4.- ANTIPIRETICOS.

TOXICIDAD:

PUEDE PRODUCIR SALICILISMO CUYO SIMTOMAS SON: - VOMITO, DIARREA, NAUSEAS, SORDERA, TINITUS Y ALUCINACIONES. A ALTAS DOSIS SE PRODUCEN CAMBIOS EN EL PH SANGUINEO.

II.- DERIVADOS DE ANILINAS.- SU MOLECULA ES SE-
MEJANTE A LA ASPIRINA, PERO NO TIENEN LA MISMA-
ACCION QUE LOS SALICILATOS.

MECANISMO DE ACCION:

NO ESTA COMPROBADO.

INDICACIONES:

SE ASOCIA CON EL ACIDO ACETILSALICILICO Y LA --
CAFEINA, Y ES MENOS RECOMENDABLE COMO ANALGESI-
CO QUE LOS SALICILATOS.

TOXICIDAD:

PRODUCEN METAHEMOGLOBULIMIA CON CIANOSIS Y ANE-
MIA AUN CUANDO LA CUENTA GLOBULAR ESTE BIEN. EN
DOSIS PROLONGADAS PRODUCE: NEFRITIS, NECROSIS Y
BLOQUEO DE LA MEDULA OSEA ROJA.

III.- DERIVADOS DE PIRAZOLONA.- ENTRE ESTOS MEDICAMENTOS TENEMOS LA AMINOPIRINA Y LA FENILBUTAZONA, ESTOS SON MAS POTENTES Y MAS TOXICOS.

MECANISMO DE ACCION:

SE DESCONOCE.

INDICACIONES:

SE EMPLEAN COMO POTENTES ANALGESICOS EN DOSIS-- DE 0.5 GR. TRES O CUATRO VECES AL DIA; SE EMPLEAN TAMBIEN COMO ANTIINFLAMATORIOS.

TOXICIDAD:

PUEDE PRODUCIR AGRANULOCITOSIS Y COMO EFECTOS SECUNDARIOS NAUSEAS, VERTICOS, RETENCION HIDRICA Y GASTRICA.

IV.- GRUPO INDENO. = TIENEN MAS CAPACIDAD ANTI--
INFLAMATO IA QUE ANALGESICA SON DE RECIENTE IN-
TRODUCCION.

MECANISMO DE ACCION:

SE DESCONOCE.

INDICACIONES:

COMO ANTIINFLAMATORIO ES MUY UTIL EN ARTRITIS--
A DOSIS DE 100MG. TRES O CUATRO VECES AL DIA.

TOXICIDAD:

GASTRITIS Y ULCERA PÉPTICA.

V.- GRUPO FENIRAMIDOL.- SE CONSIDERA COMO ANALGESICO DE GRAN POTENCIA Y COMO RELAJANTE MUSCULAR. NO PRODUCE HABITO.

MECANISMO DE ACCION:

SE DESCONOCE.

INDICACIONES:

SE EMPLEA EN CEFALEAS INESPECIFICAS, DOLORES -- MENORES, DOLORES MUSCULARES Y TENSION PREMENSUAL.

TOXICIDAD:

ES CASI INOCUO, AUNQUE ALGUNAS VECES PRODUCE -- PRURITO.

VI.- GRUPO COLCHICINA.- NO TIENE EMPLEO COMO --
FARMACO EN ODONTOLOGIA, YA QUE IMPIDE LA REPRO-
DUCCION CELULAR, SE EMPLEA ESPECIFICAMENTE PARA
LA GOTTA.

VII.- GRUPO DEL ACIDO FENAMICO.- CONSTA DE DOS-
MIEMBROS QUE SON: EL ACIDO FENAMICO Y EL FLUOFE
NAMICO.

EL PRIMERO TIENE DOS METILOS EN EL SEGUNDO CAR-
BONO Y LE CONFIERE PROPIEDADES: ANALGESICAS, AN
TIPIRETICAS Y ANTIINFLAMATORIAS.

EL ACIDO FLUOFENAMICO TIENE UN METILO MENOS QUE
EL SEGUNDO CARBONO, AUMENTADO SU POTENCIAL ANTI
INFLAMATORIO PERO DISMINUYE SU CAPACIDAD ANALGE
SICA.

MECANISMO DE ACCION:

SE DESCONOCE.

INDICACIONES:

EL ACIDO MEFENAMICO ES PRINCIPALMENTE ANALGESICO Y EL ACIDO FLUOFENAMICO ES PRINCIPALMENTE -- ANTIINFLAMATORIO.

TOXICIDAD:

EL ACIDO MEFONAMICO CASI NO TIENE EFECTOS EN -- DOSIS TERAPEUTICAS QUE SON DE 1,500 A 2,000 MGR POR VIA ORAL POR DIA.

ANALGESICOS NARCOTICOS.- SON AQUELLOS QUE JUN--
TO CON LA ANESTESIA, PRODUCEN EFECTOS CENTRALES
DE INHIBICION, PRODUCEN HABITUACION Y DEPENDEN-
CIA ORGANICA.

SE CLASIFICAN EN:

- I.- DERIVADOS DEL OPIO.
- II.- DERIVADOS SINTETICOS DE MORU
FINA.
- III.- DERIVADOS DE LA MEPERIDINA.
- IV.- DERIVADOS DE LA HEPTANONA.
- V.- OTROS.

ESTOS MEDICAMENTOS EN GENERAL NO SE EMPLEAN CO-
MO FARMACOS EN LA ODONTOLOGIA, DEBIDO A LA EXCE-
SIVIDAD EN SU POTENCIAL ANALGESICO, DEJANDOS-
RELEGADOS PARA EL EMPLEO ESPECIFICO DEL MEDICO-
CIRUJANO.

ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERAPICOS.- LOS ANTIBIOTICOS SON DERIVADOS DE CULTIVOS DE MICROORGANISMOS, Y LOS QUIMIOTERAPICOS SON PRODUCTOS SINTETICOS QUE HAN APARECIDO CON EL MISMO OBJETO.

1.- BENZYL PENICILINA.

- A.- CRISTALINA.
- B.- SODICA.
- C.- POTASICA.
- D.- PROCAINA.
- E.- BENZATINICA.

2.- SEMISINTETICAS ADMINISTRADAS POR VIA ORAL.

- A.- FENOXIMETIL PENICILINA.
- B.- FENETICINA.
- C.- PROPICILINA.

3.- ANTIESTAFILOCOCCICAS.

- A.- METICILINA.
- B.- OXACILINA.

C.- CLOXACILINA.

D.- DICLOXACILINA.

4.- DE AMPLIO ESPECTRO.

A.- AMPICILINA.

B.- CARBENICILINA.

LAS PENICILINAS DEBEN SER APLICADAS CON ESPECIAL CUIDADO Y SEGUN LAS SENSIBILIDADES DE CADA PACIENTE EN PARTICULAR A DICHO PRODUCTO, YA QUE COMO EFECTOS INDESEABLES PRODUCIDOS POR LA ADMINISTRACION DE ESTE FARMACO, TENEMOS DESDE UN SIMPLE PRURITO, HASTA UN SHOK ANAFILACTICO.

PENICILINAS CRISTALINAS.- SU NOMBRE CORRECTO ES BENZILPENICILINA DEBIDO AL REDICAL BENZILICO UNIDO AL GRUPO. SE ABSORBE MUY POCO POR VIA ORAL YA QUE ESTA ES DESTRUIDA POR LOS ACIDOS GASTRICOS; SE ENCUENTRA EN FORMA SODICA O POTASICA. - EN ADULTOS SE ADMINISTRAN ESTAS ANTERIORES EN DOSIS DE UN MILLON CADA SEIS U OCHO HORAS, SE DIFUNDEN RAPIDAMENTE EN TODOS LOS TEJIDOS, ELIMINANDOSE A LAS CUATRO HORAS POR TUBULOS RENALES. SOLO EN INFECCIONES DEL TIPO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA, SE ADMINISTRA DE 80 A 100 MILLONES CADA 24 HORAS Y POR VARIOS DIAS.

CUANDO SE REQUIERE RETARDAR LA DIFUSION DEL FARMACO EN EL ORGANISMO, SE ASOCIA CON BENZATINA Y PROCAINA, PROLONGANDO EL EFECTO DE 12 A 24 HORAS; CASO DE LA BENZATINA SE PROLONGA EL EFECTO POR SEMANAS.

PENICILINAS SEMISINTETICAS.- PUEDEN ADMINISTRARSE POR VIA ORAL, ABSORBIENDOSE PERFECTAMENTE, - SE EMPLEAN EN NIÑOS Y SON POCOS EFECTIVOS CON--

TRA ESTREPTOCOCCOS PRODUCTORES DE PENICILINAS--

DOSIS.- ADULTOS: 500 MG. DE 6 A 8 HRS. (VIA O--
RAL).

PREESCOLARES: 250 MG. DE 6 A 8 HRS. (--
VIA ORAL).

RECIEN NACIDOS: 125 MG DE 6 A 8 HRS. --
(VIA ORAL).

PENICILINAS ANTIESTAFILOCOCCICAS.- SON DE GRAN-
UTILIDAD CONTRA EL ESTAFILOCOCCO RESISTENTE. PUE-
DEN ADMINISTRARSE POR VIA ORAL Y CON EL ESTOMA-
GO VACIO. FAVORECIENDO SU ABSORCION.

DOSIS.- CLOXACILINA Y OXACILINA.

ADULTOS: 500 MG. CADA 6 U 8 HRS. (VIA -
ORAL O INTRAMUSCULAR).

NIÑOS: 50 MG. POR KG. DE PESO EN 24 HRS
DICLOXALINA.

ADULTOS: 250 MG. CADA 6 U 8 HRS. (VIA -
ORAL O INTRAMUSCULAR).

NIÑOS: 25 MG. POR KG. DE PESO EN 24 HRS

PENICILINA DE AMPLIO ESPECTRO.- LA AMPICILINA--
Y LA HETACILINA PUEDEN ADMINISTRARSE POR VIA O--
RAL, NO SON RESISTENTES A LA PENICILINASA, Y --
SON EFECTIVAS CONTRA ALGUNAS CEPAS DE GRAMM NE--
GATIVOS.

DOSIS.- ADULTOS: 500 MG. CADA 6 U 8 HRS. VIA --
ORAL.

NIÑOS: 50 MG. POR KG. EN 24 HRS.

CARBENICILINA.- ES MUY EFECTIVA CONTRA GRAMM NE
GATIVOS, NO ES RESISTENTE A LA PENICILINASA Y -
SE APLICA SOLO POR VIA PARENTERAL.

DOSIS.- ADULTOS: 1 GR. CADA 6 HRS. POR VIA PA--
RENTERAL.

NIÑOS: 300 MG. POR KG. DE PESO EN 24 HRS

CUADRO DE ACCION DE LAS PENICILINAS SOBRE LOS -
DIFERENTES MICROORGANISMOS

STREPTOCOCCUS.

CLOSTRIDIUM TETANI

PNEUMOCOCCUS

CLOSTRIDIUM GANGRENA

CRISTALINAS

NEISSERIAS

ESPIROQUETAS

ACTINOMICES

STAFILOCOCCUS

PENICILINAS

ANTIESTAFILOCOCCICAS

HAEMOPHYLUS

SALMONELLA

AMPICILINA

SHIGELLA

E. COLLI

PSEUDOMONAS

CARBENCILINA

II.- CEFALOSPORINAS

A.- CEFALORIDINA.

B.- CEFALOTIN

C.- CEFALOGLICINA.

D.- CEFALEXINA.

NO TIENEN ACCION POR VIA ORAL LAS DOS PRIMERAS-
LAS DOS ULTIMAS ALCANZAN NIVELES MUY ALTOS EN -
SANGRE, YA QUE SON MUY FACILMENTE ABSORBIDAS --
POR VIA DIGESTIVA SUPERIOR. SE ELIMINAN POR EL-
RIÑOM Y NO SON DESTRUIDAS POR LA PENICILINASA,-
SON EFECTIVAS CONTRA ESTAFILOCOCCOS COLIFORMES Y
SE ADMINISTRAN CUANDO SE SOSPECHA DE FLORA MIX-
TA.

DOSIS.- CEFALORIDINA.

ADULTOS: 500MG. CADA 6 HORAS VIA INTRA-
MUSCULAR O INTRAVENOSA.

NIÑOS: 50 MG. POR KG. DE PESO VIA INTRA
TRAMUSCULAR E INTRAVENOSA.

DOSIS.- CEFALOTIN.

ADULTOS: 1 MG. CADA 6 HORAS VIA INTRA--

MUSCULAR O INTRAVENOSA.

NIÑOS: 10 MG POR KG. DE PESO VIA INTRA-
MUSCULAR O INTRAVENOSA.

DOSIS.- CEFALEXINA.

ADULTOS: 500MG. CADA 6 U 8 HORAS.

NIÑOS: 50 MG. POR KG. DE PESO.

III.- ESPECTRO INTERMEDIO.

1.- MACROLIDOS.

ERITROMICINAS

SPIRAMYCIN

LEUCOMICINA

OLEANDOMICINA

OSTREDGRISINA

STAFILOMICINA

2.- VARIOS

LINCIMICINA

NOVOBIOCINA

RIFAMICINA

RESTOCETINA

MACROLIDOS.- EN SU FORMA QUIMICA LLEVAN UNA AZUCAR AGREGADA, ACTUAN MEDIANTE INHIBICION DE SINTESIS DE PROTEINAS DE LA PARED CELULAR. SON MUY EFECTIVOS CONTRA LOS GRAMM POSITIVOS Y SE EMPLEAN PRINCIPALMENTE COMO SUSTITUTO DE LA PENICILINA. SE ABSORBEN FACILMENTE POR VIA ORAL Y ALGUNOS POR VIA PARENTERAL. SU MAYOR CONCENTRACION-SE LLEVA A CABO EN EL HIGADO, ACTUAN COMO BACTERIOSTATICOS Y A DOSIS ELEVADAS COMO BACTERICIDA PUEDEN PRODUCIR COLESTOSIS INTRA HEPATICA A DOSIS PROLONGADA.

DOSIS: ADULTO: 50 MG. CADA 6 HORAS.

NIÑO; 50 MG. POR KG. DE PESO POR DIA.

DEL SIGUIENTE GRUPO SOLO EMPLEAMOS LOS TRES PRIMEROS EN ALGUNAS OCASIONES, SIENDO PREFERIBLE - EMPLEAR COMO ANTIBIOTICOS DE ELECCION LAS PENICILINAS Y LOS FARMACOS DE AMPLIO ESPECTRO, YA - QUE SON ESPECIFICOS PARA VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DEBIENDO SER CONSIDERADOS TAMBIEN COMO ANTIBIOTICOS PARA LA CAVIDAD ORAL, DADA SU -

PROXIMIDAD Y RELACIONES EXISTENTES CON LAS VIAS RESPIRATORIAS.

IV.- ANTIBIOTICOS DERIVADOS DE AZUCARES.

ESTREPTOMICINAS

CANAMICINA.

NEOMICINAS.

FRAMICETINA.

PAROMOMICINA.

ANINOCEDINA.

GENTAMICINA.

DE ESTOS FARMACOS NINGUNO SE EMPLEA CON FINES - ODONTOLGICOS.

V.- ANTIBIOTICOS DERIVADOS DE POLIPEPTIDOS.

BACITRACINA.

GRAMICIDINA.

POLIMIXIN.

COLISTIN.

DE ESTOS SOLO EMPLEAMOS LOS TRES PRIMEROS, SIENDO PREFERIBLE LA ADMINISTRACION DE UNA ASOCIA--

CION POLIVALENTE DE ESTOS MISMOS, YA QUE SON --
IDEALES PARA USO LOCAL.

VI.- ANTIIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO.

1.- CLORANFENICOL.

2.- TETRACICLINA.

DE ESTOS, LOS MAS EMPLEADOS EN ODONTOLOGIA, SON
LAS TETRAÇICLINAS DE VARIOS TIPOS:

OXITETRACICLINA.

CLORTETRACICLINA.

DIMETIL-CLORTETRACICLINA.

PIRROLIDINOMETIL-TETRACICLINA.

SU ABSORCION ES BASTANTE BUENA POR VIA ORAL, SE
ELIMINAN POR VIAS BILIARES Y POR ORINA. SON BAC
TERIOSTATICOS Y ACTUAN INHIBIENDO LAS SINTESIS-
DE PROTEINAS PROTOPLASMATICAS ; SE CONSIDERAN -
ENTRE LOS FARMACOS MAS INOCUOS. ACTUAN PRINCI--
PALMENTE SOBRE LAS RICKETSIAS Y EL LINFOGRANULO
MA VENEREO.

DOSIS: OXI Y CLORTETRACICLINA.

ADULTO: 500MG. CADA 6 HORAS VIA ORAL.

NIÑOS: 50 MG. POR KG. DE PESO AL DIA.

ANTIBIOTICOS ANTIMICOTICOS

NYSTATINA.

ANFOTERICINA B

GRISEOFULVINA.

DE ESTOS, EL PRIMERO ES EL UNICO EMPLEADO EN --
ODONTOLOGIA, YA QUE SE ABSORBE FACILMENTE EN MU
COSA, VIA DIGESTIVA Y PIEL. ACTUAN PRINCIPALMEN
TE SOBRE LA CANDIDA ALVICANS. SE EMPLEAN EN FOR
MA DE UNGUENTO PARA LA MEDICACION DEL CONDUCTO-
O BIEN ASOCIANDOLO CON CORTISONA O DEXAMETASONA.

QUIMIOTERAPICOS

SULFONAMIDAS.

ACIDO NALIDIXICO.

NITROHIDROXIQUINOLEINAS.

LAS SULFAS SON AGENTES BACTERIOSTATICOS Y BACTE
RICIDAS, DE ESTOS LOS MAS EMPLEADOS SON LAS NI-
TROFURONAS QUE SE DIVIDEN EN:

NITROFURANTEINA.

NITROFUZONA.

FURAZOLIDINA.

LA NITROFURANTEINA, ACTUAN COMO BACTERIOSTATICO AL INHIBIR DESHIDROGENASAS BACTERIANAS, Y RARA-VEZ PRODUCEN PROBLEMAS DE HIPERSENSIBILIDAD, -- ES UTIL CONTRA COCOS GRAMM POSITIVOS Y BACILOS-GRAMM NEGATIVOS. LA SULFA SE EMPLEA EN FORMA DE SULFATIAZOL COMO MEDICACION PARA EL CONDUCTO; - ESTE SE ASOCIA A LA CORTISONA EN FORMA DE UN---GUENTO QUE CONTIENE A SU VEZ HIDROXIQUINOLEINA, LA CUAL FACILITA SU ABSORCION A NIVEL DE MUCOSA Y DISMINUYE LA INFLAMACION; EN MUCHAS OCASIONES PODEMOS EMPLEAR COMO MEDICACION POLIVALENTE PARA EL CONDUCTO, LA ASOCIACION DE SULFA MICOTICO Y CORTISONA DEPENDIENDO DEL CASO EN PARTICULAR.

CORTISONA.- LA DEXAMETASONA Y EL CLORHIDRATO DE NANDRALONA, SON MUY EMPLEADOS EN FORMA TOPICA - YA QUE DISMINUYEN LOS PROCESOS INFLAMATORIOS, - EL EDEMA Y LA HIPEREMIA, FAVORECIENDO LA EVOLUCION Y CICATRIZACION DEL PROCESO, YA QUE ACTUAN COMO REGENERADORES DEL EPITELIO.

LA NANDRALONA ACORTA EL TIEMPO DE CURACION HA--

CIENDO DESAPARECER LAS LESIONES RAPIDAMENTE. --
CUANDO ESTOS DOS COMPONENTES ANTERIORES SE ASO-
CIAN A LA YODO-CLOROHIDROXIQUINOLEINA, SE ABSOR-
VE MAS FACIL Y RAPIDAMENTE SOBRE LA PIEL Y LA -
MUCOSA, FAVORECIENDO DE ESTA MANERA LA RAPIDA -
REGENERACION DE LA LESION.

ANTIINFLAM ORIOS:

I.- ENZIMATICOS FIBRINOLITICOS.

II.- PROTEOLITICOS.

I.- OTROS.

I.- ENZIM. COS FIBRINOLITICOS.- ESTOS MEDICA--
MENTOS BASICAMENTE COMPUESTOS DE ESTREPTOQUINA-
SA Y ESTREPTODORNASA.

LA ESTREPTOQUINASA.- TRANSFORMA ENZIMATICAMENTE
EL PLASMINOGENO EN PLASMINA, QUE AL DIRIGIRSE -
AL FIBRINOGENO Y LA FIBRINA PRESENTES, PRODUCEN
SU DESINTEGRACION DISMINUYENDO EL EDEMA.

ESTREPTODORNASA.- ACTUAN DIRECTAMENTE SOBRE EL-
PUS, HACIENDOLO PERDER SU VISCOCIDAD Y FAVORE--
CIENDO SU DRENAJE.

DOSIS.- 1 PASTILLA CADA 6 HORAS POR VIA ORAL --
1 AMPOLLETA CADA 12 ó 24 HORAS POR VIA-
INTRAMUSCULAR.

II.- PROTEOLITICOS.-SONA A BASE DE TRIPSINA Y -
QUIMIDTRIPSINA. DISMINUYEN LA INFLAMACION SIN -
COMPROMETER LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO, REDUCI-
ENDO RAPIDAMENTE LOS FENOMENOS VASCULOHEMATICOS
PRODUCIENDO ACCION HISTOPROTECTORA, MEJORAN LA-
CIRCULACION LOCAL Y MITIGAN EL DOLOR. SE ADMI--
NISTRAN EN FORMA QUE EN EL CASO ANTERIOR.

III.- OTROS.- ESTOS NO SE EMPLEAN EN ODONTOLOGIA
RELEGANDOSE SU TOTAL ADMINISTRACION PARA LA --
PRACTICA DEL MEDICO CIRUJANO.

REGENERADORES OSEOS.- CONTIENEN TODAS LAS SUBS-
TANCIAS ORGANICAS E INORGANICAS DEL HUESO JOVEN
PONNIENDO A DISPOSICION DEL ORGANISMO SALES MINE-
RALES, PROTEINAS Y MUCOPOLISACARIDOS INDISPENSA-
BLES EN LA CONSTITUCION DE LA MATRIZ OSEA, Y --

ESTIMULANDO DIRECTAMENTE LA OSTEOGENESIS.

ACELERAN LA RECONSTRUCCION DEL ALVEOLO SECO, --
ACORTAN EL TIEMPO DE CONSOLIDACION DE LAS FRAC-
TURAS, INTERVIENEN EN EL PROCESO DE FORMACION -
Y MINERALIZACION DEL DIENTE, SE EMPLEAN EN PAROD
DONTOLOGIA Y TODO TIPO DE CIRUGIA EN GENERAL.

DOSIS.- DE 3 A 5 PASTILLAS DIARIAS DURANTE VA--
RIOS MESES SEGUN EL TIPO DE LESION O --
TRAUMATISMO.

RELAJANTES MUSCULARES.- SE EMPLEAN PARA ALIVIAR
DIVERSOS TIPOS DE ESPASTICIDAD MUSCULAR, BLOQUEE
ANDO LAS SINAPSIS INTERNUNCIALES, Y SE EMPLEAN-
COMO TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CASOS CRONICOS.

SON DERIVADOS DEL PROPANEDIOL, METACARBAMOL Y -
DEL BENZOXAXOL.

·INHIBE LA SINAPSIS INTERNUNCIAL EN LA MEDULA, -
TALLO CEREBRAL Y OTRAS PARTES PRODUCIENDO RELAJACION MUSCULAR Y AUN PARALISIS, PRODUCEN ABATII
MIENTO DE LOS COMPLEJOS, PERMANECIENDO LOS RE--

FLEJOS SIMPLES.

ALIVIAN EL ESPASMO MUSCULAR EN TORCEDURAS, BUR-
SITIS, MIOSITIS, Y SE EMPLEAN PARA EVITAR DOLOR
O MOLESTIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
DESPUES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA, SOBRE TODO
DO , CUANDO LA SESION OPERATORIA ES LARGA Y CANSADA
SADA.

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

- PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL "UTELA"
CD. DE MEXICO
DR. KURT H. THOMAS DMD
2A. EDICION 1959.
TOMO I
- PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL "UTELA"
CD. DE MEXICO
DR. KURT H. THOMAS DMD
2A. EDICION 1959.
TOMO II
- CIRUJIA BUCAL DE
LOS MAXILARES
EDITORIAL "LABOR" S.A.
CD. ESPANA
DR. HANSPICHLER
3A. EDICION 1952.
TOMO I
- TRATADO DE
CIRUJIA BUCAL
EDITORIAL
"INTERAMERICANA" S.A.
DR. GUSTAVO O. KRUGER
1A. EDICION 1960.
- TRATADO DE CIRUJIA
ORAL
SALVAT EDITORES S.A.
CD. BARCELONA, ESPAÑA
DR. WALTER C. GURALNICK DMD
AÑO 1971.
- ROSENSTEIN EMILIO
DICCIONARIO DE ESPECIALI-
DADES FARMACEUTICAS
EDITORIAL P.L.M.
MEXICO, D.F.
SEGUNDA EDICION.

BIBLIOTECA
ESTOMATOLOGICA
"UTEHA"
CD. DE MEXICO

STERLING V. MEAD
AÑO 1937.
VERSION ESPAÑOLA
TOMO I

BIBLIOTECA
ESTOMATOLOGICA
"UTEHA"
CD. DE MEXICO

STERLING V. MEAD
AÑO 1937.
VERSION ESPAÑOLA
TOMO II

TRUJILLO DUARTE ORELIO
INDICE FARMACOLOGICO
DE PRESCRIPCION
EDITORIAL MEDICA "SANDER'S"
MEXICO, D.F.