



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS MAS FRECUENTES
EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

María Lilia Salinas López

Alma Rosa Vallarta Herrera



México, D. F.

1985



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1 PREPARACION DEL CONSULTORIO	2
1.1. Asepsia y Antisepsia	2
1.2. Preparación del Equipo Quirúrgico .	6
CAPITULO 2 EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE ...	9
2.1. Historia Clínica	9
2.1.1. Historia Clínica Médica	9
2.1.2. Exámen Clínico Bucal	18
2.1.3. Exámen Radiográfico	23
CAPITULO 3 MEDICACION EN CIRUGIA ORAL	27
3.1. Premedicación	27
3.2. Anestesia	31
3.3. Medicación Postquirúrgica	33
CAPITULO 4 TECNICAS QUIRURGICAS	35
4.1. Procedimientos Básicos	35
4.2. Extracción de Dientes y Apices Ra- diculares	42
4.2.1. Odontosección	42
4.2.2. Extracción de ápices de raíces fracturadas	44
4.2.3. Extracción de Raíces Residuales ...	46
4.2.4. Dientes Impactados	47
4.3. Técnicas Quirúrgicas sobre Tejidos Blandos	63
4.3.1. Heridas Intrabucales	63
4.3.2. Biopsia	67
4.3.3. Pericoronitis	70

4.4.	Técnicas Quirúrgicas en Infecciones Perianicales Crónicas	74
4.4.1.	Técnica de Apicectomía	75
4.4.2.	Técnica de Extirpación de Quistes Periapicales	78
4.5.	Cirugía Preprotética	83
4.5.1.	Frenectomía	83
4.5.2.	Fibromatosis de la Tuberosidad	87
4.5.3.	Papilomatosis	90
4.5.4.	Torus	93
4.5.5.	Alveoloplastia	98
4.6.	Indicaciones Postoperatorias al Paciente	101
CAPITULO 5	ACCIDENTES IATROGENICOS Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	104
5.1.	Accidentes Iatrogénicos	104
5.1.1.	Lesión del Seno Maxilar o Antro de Highmore	105
5.1.2.	Fractura del Hueso Vestibular y de la Tuberosidad del Maxilar	110
5.1.3.	Lesión a Troncos Nerviosos	111
5.1.4.	Luxación del Maxilar Inferior	112
5.1.5.	Hemorragia Transoperatoria	114
5.2.	Complicaciones Postoperatorias	119
5.2.1.	Dolor	119
5.2.2.	Hemorragia	121
5.2.3.	Infección	125
5.2.4.	Alveolitis	127
CONCLUSIONES	130
BIBLIOGRAFIA	132

INTRODUCCION

Al considerar a la Cirugía Oral como una especialidad odontológica, no existe un acuerdo entre cirujanos generales y dentistas generales sobre que procedimientos pueden realizarse en la práctica general, y cuales han de reservarse a los especialistas.

Por lo tanto en ésta tesis no nos proponemos fijar límites precisos tanto para el práctico general como para el especialista.

Intentamos incluir los casos más comunes de Cirugía Oral que se pudieran presentar dentro de la práctica general, así como los procedimientos a seguir para resolver éstos casos clínicos.

Consideramos que el práctico general debe saber orientar y resolver los problemas de sus pacientes, pero ha de tener un criterio claro y conciso del diagnóstico y un buen plan de tratamiento, de manera que pueda discernir en que casos puede resolver el problema y en cuales deberá acudir al especialista.

El dentista que opera pocas veces y no cuenta con mucha experiencia, conviene no intente procedimientos avanzados.

Por eso consideramos importante estudiar y equiparse adecuadamente para poder así prestar éste servicio.

CAPITULO 1

PREPARACION DEL CONSULTORIO

La limpieza que por lo general existe en el consultorio dental proporciona una protección sanitaria adecuada a los pacientes, para cualquier tratamiento odontológico. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que durante una intervención quirúrgica el paciente es más susceptible a la infección, ya que se exponen tejidos profundos.

Tomando en cuenta que el trauma quirúrgico altera la viabilidad de los tejidos, los hematomas y tejidos necróticos ofrecen un medio de cultivo para microorganismos patógenos, pudiendo ser introducidos a tejidos profundos por medio de los instrumentos quirúrgicos.

1.1 Asepsia y Antisepsia

La asepsia es el conjunto de procedimientos cuyo fin es el de evitar gérmenes patógenos en el campo operatorio.

El calor es el elemento del que más nos valemos para una asepsia eficaz en el instrumental utilizado en la intervención, pero hay distintos métodos, a continuación se nombran los más utilizados.

a) Autoclave: es el procedimiento de excelencia para la esterilización, ya que el vapor efectivo llega a todas las porciones de los materiales contenidos en el aparato. Es importante que antes de introducir los instrumentos en el auto

clave deben estar libres de residuos, es decir deben lavarse bien antes y colocarse adecuadamente.

El lapso usual de esterilización es de 15 minutos a --- 120° C. Es importante saber que en el autoclave el instrumental sale seco, y también recordar que no se debe utilizar éste procedimiento para esterilizar instrumental cortante.

b) Calor Seco; éste método es eficaz si actúa el tiempo suficiente para que el calor llegue a todas las partes del material.

Los campos quirúrgicos, gasas y toallas deben exponerse durante tres horas a 160° C. Los instrumentos cortantes no deben esterilizarse por éste método.

c) Gas; el óxido de etilo es letal para los microorganismos. Si se utiliza según las instrucciones del fabricante, no es corrosivo ni ataca a los tejidos, ni plásticos.

Los instrumentos deberán estar limpios, y los materiales sensibles al calor y que han de ser expuestos al gas, requieren de tres a doce horas, dependiendo de su tamaño y naturaleza.

d) Ebullición; éste método está decayendo en el uso dental pues es ineficaz contra virus y esporas, pero al no disponer de mejores facilidades, se han de someter los instrumentos a un lavado y a ebullición durante treinta minutos.

e) Métodos Químicos; es muy importante que no existan residuos después del lavado de los instrumentos, pues esto -

inactiva la acción de los agentes químicos.

La solución debe tener una concentración adecuada, y -- los instrumentos deben permanecer en ella durante veinticuatro horas como tiempo mínimo.

La antisepsia se aplica a la cirugía oral como en cualquier otro campo de la cirugía.

El uso de antibióticos no debe desplazar las bases de la antisepsia, ya que la infección de una herida puede acarrear el fracaso completo de la operación, o cuando menos el proceso de cicatrización.

Durante la operación, aparte de la flora normal bacteriana de la boca deben sumarse las bacterias procedentes del aire, por lo que antes de cualquier intervención quirúrgica debe limpiarse la zona a operar. Por lo tanto, el antiséptico ideal deberá ser eficaz contra todos los microorganismos residentes y transitorios, perdurar su efecto durante toda la intervención, ser de aplicación fácil, no irritar, no sensibilizar y no ser inactivados por elementos comunes, como alcohol, jabón o material orgánico.

Existen varios métodos antisépticos, como son químicos, físicos y biológicos.

a) Físicos; se refieren al lavado mecánico con jabón, dando especial importancia al lavado de las manos, principalmente de las uñas, enjuagándose con agua en abundancia.

b) Químicos: son aquellos agentes de mayor o menor grado de desinfección. También es importante el lavado previo del instrumental que se va a esterilizar.

Los agentes antisépticos más importantes son :

- 1.- Alcohol isopropílico al 70 %
- 2.- Antisépticos mercuriales
- 3.- Cloruro de benzalkonio
- 4.- Yodo con polivinilpirrolidona
- 5.- Algunas tinturas como violeta de genciana, azul de metileno, verde brillante, permanganato de potasio, etc.

c) Biológicos : actúan por medio de enzimas contenidas en el jabón y en el limón.

En la región que se va a operar todos los campos empleados deben estar estériles, el operador como el ayudante deberán emplear gorros, cubrebocas y guantes estériles, y solo deben introducirse gases estériles, y no se debe tocar nada fuera del campo operatorio estéril, pues aunque el cirujano no sea responsable de la infección que se encuentra en una región, sí lo es de la que pueda introducir en la herida.

1.2 Preparación del Equipo Quirúrgico

Todo instrumental esterilizado deberá ser colocado en una charola igualmente estéril, y cubierto con una toalla estéril. A continuación se nombrará la preparación del equipo :

Luz; debe existir una buena iluminación en el campo operatorio.

Sillón; debe frotarse con alcohol propílico y ajustarse bien antes de que el cirujano se coloque los guantes.

Vaso; es preferible utilizar el vaso de papel desechable
Jeringa de agua; se utiliza alguna que sea esterilizable
Piera de mano; también es importante que se pueda esterilizar.

Fresas y piedras; deben lavarse y esterilizarse antes de utilizarse.

Boquilla de succión; es necesario contar con un eyector, para ir succionando sangre o solución y tener buena visibilidad, la boquilla es preferible que sea metálica para su mejor esterilización.

Gasas; se preparan compresas de gasa en grupos de diez , se envuelven en papel y se esterilizan.

Equipo de anestesia; es preferible utilizar agujas desechables, pues aseguran al operador una aguja nueva, afilada y estéril.

Las jeringas deberán esterilizarse en autoclave y guardarse de igual modo que el resto del instrumental, los cartuchos de anestésico local si se evita su contaminación pueden ponerse en recipientes estériles y tomarse con pinzas a medida que se necesitan.

Campos: deben estar estériles, deben cubrirse con éstos la mesa del instrumental, y al paciente cabeza y tórax.

Si se toman las precauciones anteriores se reducen los riesgos de infección y proporcionan al paciente un ambiente seguro.

A continuación se nombra el material indispensable para toda Cirugía Bucal menor :

- | | | |
|-----|-----------------------|--|
| 1.- | Histuri | Mango Bard-Parker no. 3 |
| 2.- | Hojas de bisturi | Tipo Bard-Parker nos. 15, 12 y 11 |
| 3.- | Elevador de periostio | Molt no. 9 |
| 4.- | Fórcens | Universal superior no. 150
Universal inferior no. 151
Cuerno de vaca inferior no. 23 |
| 5.- | Elevadores | Rectos y de bandera |
| 6.- | Tijeras | Rectas o en ángulo |
| 7.- | Lima para hueso | De dos puntas |
| 8.- | Osteotomo | Nos. 4 y 7 |
| 9.- | Curetas | Miller de dos puntas nos. 10
11 y 12 |

- | | |
|---|--|
| 10.- Separadores | Farabeut |
| 11.- Pinzas | Hemostáticas de mosco; curvas y rectas, Hemostáticas - de Kelly, y Allis |
| 12.- Porta-agujas | |
| 13.- Jeringa para irrigar | |
| 14.- Jeringa para anesteziar, de succión | |
| 15.- Sonda para aspiración | |
| 16.- Catgut quirúrgico para suturar | |
| 17.- Carrete de seda negra 3-0, 4-0 y 5-0 | |
| 18.- Aguja de medio círculo para suturar nos. 12 y 20 | |
| 19.- Fresas quirúrgicas | |
| 20.- Algodón, gasas, campos. | |

CAPITULO 2

EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

2.1 Historia Clínica

La evaluación clínica es el examen completo que se realiza a todas las personas que requieren tratamiento odontológico. La evaluación del paciente se lleva a cabo a través de la Historia Clínica, la cual debe incluir :

a) Antecedentes Médicos, o sea, la observación general -- del estado físico global del paciente, y comprende tanto los antecedentes patológicos como los no patológicos.

b) Antecedentes Odontológicos, que comprenden los tratamientos odontológicos anteriores y el examen clínico oral que incluye la inspección cuidadosa de cara y cuello y de los tejidos duros y blandos de la boca, y

c) Examen Radiológico.

2.1.1. Historia Clínica Médica

La Historia Clínica Médica debe ser considerada por el Cirujano Dentista como un requisito para realizar el tratamiento odontológico a un paciente, principalmente cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, por cuatro razones principales, que son :

1. Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente, ni su bienestar.

2.- Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la administración de determinados medicamentos destinados a su tratamiento, pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente.

3.- Para detectar una enfermedad ignorada, que exija un -- tratamiento especial.

4.- Para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

La salud general del paciente tiene un valor especial -- cuando se va a realizar una intervención quirúrgica, ya que -- estados como, una tendencia hemorrágica, una diabetes, una afección cardiovascular, etc., así como los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades, pueden influir sobre las decisiones que se han de tomar con respecto a la -- conveniencia de; una intervención quirúrgica, a la elección -- de los anestésicos, a la medicación previa o a los antibióticos que se tienen que administrar simultáneamente con la operación.

Existen diversas formas válidas y adecuadas para realizar la Historia Clínica Médica, algunos odontólogos prefieren registrar la información en una hoja de papel en blanco, mientras que otros optan por servirse de impresos, ya que ésta última opción es un método práctico, con una pauta que guía el interrogatorio y es bastante completa, ya que es en forma de

cuestionario. Además disminuye la probabilidad de que pase inadvertido un dato importante, frecuentemente se logra recoger información fundamental para el diagnóstico, pero que el paciente no considera relacionada con la enfermedad que padece, por lo que se debe tener en cuenta que el cuestionario sirve como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud del paciente.

El tiempo que el dentista dedica al interrogatorio no solo es útil para establecer el diagnóstico y planear el tratamiento, sino que representa un medio excelente para establecer buenas relaciones con el paciente.

El odontólogo debe revisar brevemente todo el cuestionario fijándose especialmente en las respuestas positivas, antes de interrogar al paciente en busca de detalles. De este modo adquiere una idea general acerca de la salud del paciente y se orientará sobre la manera de proseguir la Historia Clínica.

Ocasionalmente nos encontramos que debido al bajo nivel de comprensión o a las actitudes poco corrientes en algunos pacientes, son de esperar respuestas contradictorias y confusas, entonces el dentista debe hacer con paciencia nuevas preguntas que le aclaren los problemas. Oyendo con atención y simpatía al paciente, y haciendo una buena exploración, se obtienen muchas veces resultados mejores que con fármacos.

También se debe tener en cuenta que una respuesta afirmu

tiva requiere a menudo una investigación más profunda, ya que muchas veces el paciente se refiere al pasado.

En seguida se presenta un ejemplo de una Historia Clínica impresa en forma de cuestionario, que puede ser muy completa si se realiza un buen interrogatorio, ya que hay otras Historias Clínicas que son más detalladas y más extensas.

HISTORIA CLINICA

Cirujano Dentista _____ Tel. _____

Dirección _____

Datos Personales:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección _____ Ocupación _____

Edo. civil _____ Originario de _____

Lugar donde trabaja _____ Tel. _____

Nivel socio-económico _____ FECHA _____

MOTIVO DE LA CONSULTA O PADECIMIENTO ACTUAL.

Signos y síntomas. Evolución _____

Estado actual _____

Ultima visita al médico _____ Fecha _____

Motivo _____ Nombre del médico _____

Dirección _____ Tel. _____

Características del Paciente

Complexión _____ Peso _____ Estatura _____

Aspecto general del paciente

Satisfactorio _____ Regular _____ Malo _____

Actitud Mental

Nervioso _____ Aprensivo _____ Tranquilo _____

PARA LLENAR POR EL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA _____

SI NO

- ___ ___ Le han dicho alguna vez que padezca trastornos cardíacos?
- ___ ___ Respira usted con dificultad?
- ___ ___ Ha padecido fiebre reumática, dolores de crecimiento o contractura de las extremidades?
- ___ ___ Se ha desmayado más de dos veces en su vida?
- ___ ___ Ha tenido vértigos o vaitos a temporadas?
- ___ ___ Se le hinchan los tobillos?
- ___ ___ Padece a menudo dolores intensos de cabeza?
- ___ ___ Le ha informado algún médico de que padezca neuritis, - neuralgia o neurosis?
- ___ ___ 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?
- ___ ___ Sufre dolores de estómago o diarreas 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 algo incluyendo polvo, - flores, alimentos y drogas como penicilina, aspirina, novocaina, etc.?

SI NO

- 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 cancer?
- Le han aplicado alguna vez anestesia? LOCAL _____ GENE--
RAL _____ .
- Le han dicho alguna vez que no tome novocaina o algún otro medicamento?
- Está tomando medicina o recibe tratamiento de algún médico? ¿qué doctor le trata? _____
- Ha tenido alguna vez hemorragias copiosas después de extracción de dientes, traumatismos o pérdida de sangre por la nariz? Padece del hígado?
- Padece o padeció anemia?
- Le han tratado alguna enfermedad de la piel?
- Padece a menudo de dolor e inflamación en las articulaciones?
- Ha sufrido más de una luxación o fractura?
- Tiene usted artritis?
- Padece a menudo de dolores de muelas?
- Sangran sus encías cuando se limpia los dientes?
- Recuerda haber padecido dolores intensos de boca?
- Le han tomado radiografías de sus dientes?

DESCRIBA EN POCAS PALABRAS CUAL ES SU OPINION DE SU ESTADO GENERAL DE SALUD

FIRMA DEL PACIENTE _____

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

HIPERTENSION ARTERIAL

HIPOTENSION ARTERIAL

SIFILIS

OTRAS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

TUBERCULOSIS

ALERGIAS

TOXICOMANIAS

HEMOPILIA

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Tuberculosis

Enfermedades venéreas

Paludismo

Amigdalitis

Artritis y Fiebre Reumática

Trastornos renales y hepáticos

Trastornos neurológicos

Hepatitis

Úlcera G. D.

Cardiopatías

Alergias

Traumatismos

Operaciones

Otras

ENFERMEDADES DE LA NINEZ

Paperas

Viruela

Sarampión

Escarlatina

Tosferina

Amigdalitis

Adenoides

Otros

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Tipo de casa habitación _____

Cuántas personas viven en ella _____

Tipo de trabajo _____

Alimentación: _____

Tipo de ejercicio _____

Descanso _____

Higiene personal _____

Hábitos como alcohol o tabaquismo _____

Cantidad _____

Higiene Bucal _____

CARDIOVASCULAR _____

RESPIRATORIO _____

GASTROINTESTINAL _____

NEUROLOGICO _____

ENDOCRINO _____

HEMATOLOGICO LINFATICO _____

DERMATOLOGICO _____

GENITO URINARIO _____

MUSCULO ESQUELETICO _____

RADIACIONES _____

ALERGIAS _____

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

HOSPITALIZACIONES _____	CIUDAD _____
MOTIVO _____	COMPLICACIONES _____

SIGNOS VITALES :

Pulso _____	Respiración _____
Presión arterial _____	Pruebas de laboratorio _____

RESUMEN DEL ESTADO GENERAL ACTUAL DEL PACIENTE :

FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE

2.1.2. Exámen Clínico Bucal

Este exámen debe incluir los antecedentes odontológicos, ya que hablando personalmente con el paciente del tratamiento odontológico previo, y prestando atención a los matices de -- las palabras empleadas y de la expresión de la cara, es posible formarse una idea bastante acertada de la importancia que el paciente adscribe a un buen tratamiento odontológico, y -- hasta que punto ha seguido y seguirá en el futuro las indicaciones que se le den.

El exámen clínico de todos los tejidos orales y periorales es muy importante ya que se pueden descubrir anomalías -- que son provocadas por enfermedades generales, o bien detectar trastornos orales en sus fases primarias que se puedan -- tratar a tiempo para prevenir problemas mayores.

El dentista general debe estar capacitado para descubrir modificaciones con respecto a lo normal.

El odontólogo debe tener presente que no ser capaz de -- dar un nombre a una lesión después de detectarla no constituye una deficiencia grave, sin embargo, podría ser un error -- grave no observar una anomalía existente.

El exámen clínico se basa en la inspección visual, la -- palpación y el sondeo. Y también se puede guiar por medio de un cuestionario impreso.

La vista se utiliza en todos los exámenes, independiente mente de lo demás que se haga, pero hay algunas observaciones

básicas que solamente pueden realizarse mediante la vista. -

La presencia de tumefacciones y ulceraciones en la piel y en la mucosa oral, el tamaño y la forma de una lesión elevada, las alteraciones de color y algunas lesiones de caries -- pueden determinarse simplemente con una inspección visual.

Por medio de la palpación se determina la consistencia de una tumefacción, la textura de una leucoplasia, o la movilidad de un diente.

Con frecuencia es posible descubrir por la palpación tumores o masas submucosas que no pueden detectarse con la vista, y la presencia de una linfadenopatía suele determinarse por este método.

La sonda se emplea con frecuencia para detectar las lesiones de caries y las bolsas parodontales; no obstante tiene otros usos, puede utilizarse para demostrar los trayectos fistulosos en el hueso y en el tejido blando. El sondeo permite descubrir comunicaciones oral-antrales, y también por sondeo puede determinarse la localización y la naturaleza de una obstrucción de los conductos de las glándulas salivales.

A continuación se presenta un ejemplo de una Historia -- Clínica Bucal impresa .

EXAMEN CLINICO BUCAL

Fecha de última consulta al Cirujano Dentista _____

Resumen de trabajos realizados _____

Complicaciones y dificultades _____

1.- EXAMEN EXTRAORAL

a) Cabeza: Morfología _____

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) Articulación Temporo-Mandibular :

Desviación durante la apertura _____

Deslizamiento del cóndilo _____

Simetría y movimientos _____

Sensibilidad y chasquido _____

Otros _____

2.- EXAMEN INTRAORAL

a) Labios: Superior Inferior

Tamaño _____

Color _____

Palpación _____

Borde Bermellón _____

Comisuras labiales _____

b) Mucosa Yugal:

Consistencia _____

Color _____

Papila de Stenson, palpación _____

Frenillos Labiales superior inferior _____

c) Paladar Duro:

Forma _____ Anchura _____

Altura _____ Color _____
 Palpación _____

d) Paladar Blando:

Forma _____ Altura _____
 Color _____ Palpación _____

e) Uvula:

Tamaño _____ Color _____

f) Amígdalas:

Tamaño _____ Color _____

g) Pared posterior de la Faringe _____

h) Lengua:

Tamaño _____ Color _____
 Palpación _____
 Superficie dorsal _____
 Papilas filiformes _____
 Papilas fungiformes _____
 Papilas foliadas _____
 Papilas caliciformes _____
 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 _____

3.- EXAMEN PARODONTAL

Encía:

Color _____ Textura _____
 Tono _____

Encía marginal _____

Papila interdientaria _____

a)recesivo b) normal c) erupción pasiva o re--
 tardada d) hipertrofia e) hiperplasia f) gin-
 givitis g) lesiones _____

Surco gingival _____
 a) Sangrado _____ b) Supuración _____

Periodonto _____

Periodontitis _____

Profundidad y contorno _____
 Bolsas parodontales _____

Encía adherida _____

Higiene que practica _____

Oclusión _____

Exámen radiográfico _____

Presencia de piezas _____

Ausencia de piezas _____

Caries _____

Restauraciones _____

Calidad _____

a) Margenes b) Contorno c) Contacto

Abrasión _____

a) ocupacional b) habitual c) neurótica

Depósitos:

a) Manchas b) Placa c) Materia alba d) Tártaro

Movilidad:

Clase I Clase II Clase III

Percusión:

a) Vertical b) Horizontal

Pruebas de Vitalidad:

a) Frio b) Calor c) Corte dentina
 rio d) Corriente eléctrica

2.1.3. Exámen Radiográfico

El exámen radiográfico se utiliza tanto como medio para descubrir anomalías, como método auxiliar de diagnóstico.

Las radiografías se limitan a proporcionar información, la cual sumada con la historia clínica y otros procedimientos de exámen, puede ser útil para hacer el diagnóstico.

La información que pueden proporcionar las radiografías es, en primer lugar que revelan las formas básicas con que el tejido calcificado reacciona a los procesos patológicos.

Los tejidos reaccionan desintegrandose o proliferando, - así, las zonas excesivamente radiolúcidas indican la existencia de procesos destructivos en el hueso, mientras que las radioopacidades anormales representan procesos proliferativos.

Una lesión con zonas radiolúcidas y radioopacas sufren simultáneamente destrucción y proliferación.

Si bien las radiografías se usan junto con otras pruebas al hacer diagnósticos, también por sí mismas pueden proporcionar información sobre la actividad o comportamiento biológico de una lesión.

Una radiolucidez o una radioopacidad bien definida y circuncrita representa una lesión menos activa que una radiolucidez o radioopacidad mal definida.

Una zona bien definida o de bordes netos en una radiografía indica que la lesión se desarrolla con la lentitud suficiente para que el hueso contiguo pueda reaccionar y, por con

siguiente, contribuir a limitar la lesión. En contraposición una zona mal definida en una radiografía suele indicar que la lesión se desarrolla rápidamente y que el hueso contiguo no ha tenido tiempo para proporcionar una limitación eficaz.

Las radiografías también pueden proporcionar información relativa a algunas alteraciones de los tejidos blandos, tales como la calcificación en los conductos o en las glándulas salivales.

Los cálculos del conducto de la glándula parótida y de la submandibular pueden demostrarse mejor con la radiografía que con cualquier otra técnica de exploración.

De manera similar, la localización en los tejidos blandos de cuerpos extraños, tales como agujas rotas, materiales dentales o residuos de episodios traumáticos, suele requerir el uso de radiografías.

La interpretación correcta de las radiografías sólo es posible cuando se conocen perfectamente los puntos de referencia normales. Es igualmente importante saber lo que se puede exigir de una radiografía.

Ordinariamente, las radiografías revelan procesos morbosos crónicos, ya sean destructivos o proliferativos. Las fases agudas de muchas enfermedades óseas no son visibles; los procesos morbosos en los primeros estadios no han producido todavía descalcificación o formación ósea notables y, por lo tanto, no pueden ser demostrados en las radiografías.

A menudo resulta necesario comparar una serie de radiografías obtenidas durante cierto periodo de tiempo antes de que los cambios sean evidentes. Asimismo, para decidir si una zona radiográfica dudosa es patológica, puede ser necesario comparar ésta zona con su simetría del otro lado. Si existen diferencias entre ambas, es probable que la zona en cuestión sea anormal.

Cuando está indicada una intervención quirúrgica en una superficie ósea o en sus proximidades, las radiografías constituyen una necesidad absoluta.

Si bien algunos dentistas usan las películas oclusales para examinar los maxilares, tales radiografías tienen un valor limitado para planear la operación.

Las placas periapicales revelarán dientes que no han hecho erupción o que están incluidos, raíces retenidas, pequeñas caries que no podrían encontrarse de otra manera, enostosis (hueso esclerótico localizado), odontomas, quistes residuales y otras alteraciones patológicas óseas. Estas radiografías informan también sobre el tamaño del seno maxilar, la localización del agujero mentoniano y la posición del canal alveolar inferior. Además la película periapical muestra el grosor del tejido blando que cubre la cresta de los alveolares.

Contraindicaciones del Examen Radiográfico

Constituyen contraindicaciones del examen radiológico de

la cavidad oral; la gestación o una historia de irradiación -
previa.

En el primer caso conviene que las pacientes embarazadas
lleven un delantal de plomo durante las maniobras radiográficas.

En el caso de pacientes que han recibido irradiaciones -
previas está contraindicado el examen radiológico porque se -
puede provocar una osteorradionecrosis.

CAPITULO 3

MEDICACION EN CIRUGIA ORAL

3.1. PREMEDICACION

En ocasiones es necesaria la premedicación para un mejor control del paciente y para ayuda al anestésico.

La premedicación deberá delinarse para cada individuo.

Puede variar desde medicamentos administrados oralmente en casa o en la sala de espera, hasta la inyección intramuscular administrada en el sillón dental.

Las drogas que se utilizan con éste fin se conocen como sedantes, éstas drogas producen sueño y se conocen también como somnifacientes, somniferos o soporíferos, su estructura química se asemeja a la de los anestésicos generales, y a la de los analgésicos en dosis fisiológicas, se encargan de estimular el centro del sueño.

Los objetivos de la sedación son los siguientes :

- 1.- Calmar la aprehensión, ansiedad o temor del paciente
- 2.- Aumentar el umbral del dolor
- 3.- Disminuir la secreción
- 4.- Control del reflejo de náusea.
- 5.- Controlar las alteraciones de tipo motriz, como en el caso de pacientes epilépticos
- 6.- Reducir la tensión muscular haciendo posible obtener el registro céntrico en pacientes que se resistan energicamente a movimientos pasivos

- 7.- Estabilizar la presión sanguínea en pacientes con hi pertensión o con antecedentes de enfermedad cardio--vascular
- 8.- Aumentar la eficacia de un anestésico incompleto como el óxido nitroso
- 9.- Disminuir la cantidad de anestésico necesario
- 10.- Para antagonizar o evitar reacciones indeseables en los anestésicos

Entre las drogas con acción sedante se encuentran éstas:

- a) Bromuro sódico de 2 a 5 gr.; efecto sedante, somnolencia y sueño.
- b) Hidrato de Cloral (NOCTEC) ; principalmente utilizado en niños, en dosis de 1/4 a 1 cucharadita, según el peso y edad.
- c) Diacepam (VALIUM) ; de 2 a 5 mg. por vía oral.
- d) Seconal sódico (SECOBARBITAL SODICO) ; de 200 a 300 mg., 1 o 2 horas antes de la intervención.

Existen gran cantidad de sedantes, pero solamente se men cionarán los que podemos emplear con mayor facilidad.

Antes de administrar cualquier medicación debe revisarse la historia clínica del paciente, en relación a alergia a medicamentos.

En el caso de que se haya administrado el sedante por --vía endovenosa, es importante que el paciente no salga del --consultorio sin algún acompañante, y no se le permitirá condu

cir automóvil hasta después de 6 horas.

Como el dentista es responsable de cualquier medicamento que prescriba, debe conocer perfectamente reacciones y efectos colaterales, y ha de saber combatir cualquier reacción no civa.

La premedicación con antibióticos está reservada para pa cientes con enfermedad generalizada, que podría complicarse con bacteremia importante después de la operación.

Entre estos pacientes pueden considerarse a los diabéticos no controlados, pacientes con historia de susceptibilidad de infección, pacientes que reciben grandes dosis de esteroides, pacientes con enfermedad cardíaca congénita o reumática, habrá otros casos en que será conveniente una terapéutica antibiótica, en este caso el dentista deberá intercambiar opiniones con el médico del paciente, antes del tratamiento.

La penicilina sigue siendo el antibiótico de elección, - y en caso de alergia hacia ésta, se administrará eritromicina y si ésta está contraindicada deberá seleccionarse alguna tetraciclina.

Para la administración del antibiótico se puede seguir - la siguiente técnica:

600 000 U de penicilina procaínica por vía intramuscular el día de la intervención, complementadas por una inyección - de 600 000 U de penicilina cristalizada por vía intramuscular 1 hora antes de la intervención, y 600 000 U de penicilina --

procaínica intramuscular, 1 diaria dos días después de la intervención.

En caso de hipersensibilidad a la penicilina, deberá administrarse Eritromicina; 250 mg. por vía oral 4 veces el día de la operación, y 1 vez al día después de la operación.

Cabe mencionar que la vía de administración más conveniente es la intramuscular, pues se asegura su administración sin embargo, en ocasiones no será posible utilizar ésta vía, en cuyo caso el paciente deberá tomar por vía oral 250 mg. de penicilina fenoximetil (PEN- VI- K) ó 250 mg. de penicilina - fenoxietil (FENETICILINA); 4 veces al día el día de la operación y 1 vez al día los días siguientes a la operación.

3.2. ANESTESIA

Se pide al paciente se sienta en el sillón dental, éste debe estar cómodamente sentado en el sillón, el cual deberá tener una inclinación de 120° . La cabeza debe estar apoyada con el cabezal descansando en el occipital.

Se le pide al paciente que se enjuague con un antiséptico bucal que se le proporcionará.

Se procede a administrar el anestésico, se apaga la lámpara y se platica con el paciente para distraerlo, durante 3 a 10 minutos, en lo que hace efecto el anestésico.

Es importante para el éxito de la intervención el realizar una técnica adecuada y administrar el suficiente anestésico.

Los tipos de anestesia empleados en Cirugía Bucal son:

- a) Anestesia regional o local
- b) Anestesia local con sedación considerable o complementada con agentes anestésicos generales ligeros
- c) Anestesia general inducida por vía intravenosa o inhalación

Los factores que determinan la elección del anestésico y la técnica a emplear son:

- 1.- Edad y estado físico del paciente
- 2.- Naturaleza y duración del procedimiento quirúrgico
- 3.- Presencia de infección

- 4.- Presencia de trismus
- 5.- Estado emocional del paciente
- 6.- Alergias
- 7.- Deseos del paciente
- 8.- Habilidad del operador y equipo del consultorio

Como regla la mejor anestesia local se obtiene mediante el empleo de técnicas que producen bloqueos de áreas extensas en oposición a las técnicas de infiltración múltiple.

La técnica de bloqueo regional proporciona una anestesia más profunda y una diseminación más amplia con menor volumen de solución y menor lesión de los tejidos inyectados, en ocasiones se emplearán técnicas de infiltración para reforzar el área anestesiada.

En casos de anestesia general es recomendable un ambiente de hospital con personal bien capacitado.

3.3. MEDICACION POST-QUIRURGICA

Los medicamentos empleados después de una intervención quirúrgica, son principalmente analgésicos y antibióticos.

La acción de los analgésicos es la de elevar el umbral del dolor, y como después de la intervención generalmente -- existe dolor, es conveniente suprimirlo.

Los analgésicos más empleados son:

- a) Acido acetyl salicilico; entre éstos se encuentra la ASPIRINA, es la droga analgésica más común y probablemente la que se prescriba con mayor frecuencia, - la dosis es de 650 mg. para adultos, esto es igual a dos tabletas de aspirina cuatro veces al día.
- b) Acetaminofén; como TEMPRA, cuya dosis es de 1 tableta cada 8 horas.
- c) Naproxen; como NAXEN, dosis de 250 a 500 mg. cada 12 horas.
- d) Propoxifeno; DARVON, dosis de 32 a 65 mg. cada 6 horas.
- e) Derivados de la Pirazolona; NEO-MELUBRINA dosis de 50 a 100 mg. cada 6 horas. PRODOLINA, dosis de 1 a 2 tabletas cada 6 horas dependiendo de la intensidad del dolor.

Los analgésicos mencionados también actúan como antipiréticos y antiinflamatorios.

Los antibióticos se utilizarán como terapéutica espe---

cial de alguna enfermedad, o cuando en el momento de la cirugía hubo alguna contaminación, o en caso de infección.

Se prescribirá Penicilina (PENPROCILINA), por vía intramuscular en dosis de 800 000 U. cada 24 horas.

En caso de hipersensibilidad a la penicilina se administrará Eritromicina (ILOSONE), en dosis de 250 a 500 mg. cada 6 o 12 horas.

Si es sensible a la eritromicina se administrará Tetraciclina (TETRANASE), dosis 1 cápsula cada 6 horas.

Los antibióticos mencionados son los que con mayor frecuencia se prescriben, aunque existe gran variedad de antibióticos.

CAPITULO 4

TECNICAS QUIRURGICAS

4.1. PROCEDIMIENTOS BASICOS

Existen principios básicos que se pueden aplicar en --- cualquier técnica quirúrgica que se podrían enmarcar en :

- a) Crear un acceso adecuado
- b) Crear una vía libre para la extracción
- c) Empleo de fuerzas controladas

El emplear inteligentemente estos principios nos asegurará una intervención atraumática, con un mínimo de moles--- tias y de complicaciones para el paciente.

a) Acceso adecuado; el acceso adecuado al campo operatorio puede significar el éxito de la intervención o bien el - fracaso de ésta.

Para crear un acceso adecuado será necesaria la refle-- xión de un colgajo de tejido blando y en ocasiones, la elimi- nación de alguna porción de hueso adyacente.

COLGAJO DE TEJIDO BLANDO

La reflexión de un colgajo implica cierto cuidado, pues debe realizarse de tal forma que no afecte estructuras anató- micas importantes tales como, alguna rama nerviosa o vasos - sanguíneos.

Existen varios tipos de colgajos que dependen de las incisiones que se realicen:

- 1) Incisión de Newman; consiste en dos incisiones verti

cales y el festoneado o sindesmotomía sobre el borde libre de la encía. (fig.1-a)

b) Incisión de Wassmund; consiste en dos incisiones verticales y una horizontal que pasa entre 4 a 5 mm. del borde libre de la encía. (fig.1-b)

c) Incisión de Partsch; es una incisión semilunar, se emplea cuando la raíz es muy larga y cuando es una sola pieza a tratar. (fig.1-c)

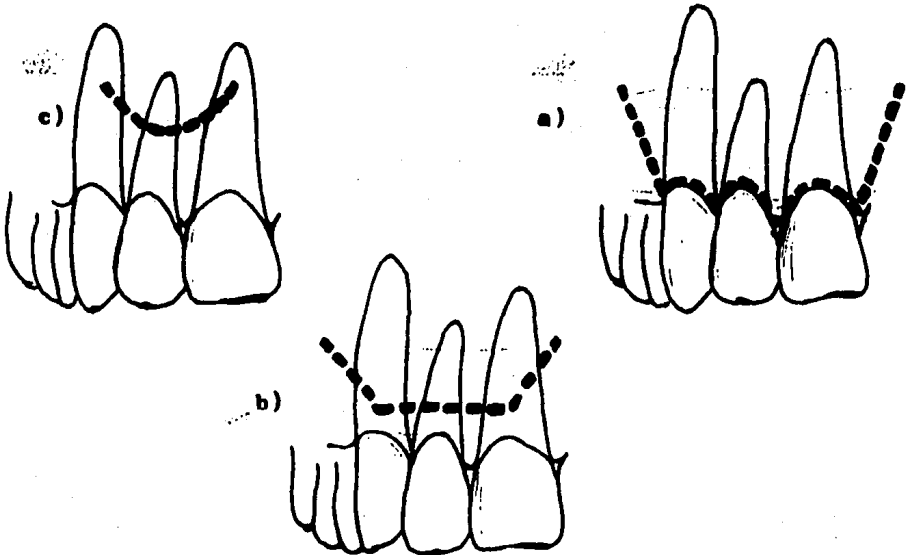


FIG. 1. Tipos de incisiones.

Existen ciertos principios y requisitos que deben ser observados para que los colgajos sean realizados con éxito.

1.- Planificación cuidadosa, el colgajo deberá ser lo suficientemente grande para permitir una perfecta visualiza-

ción y un buen acceso a todas las porciones del hueso afectado. El intentar intervenir a través de un pequeño ojal -- conduce a menudo a un fracaso de la intervención , y un colgajo grande cura tan rápidamente como un pequeño.

2.- Incisiones limpias y precisas, deberán hacerse a -- través de la mucosa y periostio, perpendicularmente a la superficie y su línea de incisión deberá pasar a 5 mm. o más -- de distancia de los bordes de cualquier defecto óseo que se vaya a crear durante el acto quirúrgico. La incisión se hace en la hendidura gingival y las papilas interdentarias se incluyen como parte del colgajo, nunca se les debe amputar.

3.- La base del colgajo deberá ser lo suficientemente -- amplia para asegurar un aporte sanguíneo adecuado a los teji dos reflejados. Si el aporte sanguíneo es deficiente, el -- colgajo se puede llegar a necrosar. Se podrá asegurar una a decuada irrigación sanguínea, siempre que la base del colgajo sea tan ancha como el margen reflejado.

4.- Los márgenes del colgajo deberán ser redondeados y no tener bordes agudos ni ángulos pronunciados. Si queda -- algún ángulo agudo en los bordes del colgajo puede resultar ineficazmente irrigado y dar lugar a la formación de una es- cara.

5.- El colgajo debe incluir mucosa y periostio, ya que el periostio tiene potencialidad osteogénica y es un impor- tante factor en la reparación del defecto óseo. Si resulta

traumatizado el periostio durante la reflexión del colgajo, su potencialidad osteogénica se verá disminuida con complicaciones resultantes en la curación del proceso.

Si la mucosa se desprendiera del periostio, se desorganizaría gran parte del aporte sanguíneo y de la inervación de este tejido y esto daría como resultado un campo operatorio sangrante, precario aporte sanguíneo al colgajo y curación lenta y dolorosa.

6.- Si es necesaria una incisión vertical, se llevará a cabo en la región interproximal. En la formación de colgajo de los tejidos blandos se ha observado que cuanto más delgado es el tejido, mayor es su contracción, y cuanto más se contraiga el tejido más tensión se necesitará para volver el colgajo a su posición original.

Tanto la contracción como la tensión del colgajo deberá ser evitada en lo posible. Como los tejidos que cubren al hueso alveolar son más gruesos en las zonas interproximales y más delgados en las áreas que cubren a las raíces, la incisión vertical cuando esté indicada se hará sobre la zona interproximal, con el fin de asegurar una rápida curación y evitar la contracción de los tejidos y la tensión del colgajo

7.- Al regresar el colgajo a su lugar deberá descansar sobre hueso sano. Para asegurar la curación los colgajos deben ser repuestos e inmovilizados en su posición original, y la inmovilización solo es posible sobre un buen soporte óseo

Para conseguir un buen soporte óseo el colgajo ha de -- ser tan amplio que incluya un diente a cada lado del campo - operatorio.

b) Crear una vía libre para realizar la intervención; - la práctica del colgajo es el primer paso para obtener el ac ceso adecuado y el segundo paso es eliminar la suficiente -- cantidad de hueso para que quede un camino expédito para lle gar a las subyacentes estructuras dentales.

Se debe eliminar una cantidad suficientemente grande de hueso para crear una abertura que sea más amplia que la medi da más grande del diente o la patología que se va a extraer, con el fin de producir el menor traumatismo posible.

El hueso normalmente se elimina del lado bucal o vesti- bular y a partir de las zonas interproximales, con una fresa quirúrgica de forma de bola o de fisura, durante este proce- dimiento se deberá estar irrigando constantemente con solue- ción fisiológica, para evitar el sobrecalentamiento del hue- so y no producir necrosis.

Una vez que se ha efectuado la extracción se lima poste- riormente todo el contorno de la ventana ósea así como su in terior, se lava varias veces a presión con la solución fisio- lógica, todo esto es con el fin de no dejar esquirlas ni sa lientes óseas que agredan a la mucosa.

c) Empleo de fuerzas controladas; cuando se encuentra -

una resistencia anormal, el operador no incrementará la fuerza aplicada, pues podría provocar un severo traumatismo como la fractura del diente o de las estructuras óseas adyacentes

Siempre que se presente una anormal resistencia es preferible dejar a un lado el instrumento que se está empleando y considerar los primero dos principios mencionados, esto reducirá al mínimo el traumatismo y evitará complicaciones -- postoperatorias.

SUTURA

Esta maniobra es de sumo interés y de imprescindible necesidad.

" Afirmamos que la sutura primaria representa la más -- grande conquista, pues gracias a ella, la evolución de la herida es rápida, el tratamiento postoperatorio nulo y la cicatrización de la herida perfecta " Cavina.

La sutura se realiza con pequeñas agujas atraumáticas, las que se manejan ayudadas por el portaagujas.

El material de sutura más empleado para cerrar incisiones intrabucales es el hilo de seda negra, aunque actualmente también se utiliza el catgut y el nylon.

Para cerrar las heridas son preferibles los puntos aislados, pues pueden retirarse sin perturbar la línea de sutura, y no sucede así con la sutura continua.

Antes de realizar la sutura se debe tener la precaución

de raspar ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, - para que ésta cavidad ósea se llene de sangre. Ya que el - coágulo, por el mismo mecanismo que se llena el alvéolo después de la extracción, es el material que organizará la neoformación ósea.

Los cuidados postoperatorios son elementales, se reducen a compresas frías, bolsas de hielo, enjuagatorios suaves con una solución tibia de agua y sal o perborato de sodio.

Los puntos se retiran al cuarto o quinto día, y la cicatrización es perfecta.

4.2. EXTRACCION DE DIENTES Y APIÇES RADICULARES

4.2.1. ODONTOSECCION

En ocasiones algunos molares cuyas raíces son muy divergentes presentan problemas para su extracción. Estos problemas se simplifican mediante el seccionamiento controlado del diente por medio de fresas.

Cuando nos encontramos con dientes impactados o raíces muy divergentes, un procedimiento a seguir muy simple, consiste en eliminar una pequeña cantidad de hueso y seccionar el diente en dos o tres porciones, de ésta forma la apertura del hueso será mínima.

Esta técnica está indicada cuando los dientes están retenidos, cuando hay hiper cementosis, cuando las raíces están dilaceradas, en dientes multirradiculares que se han fracturado, o restos apicales que no son localizables a través del alvéolo y en apicectomía.

Se practicará un colgajo mucoperiostico, eliminando también una pequeña porción de hueso (Osteotomía) correspondiente a las dos raíces o tres, hasta llegar a la bifurcación o trifurcación, ésto se realiza siempre por vestibular.

Cuando esta técnica se practica en el maxilar superior, con una fresa se seccionarán las dos raíces bucales, separandolas de la corona, esto es con el fin de que la raíz palatina se extraiga junto con la corona, (fig.2).

Y cuando se practica en maxilar inferior, se separará -

solamente una de las raíces bucales, para que la otra se extraiga junto con la corona. Una vez hecho el seccionamiento, la eliminación de las raíces se realizará con elevador, (fig3)

En algunos casos será necesario realizar una ventana ósea a nivel del ápice de la pieza, para que con un elevador -recto, a través de la ventana ósea se empuje hacia el alvéolo la raíz, o bien extraerla por la ventana ósea.

El colgajo se repone a continuación a su posición original y se sutura.

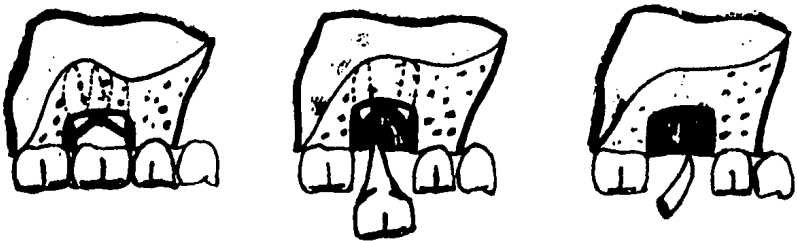


FIG. 2. Odontosección en maxilar superior.

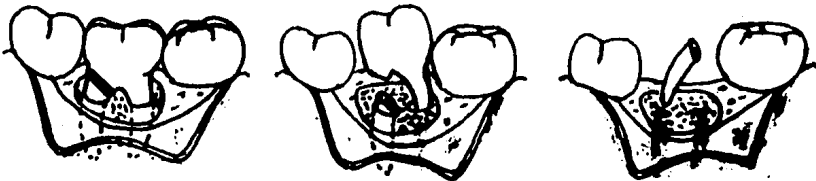


FIG. 3. Odontosección en maxilar inferior.

4.2.2. EXTRACCION DE APICES DE RAICES FRACTURADAS

Los ápices de las raíces fracturadas son a menudo partes pequeñas y delicadas, pero generalmente pueden recuperarse fácilmente.

La porción del diente extraído debe examinarse para determinar si la punta de la raíz que ha quedado dentro tiene una superficie de rotura plana o angulosa, de modo que una parte del borde esté más alta que la otra dentro del alvéolo. Si este último es el caso debe insertarse un punzón para puntas de raíces en la cresta alveolar, de modo que su superficie cóncava esté dirigida hacia el hueso y exactamente encima de la parte más alta del fragmento de la raíz, todo esto se determina con una radiografía previa, se acuña delicadamente el punzón dentro del espacio periodontal, ésto puede desprender suavemente el fragmento del borde alveolar. (fig. 4)

Si ésto no se realiza fácilmente se inserta el punzón de modo que la superficie cóncava esté dirigida al fragmento de la raíz, y se acuña de nuevo, para desalojar la punta.

Si una punta de raíz no puede desalojarse como se ha descrito, debe practicarse un colgajo bucal, en ocasiones el simple hecho de reflejar un colgajo hace visible el ápice, sin embargo, cuando el colgajo no descubre la raíz, se tendrá que rebajar la cresta vestibular del hueso, con lo que se completará la exposición. Mediante una buena succión, irrigación y una punta para raíces es posible, desalojar el fragmento radi

cular. Si este método no da resultado se utilizará una fresa redonda, cortando la raíz y el hueso en toda su circunferencia, creando un espacio para la inserción del punzón, ésta técnica da por resultado que el fragmento se desprenda por vibración y sea fácil tomarlo del alvéolo por aspiración.

Cuando el ápice está muy cercano al seno maxilar, al canal alveolar inferior, o a un segundo o tercer molar inferior es más prudente retraer un colgajo y rebajar en torno a la pared bucal, extirpando el hueso adyacente a la punta de la raíz, con ello se crea un espacio por el cual se puede extraer fácilmente la raíz.

En ocasiones, la presencia de una punta que pasa inadvertida y no se extrae, podría ser fuente de complicaciones como dolor, edema, infección o hemorragia.

Sin embargo, hay ocasiones en que pueden dejarse puntas radicales finas y delicadas de dientes impactados que no han tenido patología de la pulpa ni periodontal, pero debe tenerse muy buen juicio al tomar esta decisión.

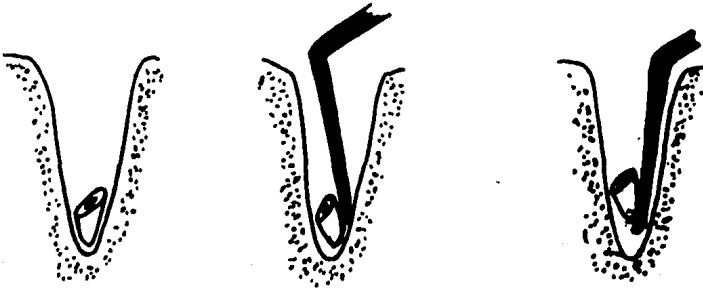


FIG. 4. Extracción de ápices de raíces fracturadas.

4.2.3. EXTRACCION DE RAICES RESIDUALES

El hallazgo accidental en las radiografías, de puntas de raíces no diagnósticadas anteriormente, plantea algunos problemas.

Las raíces que han estado presentes en los maxilares durante cierto tiempo se consideran infectadas, aunque en ocasiones aparecen en las radiografías circunscritas por una línea de cemento y una periodontal, lo que significa que se ha producido la curación, y deberá decidirse si se ha de extraerse o no. Sin embargo, si en ésta zona se han de colocar prótesis fijas o removibles, deberán extraerse dichas raíces.

Es necesario localizar con exactitud la raíz, principalmente en áreas totalmente desdentadas. Si no existen puntos de referencia anatómicos, se coloca una aguja de sutura en el tejido blando, anestesiado previamente, en la región de la raíz y se procede a tomar la radiografía para comparar la localización de ésta con relación a la aguja.

Cuando se ha precisado la localización de la raíz residual dentro del hueso, se practicará un colgajo mucoperiostico, generalmente por medio de una incisión sobre la cresta del reborde, con una pequeña incisión vertical anterior.

Se hace una pequeña ventana ósea por el lado bucal con una fresa, después se explora con una cureta bien afilada, si la raíz no puede encontrarse o no se puede extraer a través de la ventana, ésta se agranda, para extraerla y se sutura.

4.2.4. DIENTES IMPACTADOS

A veces es difícil hacer un diagnóstico y determinar si un diente está impactado o simplemente no ha hecho erupción.

El término *impactación* implica que el diente no puede surgir porque está bloqueado por otro diente, otros dientes o por hueso.

En el curso de desarrollo, el diente pudo haber tomado una posición poco común, que le impide seguir su vía normal de erupción, tomando una posición anormal dentro del maxilar y así quedar impactado.

Los dientes que se impactan con más frecuencia son los terceros molares inferiores, seguidos de los caninos superiores y los premolares inferiores.

A continuación se mencionan las técnicas a seguir en los casos más frecuentes de impactación.

4.2.4.1. Terceros Molares Inferiores

La impactación de éstos molares se clasifica de varias formas, dependiendo de su posición, la profundidad y a su relación con la rama ascendente.

a) De acuerdo a su posición:

Clase I ó Vertical; el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar.

Clase II ó Horizontal; el eje mayor del tercer molar es transversal al eje mayor del segundo molar.

Clase III ó Mesio-angular; el eje mayor del tercer -

molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar, pero va a estar mesializado.

Clase IV ó Disto-angular; el eje mayor del tercer molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar, pero va a estar distalizado.

Clase V ó Invertida; el eje mayor del tercer molar va a ser paralelo al eje mayor del segundo molar, pero la parte oclusal va a estar hacia apical.

Clase VI ó Buco-angular; la corona del tercer molar está dirigida hacia bucal.

Clase VII ó Linguo-angular; la corona del tercer molar va dirigida hacia lingual.(fig. 5)

b) De acuerdo a su relación con la rama ascendente:

Clase I; cuando existe suficiente espacio entre el segundo molar y la rama ascendente para la corona del tercer molar.

Clase II; cuando una parte del tercer molar está en la rama ascendente y otra fuera.

Clase III; cuando todo el tercer molar está dentro de la rama ascendente.(fig. 6)

c) De acuerdo a la profundidad:

Posición 1; cuando la corona o una parte de ella se encuentra por arriba del eje imaginario del plano oclusal del segundo molar.

Posición 2; cuando toda la corona o parte de ella se

encuentra entre la línea imaginaria del plano oclusal y cervical del segundo molar.

Posición 3; cuando la corona o parte de ella se encuentra por debajo del eje cervical del segundo molar (fig.7)

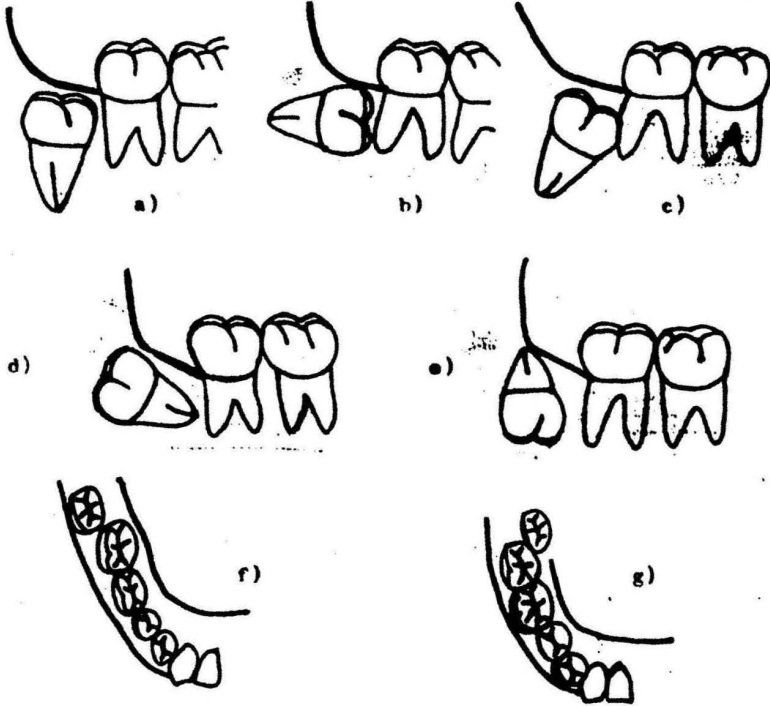


FIG. 5. a) Vertical; b) Horizontal; c) Mesioangular
 d) Diestoangular; e) Invertido; f) Buccoangular; g) Linguo-
 angular.

molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar, pero va a estar mesializado.

Clase IV ó Disto-angular; el eje mayor del tercer molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar, pero va a estar distalizado.

Clase V ó Invertida; el eje mayor del tercer molar va a ser paralelo al eje mayor del segundo molar, pero la parte oclusal va a estar hacia apical.

Clase VI ó Buco-angular; la corona del tercer molar está dirigida hacia bucal.

Clase VII ó Linguo-angular; la corona del tercer molar va dirigida hacia lingual.(fig. 5)

b) De acuerdo a su relación con la rama ascendente:

Clase I; cuando existe suficiente espacio entre el segundo molar y la rama ascendente para la corona del tercer molar.

Clase II; cuando una parte del tercer molar está en la rama ascendente y otra fuera.

Clase III; cuando todo el tercer molar está dentro de la rama ascendente.(fig. 6)

c) De acuerdo a la profundidad:

Posición 1; cuando la corona o una parte de ella se encuentra por arriba del eje imaginario del plano oclusal del segundo molar.

Posición 2; cuando toda la corona o parte de ella se

encuentra entre la línea imaginaria del plano oclusal y cervical del segundo molar.

Posición 3; cuando la corona o parte de ella se encuentra por debajo del eje cervical del segundo molar (fig.7)

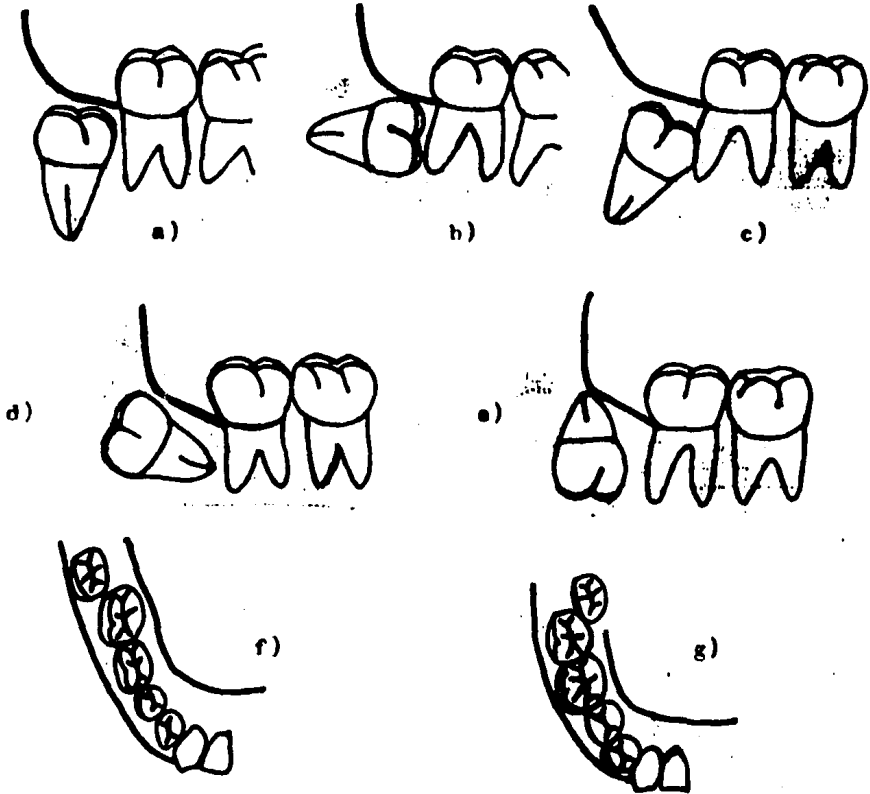


FIG. 5. a) Vertical; b) Horizontal; c) Mesioangular
d) Distioangular; e) Invertido; f) Bucoangular; g) Linguo-
angular.

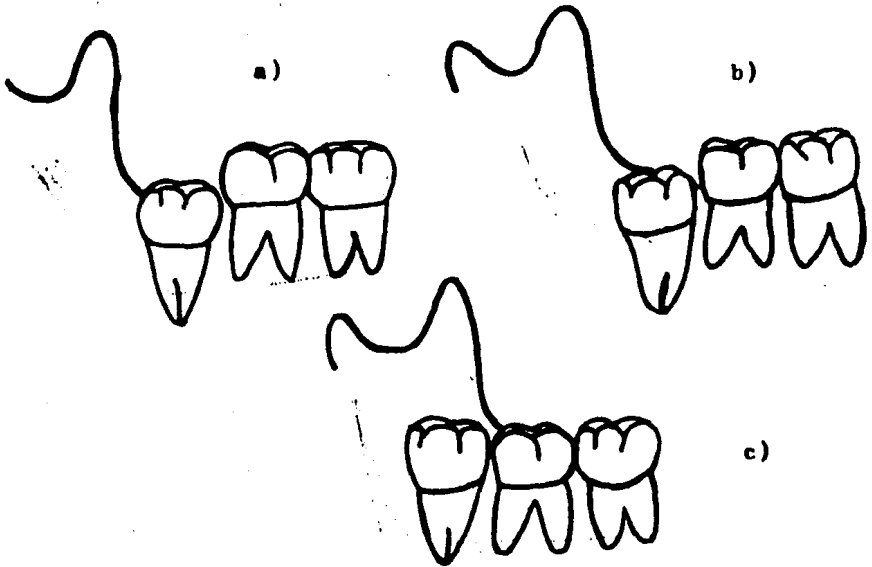


FIG. 6. Relación con la rama ascendente. a) Clase I -
b) Clase II c) Clase III.

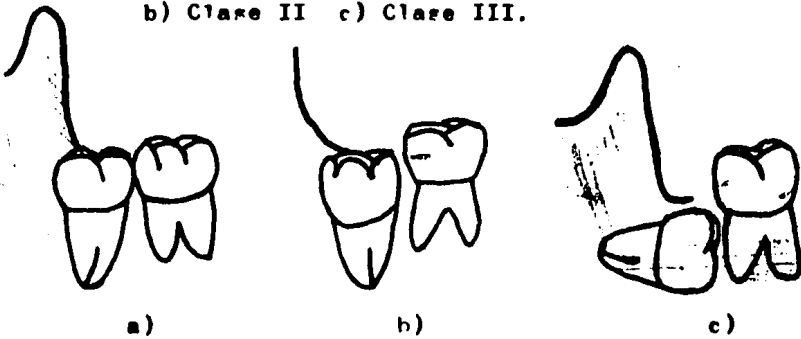


FIG. 7. a) Posición 1 b) Posición 2
c) Posición 3 .

Clase III ó Mesio-angular:

Este tipo de impactación es la más común, y como regla general la más fácil de extraer. La técnica a seguir es la siguiente:

Con una hoja de bisturí del número 15 se realiza la incisión de la zona retromolar a la cara distal del segundo molar, ésta extensión varía de acuerdo a la profundidad del diente impactado, mientras más profundo, más amplia será la incisión, en ocasiones llegando hasta la cara mesial del primer molar, a veces para no llegar hasta el primer molar, se realiza una incisión vertical hacia abajo y adelante partiendo de la cara distal del segundo molar hacia vestibular.

Con una cureta de Molt # 4 se levanta el colgajo mucopariostico y se sostiene con la ayuda de un separador.

Se procede a realizar la osteotomía, con una fresa quirúrgica, para librar la retención. Se comienza sobre la cara distal o superior del tercer molar, descubriendo también la cara bucal, enseguida se crea un canal en tejido esponjoso por debajo de la corona. Si parte de la corona está en la rama ascendente de igual forma se crea un canal por distal para librar la retención.

Se coloca el elevador por debajo de la corona haciendo movimientos hacia arriba para realizar la extracción, en ocasiones se tendrá que realizar odontosección, comenzando por la cara distal, y se irá seccionando según las necesidades.

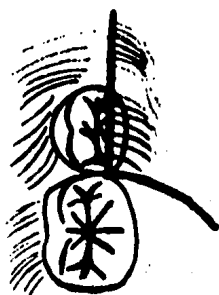
Es importante que al realizar odontosección, siempre se tenga a la vista porción del diente incluido, pues podría -- llegar a confundirse con hueso.

Siempre que se realice osteotomía se tendrá que irrigar con solución fisiológica, para evitar un calentamiento óseo, y no crear problemas posteriores.

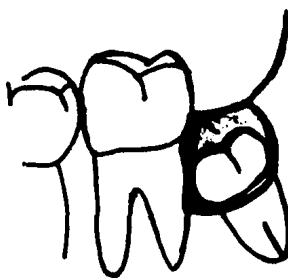
Al realizar la extracción se debe eliminar también el - saco folicular, para evitar la formación de un quiste.

Se procede a limpiar la cavidad de fragmentos óseos y a eliminar esquirlas y se lava la cavidad con suero fisiológico, se vigila que el alvéolo se llene de sangre para evitar una alveolitis posterior.

Se sutura con seda 3-0 o cátagut 3-0, generalmente un -- punto de sutura basta, en ocasiones otro punto en proximal, las incisiones verticales casi nunca se suturan. (fig. 8)



a)
Incisión



b)
Osteotomía

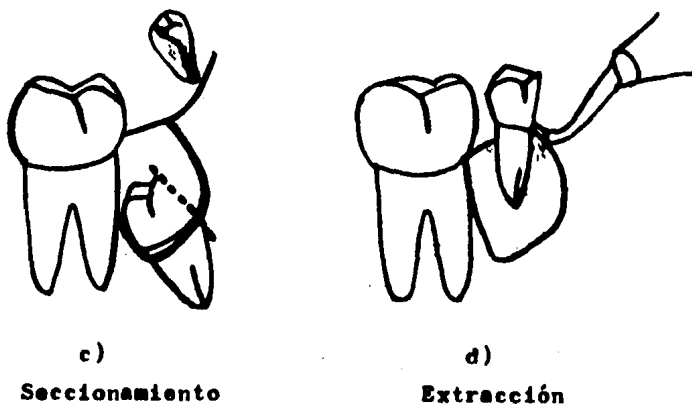


FIG. 8. Técnica para la posición mesio-angular.

Clase II u Horizontal:

La incisión y el colgajo se realizan igual que en la -- clase III.

Así también se realiza la osteotomía para descubrir la cara superior y vestibular de la corona del molar impactado, deberá eliminarse el hueso necesario para descubrir parte de la raíz.

Se corta el molar por el cuello y se extrae la corona * en su totalidad, pero si se dificulta la extracción de la co rona, se seccionará la parte superior de ésta, Con un eleva dor se llega a la furcación de la raíz y se empuja hacia el espacio que ocupaba la corona y se extrae.

Se eliminan las posibles esquirlas, se lava, se vigila que el alvéolo se llene de sangre y se sutura.

Clase I ó Vertical:

La incisión y el colgajo se realizan de igual forma que

en los casos anteriores.

Se hace un corte vertical y largo para exponer la cara bucal de la corona así como el cuello anatómico, se elimina también hueso de la superficie oclusal y cara distal del molar impactado.

Se secciona el diente formando una grieta vertical, desde el surco bucal, hasta el cuello anatómico, a través de la porción distal del diente, y se elimina ésta porción.

Se coloca un elevador recto entre el segundo y tercer molar, y se eleva el tercer molar, pero si están muy próximos los molares, el elevador se coloca en el área de la furcación, por bucal y se ejerce una fuerza recta hacia arriba.

Se procede al lavado y eliminación de astillas óseas, y lleno el alvéolo de sangre se sutura.

Clase IV ó Disto-angular:

Esta impacción es difícil de extraer, pues gran porción de diente queda dentro de la rama ascendente.

Se realiza la incisión y se eleva el colgajo mucoperiostico como los anteriores.

Se realizan cortes óseos vertical y horizontal para descubrir las caras bucal y superior de la corona.

Se secciona la porción distal del diente en dirección vertical, y dependiendo de la curvatura de las raíces se extrae primero la porción mesial del diente, con la ayuda de un elevador colocado en la furcación, en ocasiones se extrae

primero la parte distal del diente, entonces el resto se hace rotar distalmente en el espacio creado y se extrae.

Se limpia el alvéolo, se lava perfectamente y se sutura.

En las intervenciones para extraer impacciones inferiores deberán observarse factores de cautela, es importante que la fuerza aplicada con los elevadores sea siempre una fuerza controlada, así como mínima.

En algunas situaciones especiales será necesario usar -- más fuerza que la normal, especialmente al forzar un elevador entre dos dientes colocados muy cerca uno del otro.

Muchas extracciones bien preparadas podrán extraerse con una cureta pequeña en lugar de un elevador pesado.

4.2.4.2. Terceros Molares Superiores

Los terceros molares superiores se clasifican igual que los inferiores en cuanto a su posición y profundidad.

Clase III ó Mesio-angular.

Se realiza la incisión con una hoja de bisturí del número 12 que va desde la tuberosidad hasta el premolar o canino, dependiendo la profundidad de la impacción, en ocasiones, se realiza una incisión que va desde la tuberosidad a la cara -- distal del segundo molar, y de ahí una incisión vertical en - forma oblicua hacia arriba y adelante para terminar en la --- raíz mesio-bucal del segundo molar. Se levanta el colgajo mu conerístico y se sostiene con un separador.

Se corta hueso en dirección vertical, paralelo a la raíz

raiz distal del segundo molar.

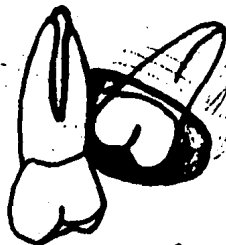
Con una cureta pequeña se asegura de que halla acceso - entre el segundo y tercer molar, en algunos casos no existe y es casi imposible lograr mayor eliminación ósea entre éstos dos dientes, por lo tanto será necesario ejercer presión controlada y considerable con el elevador para forzar la punta del instrumento en el espacio interdental, en éste caso - deberá eliminarse hueso en la parte distal.

Con la punta del elevador entre los dos molares se ejerce una fuerza recta hacia abajo y bucalmente para extraer el diente.

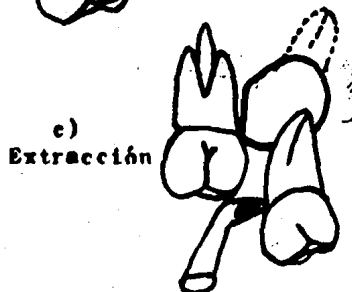
Se eliminan de la cavidad todo material tisular extraño blando y duro y se alisan los bordes óseos, se lava y cuando el alvéolo esté lleno de sangre se sutura, con un punto en la incisión del reborde alveolar y otro en proximal o en la incisión vertical según el caso.(fig.9)



a) Incisión



b) Osteotomía



c) Extracción

FIG. 9 Clase III en maxilar superior.

Clase I ó Vertical:

La incisión y el colgajo se realizan de la misma forma que en el caso anterior.

En este tipo de imnacción por lo general la corona descansa cerca del cuello anatómico del segundo molar, no permitiendo el acceso entre los dientes para realizar la osteotomía, ni para hacer balanceo con algún instrumento.

Se empieza haciendo un corte vertical paralelo al borde mesial del diente impactado, se elimina cuidadosamente el delgado hueso que está sobre la superficie bucal, se corta en la parte posterior de la cara distal para crear un espacio y realizar movimientos hacia atrás.

Se procede a introducir entre los dientes algún instrumento de hoja delgada, como no se ha eliminado hueso en esta parte será necesaria una fuerza considerable, en cuanto el instrumento pueda introducirse en ese espacio, el diente podrá extraerse fácilmente.

Es importante que exista una compresa de gasa adecuada que cubra la bucofaringe, ya que al extraer el diente ocasionalmente se mueve hacia abajo con mucha rapidez y podría ser deglutido.

Cuando el instrumento no puede introducirse y se ha extirpado una cantidad considerable de hueso alrededor del diente, se tendrá que seccionar el diente en sentido vertical sobre la superficie bucal del esmalte, y extraerlo en --

partes. Se lava perfectamente para eliminar todas las esquirolas óseas, y una vez que el alvéolo está lleno de sangre se procede a suturar.

Clase IV ó Disto-angular:

Es una situación muy rara, requiere de un colgajo quirúrgico más amplio y una eliminación extensa de hueso circun-dante.

Se hace una incisión en la cresta media, extendiéndose desde el segundo molar hasta la curva de la tuberosidad, y las extensiones verticales a bucal y lingual se hacen distales al segundo molar, éste colgajo expone toda la tuberosidad ósea.

Se hace un canal óseo vertical en distal del segundo molar, hasta el área de la punta, se elimina el hueso de la cresta alveolar y bucal. El área distal del tercer molar se expone cuidadosamente.

El diente se eleva haciendo palanca sobre el lado mesial, tan cerca del ápice como lo permita el acceso.

En ocasiones es necesario utilizar otro instrumento simultáneamente por la superficie distal para guiar el diente hacia abajo, pues podría ser empujado hacia el antro o a los tejidos que están detrás de la tuberosidad.

A veces el diente deberá seccionarse para poder extraerse. Puede utilizarse gel-foam para llenar un defecto extenso, la herida deberá suturarse en forma tensa, con puntos se

narados múltiples.

Solamente se han descrito los casos más frecuentes y las técnicas quirúrgicas a seguir en terceros molares impactados.

4.2.4.3. Caninos Superiores

Las impacciones del canino superior se clasifican como : labial, palatina e intermedia.

La localización del canino es importante, ya que la técnica quirúrgica varía tanto en cada uno de los tres tipos de impacción, que casi son operaciones totalmente distintas.

Es indispensable una buena radiografía y la palpación clínica; aunque sobre el lado labial no es segura, pues la protuberancia que se siente puede ser el diente impactado o la raíz del incisivo o premolar desplazada labialmente.

Posición Palatina:

Este tipo de impacción es el más frecuente, en un 80% de los casos.

Se realiza una incisión con una hoja de bisturí del número 15 o 12, en los espacios interdentes palatinos empezando con el espacio entre premolares, sobre un lado alrededor de las fibras gingivales libres palatinas y espacios interdentes, hasta el área del premolar del lado opuesto, éste colgajo se desprende del hueso con una cureta Molt del número 4.

Se procede a eliminar el hueso que lo cubre, empezando con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que aparez-

ca más cercano al impactado en la radiografía, se descubre la corona y una tercera parte de la raíz y se procede a la luxación, en caso de que no se pueda extraer de esta forma el canino, se seccionará.

Se secciona primeramente a la altura del cuello anatómico, si la corona se encuentra cerca de los incisivos, de manera que su punta esté en un socavado, se hace inmediatamente una segunda división, 3 mm. hacia el ápice a partir del primer corte, se retira la pequeña porción, se empuja la corona al espacio creado y se extrae, y la raíz se extrae con un elevador ó una cureta.

Se eliminan las esquirlas óseas y los desechos, se alisa bien todo el contorno del defecto óseo, y se procede a cerrar la herida con tres o cuatro puntos de sutura a través de los espacios interdientales anudando sobre labial, la presión de una gasa sobre el paladar ayuda a evitar la formación de un hematoma macroscópico. (fig. 10)

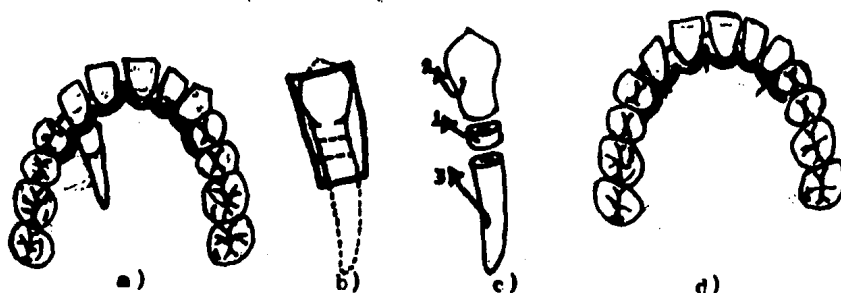


FIG. 10. Posición Palatina. a) Incisión --
b) Osteotomía c) Seccionamiento d) Sutura.

Posición Labial:

Se hace una incisión de Partsch bastante amplia, que se extiende desde el frenillo labial hasta el área del premolar, y se procede a levantar el colgajo mucoperiostico.

Se efectúa una ventana ósea por labial hasta localizar al diente, al descubrirse el diente, puede estar alto, sobre la superficie facial del maxilar superior, una vez descubierto se extrae con un elevador.

Se lava perfectamente y se procede a suturar. (fig.11-a)

Posición Intermedia:

La posición más común de una impacción intermedia es con la corona sobre el paladar y la raíz sobre el ápice de los premolares, cerca de la corteza bucal.

La exposición de este tipo de impacción se realiza igual que en el caso de impacción palatina, y se extrae la corona por esta parte. Se hace un colgajo bucal separado, en la región indicada por los hallazgos radiográficos, generalmente por encima y entre los premolares del mismo lado. La extirpación cuidadosa del hueso descubrirá la porción radicular, que puede empujarse desde la abertura bucal hasta la herida palatina. Por último se suturan los dos colgajos. (fig.11-B)

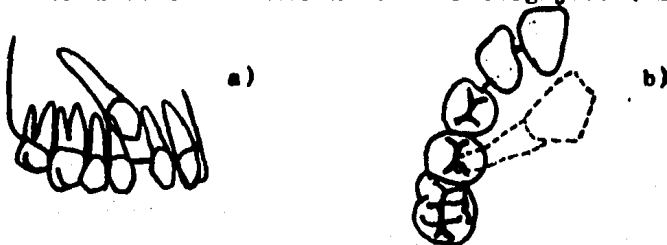


FIG. 11

Es importante tener en cuenta que la impacción del canino superior puede presentar varias variantes como: ser unilateral o bilateral, presentarse cerca de la línea media o cerca de la arcada, tener una dirección palato-vestibular o vestibulo-palatal, que por regla general se presenta en pacientes dentados, pero pueden darse casos en que se descubran accidentalmente en pacientes completamente desdentados.

Por esta razón el examen radiográfico es de suma importancia, tanto para efectuar una buena evaluación clínica, como para descubrir la presencia de estos dientes en los pacientes edéntulos.

4.3. TECNICAS QUIRURGICAS EN TEJIDOS BLANDOS

4.3.1. HERIDAS INTRABUCALES

Debido a la posición aislada de la cavidad bucal y la -- protección que recibe por los labios y carrillos, las heridas de los tejidos blandos intrabucales son relativamente raras.

Las laceraciones son las más comunes de las heridas intrabucales, éstas son frecuentes en los traumatismos de la ca ra, especialmente las laceraciones del labio, ya que el trauma externo empuja el labio contra los bordes incisales de los dientes anteriores.

Los accidentes ocasionados por el uso incorrecto de los instrumentos como, desplazamientos bruscos y sin control, no tener soporte adecuado de la mano, el no fijarse que no se -- tenga aprisionado o interviendo entre el instrumental y el diente ningún tejido, o bien que el paciente haga un movimiento brusco inesperado, producen heridas intrabucales.

Entre las lesiones más frecuentes a los tejidos blandos intrabucales encontramos; desgarramiento de la mucosa de la-bios y carrillos y del paladar.

Si se tratan tempranamente muchas de estas laceraciones pueden cerrarse por sutura primaria sin desbridamiento. La - hemorrágia que se presenta generalmente puede controlarse por presión, pero algunas veces es necesario ligar los vasos san-grantes mayores o los puntos de hemorrágia activa.

Las laceraciones de la lengua merecen mención especial,-

ya que como es una masa densa de tejido muscular, con muy poco tejido conectivo diseminado en el músculo o sosteniendo la superficie mucosa. Por ésta razón es un tanto difícil de suturar.

Si la laceración no es profunda, se colocan puntos con seda negra 3-0 cada 5 mm. en la superficie, penetrando profundamente en el tejido (5 mm. ó más). Debe haber una distancia de aproximadamente 5 mm. entre el sitio donde se colocan los puntos y los bordes de la herida.

Si la laceración de la lengua es de cara superior a cara inferior, el músculo debe aproximarse mediante puntos profundos con catgut simple 3-0 antes de cerrar la parte superficial de la herida con seda. Si esto no se hace, los puntos se desprenden antes que sea tiempo de quitarlos.

Las laceraciones del labio también necesitan mención especial, sobre todo cuando se encuentran afectadas mucosa y piel.

La unión mucocutánea de cada lado debe localizarse y aproximarse exactamente. Una ligera discrepancia de 1 mm. o menos, será muy notable y poco atractiva al sanar la herida.

Si por alguna razón no puede cerrarse inmediatamente la laceración del labio, debe colocarse un punto de sutura transitorio, para aproximar los bordes de la herida, al nivel de la unión mucocutánea.

Al cerrar la herida se emplean seda 3-0 ó 4-0 para mucosa

sa, y seda o nylon 5-0 ó 6-0 con aguja cortante atraumática - para piel. La mucosa puede suturarse con catgut simple, pero los nudos son molestos para el paciente.

Después de preparar la herida, se empieza a suturar colocando un punto en la unión mucocutánea que se ha aproximado - cuidadosamente y se continúa con el lado mucoso de la herida.

Se sutura por un método de "mitades"; el segundo punto - se coloca entre el primero y el extremo mucoso de la herida.- El tercer punto se da entre el segundo y el primero y el cuarto entre el segundo y el extremo mucoso de la herida. Este - método se continúa hasta que la porción mucosa de la herida - se ha cerrado adecuadamente.

Si la laceración abarca todo el labio, de piel a mucosa, se repite la preparación de la herida en la porción cutánea.

Las capas musculares deben aproximarse cuidadosamente y suturarse con catgut simple o crómico 3-0 ó 4-0 para prevenir formación de mechas en el labio. Se sutura entonces la piel, de acuerdo con el sistema descrito para la mucosa, lo que evita pliegues de exceso de tejido en los extremos de la herida y asegura una línea de sutura lisa, que sanará con buenos resultados cósméticos. (fig. 12)

Las líneas de sutura pueden cubrirse con una pomada anti biótica, pero la preparación debe ser soluble en agua, no debe ser a base de aceite mineral. Las heridas cutáneas deben limpiarse dos veces al día con peróxido de hidrógeno al 3%, -

aplicado con un isopo de algodón, la pomada antibiótica puede aplicarse en estas ocasiones. La extirpación meticulosa de la escara favorecerá la epitelización.

La presión mediante apósitos solo es necesaria cuando hay espacios muertos en el fondo de la herida, y deben dejarse en su lugar durante 72 horas.

Al cabo de tres días, las heridas cutáneas deben estar libres de exudado. Las heridas intrabuccales pueden mostrar una superficie blanco-grisácea, pero no debe haber drenaje.

Los puntos de sutura en piel se quitan a los 3 ó 5 días, después de lo cual los bordes de la herida deben sostenerse con vendetas ó colodión durante un mínimo de 10 días.

Los puntos de sutura en membranas mucosas se retiran después de 5 días.

Puede tomarse en cuenta el tratamiento antibiótico general, pero no es sustitutivo de un buen tratamiento local de la herida. También debe aplicarse el tratamiento profiláctico antitetánico.

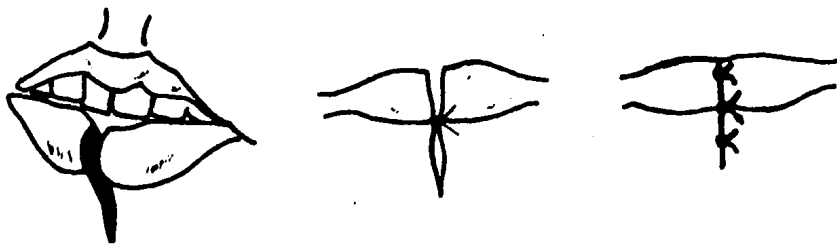


FIG. 12. Método para suturar una laceración de labio que abarca piel y mucosa.

4.3.2. BIOPSIA

Si el Dentista se encuentra durante el examen clínico la presencia de tumefacciones, áreas queratinizadas o eritematosas, para las cuales existe una causa aparente deben mantenerse vigiladas después de eliminada la causa de irritación o infección.

Si hay úlcera, tumefacción, decoloración rojiza o blanca, o cualquier otra alteración para la cual no exista explicación clínica, será de poco o ningún valor un período de observación y, en cambio, estará indicada una Biopsia.

Debe informarse al paciente que es indispensable un examen microscópico de la lesión a fin de poder establecer la naturaleza de la enfermedad. Los pacientes a quienes hay que mantener en observación deben ser informados de que quizás sea necesaria posteriormente una Biopsia.

Una vez que se halla decidido tratar u observar una lesión, bajo ningún pretexto deben dejarse transcurrir más de 7 ó 10 días sin ver al paciente de nuevo. Al término de dicho lapso, si la lesión ha empeorado, no ha respondido al tratamiento ó no existe evidencia de cicatrización habrá que practicar una Biopsia.

Técnica: se debe anestésiar la región, si es posible -- por bloqueo. Se debe evitar la infiltración directa de la zona en que ha de hacerse la biopsia. Si no es posible la anestesia por conducción, un bloqueo del campo o infiltración al-

rededor del sitio de la biopsia evitará que la lesión se deforme.

Las lesiones muy pequeñas deben extirparse completamente ésto es cuando mide menos de 2 cm. de diámetro, esta técnica se llama Biopsia Excisional.

Si la lesión es demasiado grande para extirparla enteramente, ésto se llama Biopsia Incisional, se elegirá el área más representativa del proceso patológico y se extirpará una porción de tejido de unos 4 mm. de ancho y generalmente no menos de 4 mm. de profundidad.

Es preferible practicar biopsias profundas y angostas, y no biopsias anchas y poco profundas, puesto que las alteraciones tisulares superficiales pueden diferir de las profundas.

El material de biopsia debe incluir tejido normal circundante. Son preferibles cortes elípticos en forma de "V" en el tejido normal subyacente. (fig. 13)

Se debe evitar comprimir ó dañar la muestra de tejido, - lo ideal es manejarla con pinzas de disección y a menudo es adecuado colocar un punto de sutura de tracción para tomar la muestra.

Inmediatamente después de tomar la muestra deberá colocarse en un frasquito que contenga formol al 10% (formaldehida al 4%) con el fin de fijar la muestra.

En el caso de biopsias de hueso, se debe aspirar la lesión con una jeringa de 10 ml. y una aguja del número 18, pa-

ra determinar su carácter general.

El patólogo debe recibir junto con la muestra, la información que ha obtenido el dentista. Cada muestra deberá colocarse en un frasco por separado, claramente rotulado con los datos generales del paciente, el nombre del dentista y la fecha.

Deberán mencionarse al patólogo el sitio donde se tomó la biopsia y la posición del punto de sutura de tracción, si es que se colocó. Debe darse una historia detallada de la lesión, que debe incluir; localización anatómica, descripción macroscópica detallada de la lesión como color, diámetro, consistencia, características de los bordes, si era de implantación senil o pediculada, presencia o ausencia de úlceras y si es excisional o incisional.

Se puede incluir un diagnóstico clínico de presunción, para dar una idea al patólogo, de lo que se cree se trata.

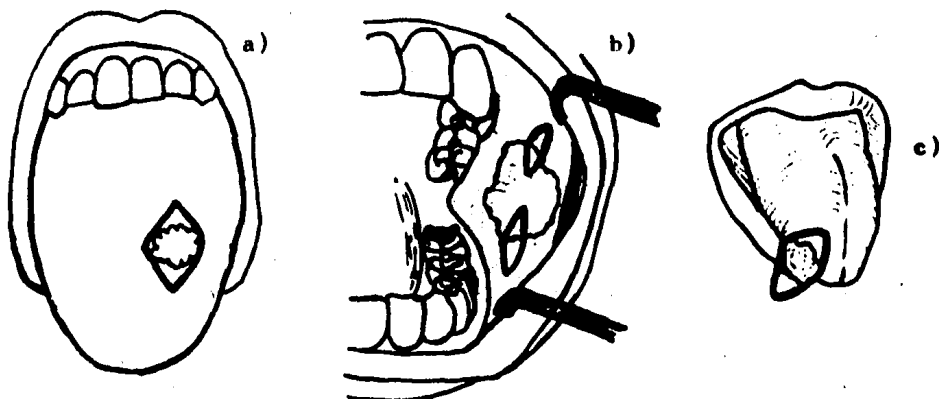


FIG. 13. Biopsia a) Excisional b) Incisional c) Excisional.

4.3.3. PERICORONITIS

La pericoronitis es un proceso inflamatorio en el tejido adyacente a un diente en erupción, o en el tejido que cubre a un diente que ya ha hecho erupción, pero que todavía está parcialmente cubierto por la encía.

Este término se emplea generalmente para referirse a la inflamación que rodea a los terceros molares inferiores recientemente erupcionados o parcialmente erupcionados, los cuales tienen un denso saco pericoronario (u opérculo) que cubre los dos tercios o menos, de su superficie oclusal.

Con frecuencia éste tejido causa gran malestar al paciente, pues puede inflamarse como consecuencia de un trauma masticatorio ocasionado por el tercer molar superior al ocluir, - o lo pueden iniciar la acción bacteriana en un medio ideal, - como el que se halla entre el saco pericoronario y la cúspide distal de la corona, o la descomposición de restos alimenticios en la hendidura gingival.

La extirpación del saco pericoronario está indicada, y el método más eficiente para la extirpación de este denso tejido fibroso mucoperiostico, es usar el ansa de electrocauterio. El ansa se coloca debajo del saco pericoronario lo más distalmente posible; si es factible, debajo de la superficie distal del diente y alrededor de ella. Cuando ha alcanzado el ansa ésta posición, se cierra el circuito eléctrico, con lo que se corta la mayor parte de tejido. Se recorta el teji

do de la zona distal del molar para eliminar la cripta existente. Se lleva a cabo por la colocación del ansa, sobre la cresta del tejido, a medio cm. aproximadamente hacia distal de la corona, y se secciona en forma descendente, de manera que el tejido es alisado, descendiendo hacia la línea gingival. (fig. 14-1)

Si no existe espacio suficiente para la erupción correcta, hay que proceder a la extracción inmediatamente, o lo antes posible. También se ha de extraer el diente antagonista, porque la erupción pasiva produce una pérdida del contacto normal con el diente contiguo, la cual a su vez es causa de retención de alimentos, caries y enfermedad periodontal.

La pericoronaritis es una complicación de la pericoronitis no tratada, y las causas son:

1) Crecimiento bacteriano activo en un medio ideal que es el espacio debajo del tejido blando que cubre la corona del molar. Frecuentemente predominan los bacilos fusiformes y espirilos.

2) Irritación traumática de la mucosa que recubre el molar inferior por la cúspide del tercer molar superior, con la consiguiente inflamación, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión por los microorganismos.

Los síntomas de una pericoronaritis aguda son: los tejidos que recubren al diente están enrojecidos, edematosos y extremadamente dolorosos.

El proceso inflamatorio se extiende a los tejidos blandos adyacentes, y se produce el trismus, porque estos tejidos tienen fibras del buccinador y del conducto superior de la faringe. El paciente se queja de dificultad para comer y tragar. Con frecuencia tiene escalofríos, fiebre, malestar general, constipación y halitosis. Los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales están endurecidos y dolorosos.

El tratamiento a seguir es: si el factor irritante es el tercer molar superior, se extraerá en la primera cita.

Para tratar la pericoronaritis, se va a irrigar debajo de l capuchón, con 1/4 de solución fisiológica.

También se puede irrigar la región debajo del capuchón con 1 cc de solución de yodo. La cual se obtiene con: fenol al 5%, 6 cc; tintura de acónito, 12 cc; tintura de yodo, 18 cc y glicerina, 24 cc. Para irrigar se usa una jeringa de 10 ml y una aguja de calibre 20. La aguja se destempera calentando 2.5 cm. de la punta, la cual se dobla después en una curva suave. El tratamiento se continúa diariamente hasta que los síntomas agudos desaparezcan. Entonces se procede a extraer el tercer molar, o si es útil y puede asumir una posición normal en la arcada, se elimina el capuchón con bisturí eléctrico.

Las afecciones pericoronales también se presentan en incisivos, caninos, premolares, primeros y segundos molares. --

La mayor parte de las veces se observa en terceros mola-

les inferiores, en ocasiones se presenta aún cuando faltan -- el primero y segundo molar. (fig. 14-2)

Y después del tercer molar inferior, donde más se presenta la pericoronitis es en caninos y premolares, y en incisivos centrales superiores, ésto se observa con frecuencia en la erupción retardada, cuando ha habido pérdida prematura de dientes primario; y su eliminación es por medio del bisturí.

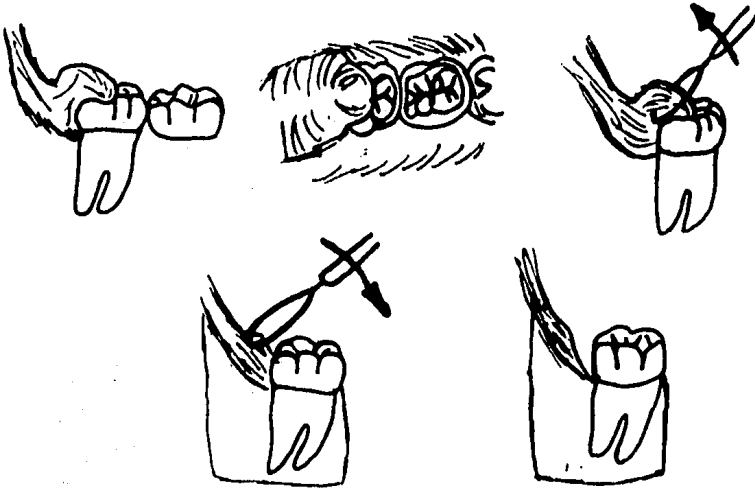


FIG. 14-1. Eliminación del opérculo con el ansa de electrocauterio.



FIG. 14-2. Eliminación del opérculo con el bisturí eléctrico en un tercer molar sin dientes adyacentes

4.4. TECNICAS QUIRURGICAS EN INFECCIONES PERIAPICALES CRONICAS

Cuando un diente muere debido a un traumatismo o a caries, la cavidad pulpar y los conductos radiculares se llenan de tejido pulpar necrótico, éste tejido en degeneración produce una irritación periapical a través del foramen apical.

El organismo intenta combatir esta irritación con la reacción inflamatoria. Si el responsable de la infección es un microorganismo virulento, el proceso generalmente es agudo, pero si no lo es, o si la irritación es producida por toxinas de la pulpa necrótica, el proceso suele ser crónico.

Las afecciones patológicas periapicales crónicas, como abscesos alveolares crónicos, granulomas, o quiste periapical, pueden sufrir exacerbaciones localizadas, cuyo tratamiento requiere las siguientes consideraciones adicionales:

1.- Si es un diente inútil, el mejor y más sencillo tratamiento será extraerlo.

2.- Si el diente es útil, la meta principal será conservarlo. Por lo tanto el tratamiento deberá consistir en abrir la cámara pulpar y eliminar la mayor parte del contenido de los conductos para obtener drenaje.

Cuando el drenaje por esta vía es inadecuado, se realizará una incisión para drenar.

Cuando la exacerbación cede deberá llevarse a cabo tratamiento del conducto radicular, si no se produce curación rápida

damente después de la terapéutica endodóntica, se realizará raspado del área periapical por presencia de quiste.

Sin embargo, si después del tratamiento endodóntico, no puede volver a examinarse el área en un período de 3 a 6 meses, es más sensato realizar el raspado periapical, en el momento en que se obture el conducto radicular, para asegurarse de haber eliminado todo el tejido quístico.

4.4.1. TÉCNICA DE APICECTOMIA

La apicectomía denominada también resección radicular y amputación radicular, es la extirpación de la porción apical infectada de un diente, y el curetaje de todos los tejidos --periapicales necróticos e inflamatorios.

Indicaciones:

- 1) Dientes anteriores superiores e inferiores y en dientes que no invadan estructuras anatómicas tales como el seno maxilar o el conducto dentario inferior.
- 2) Dientes en los cuales la destrucción ósea alveolar no se extienda más de un tercio del total de la raíz.
- 3) Dientes con reabsorción periapical.
- 4) Dientes con granulomas periapicales bien circunscritos.
- 5) Dientes en los cuales la raíz ha sido inadvertidamente perforada durante el tratamiento endodóntico, siempre que esa perforación esté en la mitad apical de la raíz.

- 6) Piezas con dilaceración que haga inaccesible el ápice
- 7) Dientes con delta apical imposible de obturar endodónticamente.
- 8) Fracturas de instrumental en el tercio apical.
- 9) Fractura del diente en el tercio apical.

Contraindicaciones:

- 1) Cuando la salud general del paciente se encuentra disminuida, especialmente de quienes han tenido fiebre reumática o que en ese momento sufren reumatismo, nefritis, diabetes, trastornos cardíacos, tirotoxicosis, etc.
- 2) En piezas con raíces cortas.
- 3) Procesos que han destruido huesos hasta las proximidades de la mitad de la raíz.
- 4) Presencia de paradentosis avanzada, con destrucción ósea hasta el tercio radicular.
- 5) Destrucción masiva de la porción radicular.
- 6) Cuando la oclusión traumática no puede ser corregida.
- 7) Proximidad peligrosa con el seno maxilar y con el agujero mentoniano.
- 8) Piezas posteriores.

Procedimientos:

Se toma una radiografía después de la obturación del conducto radicular para determinar el nivel al que se va a amputar la raíz.

Se anestesia al paciente, cuando menos dos dientes a cada lado del diente a intervenir, se debe tener cuidado de que la aguja no pase a través del foco patológico, pues se podría diseminar la infección.

El colgajo mucoperiostico puede hacerse con cualquiera de los tres tipos de incisión, y una vez levantado éste se procede a realizar la osteotomía, la abertura se extiende hasta obtener un buen acceso a los límites del defecto.

Una vez hecha la osteotomía se procede a realizar la apicectomía, con una fresa cilíndrica fisurada se efectúa la amputación de la raíz al nivel determinado por la radiografía.

El quiste o granuloma debe enuclearse perfectamente en su totalidad, y proceder a hacer un curetaje.

En la técnica de retroobtusión o apicectomía retrógrada la punta de la raíz se corta en bisel, el cual debe ser de aproximadamente 45° , de manera que se proporcione acceso al conducto del lado labial.

La hemorragia se controla dentro de la cavidad haciendo presión en los puntos sangrantes en el hueso, o con torundas de algodón empañadas en adrenalina.

Se sutura el colgajo mucoperiostico con una aguja cortante peruña y seda 4-0 o catgut.

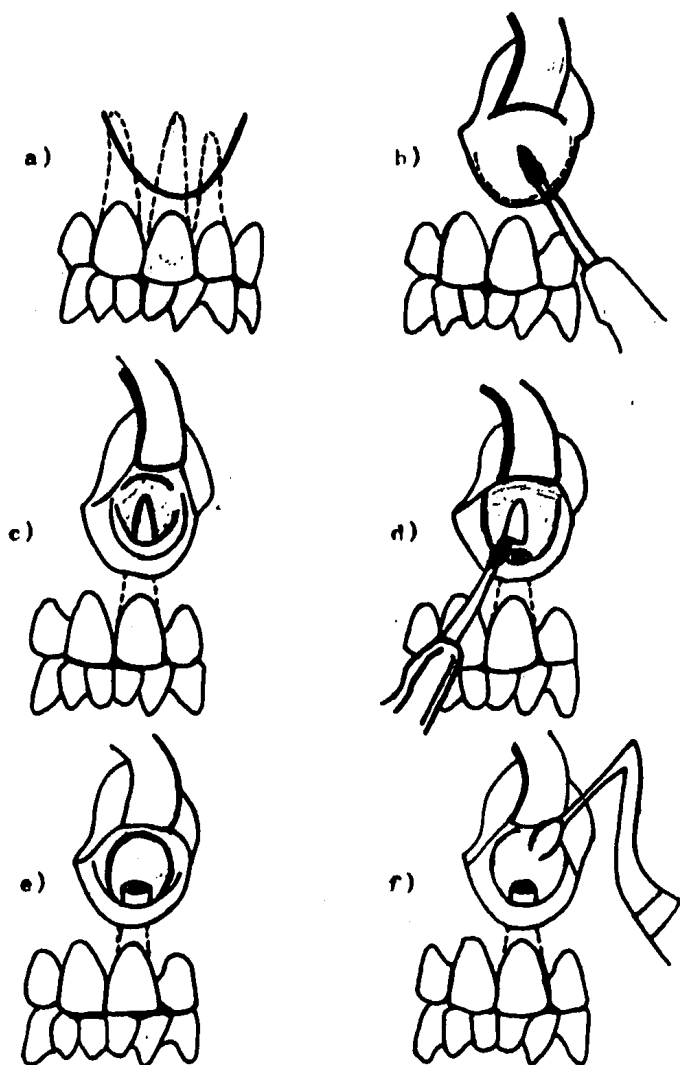


FIG. 15. Apicectomia. a) Incisión de Partsch b) Osteotomía c) Apice expuesto d) Eliminación del tercio apical e) Raíz con el ápice amputado f) Curetaje de la zona.

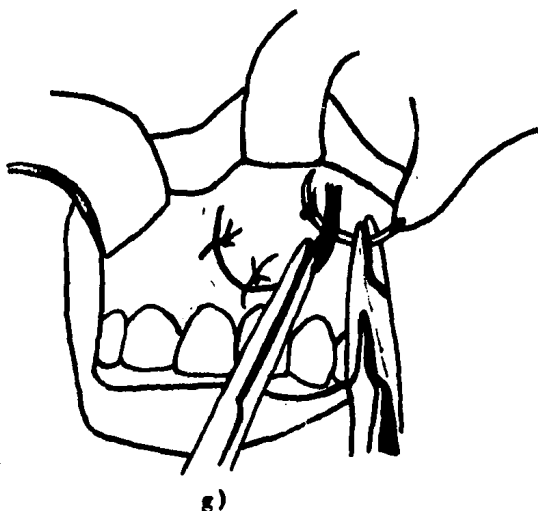


FIG. 15. Apicectomía. g) Sutura del colgajo.

4.4.2. TECNICA DE EXTIRPACION DE QUISTES PERIAPICALES

El quiste más común en la cavidad bucal es el quiste radicular.

El único transtorno que acompaña ordinariamente al quiste radicular o periapical, es el desplazamiento de los dientes o la deformación ósea en el área de la lesión.

Un quiste que aumenta de volumen por la presión desarrollada en el interior de su luz, es capaz de empujar a un lado las raíces de los dientes adyacentes o de dilatar la lámina cortical.

Es imposible establecer, sobre la base de una radiografía, si una pequeña zona radiolúcida en el ápice de un diente es un granuloma dental o un quiste. Solo el examen histológico revelará si existe una cavidad revestida de epitelio en la pequeña masa de tejido, lo cual la convertiría en verdadero quiste.

Los quistes periapicales suelen contener un líquido estéril

ril de color pajizo con tono iridiscente, debido a cristales de colesterol. O bien, pueden estar infectados y contener pus, líquido seropurulento o líquido hemopurulento. En ocasiones el contenido es espeso y caseoso, con restos epiteliales y hemorrágicos.

a) Técnica en quistes pequeños:

El diente infectado se extrae. Los quistes periapicales muy pequeños pueden ser enucleados a través de la cavidad de la raíz mediante la inserción de la parte fina de una cureta pequeña, con su borde afilado contra el hueso y la superficie convexa contra la membrana del quiste.

La extremidad fina de la cureta se hace deslizar entre la cápsula de tejido conectivo revestido de epitelio y el hueso, para lo cual se parte del punto de unión del alvéolo con la pared quística y se continúa alrededor de toda la periferia del alvéolo, despegando la pared del hueso y empujandola hacia el centro de la cavidad quística. Una vez alcanzado el ecuador imaginario de la cavidad quística mediante esta maniobra, se retira la cureta y se da vuelta de modo que la concavidad de ésta mire hacia el centro de la cavidad quística, se excava con ella y se le desliza por debajo del quiste liberando su cápsula del resto de su adherencia al hueso y levantandola de su cripta ósea.

De encontrarse alguna dificultad al tratar de retirar el quiste de la cavidad a través del alvéolo, se deja la cure

ta y se emplea una pinza de mosco para tomar la pared quística. (fig. 16)

La cavidad debe ser examinada después con sumo cuidado para asegurarse la eliminación completa de la membrana quística, para ello es esencial una cánula de succión y buena luz.

b) Técnica en quistes grandes:

Los quistes periapicales voluminosos deben ser marsupializados si se piensa que la enucleación podría:

- 1) producir fistulas que llegaran al seno maxilar o a la cavidad nasal
- 2) traer como resultado pérdida o desvitalización de otros dientes que no sean los ya comprometidos
- 3) traumatizar haces neurovasculares
- 4) provocar una fractura.

La marsupialización u operación de Parnsch consiste en - convertir la cavidad quística en parte de la cavidad bucal. (fig. 17)

Los quistes periapicales de gran tamaño revelados por -- exámen radiográfico casi siempre parecen afectar varios dientes. Sin embargo, es en extremo importante que solo sean extraídos o tratados los dientes sin vitalidad. La vitalidad - de los dientes solo puede ser establecida mediante un cuidado so control con un detector eléctrico para pulpa dental.

Aún en algunos casos de dientes sin vitalidad es conveniente, a la vez de una buena práctica, empastar los canales

radiculares y conservar tales dientes. En algunas ocasiones el quiste es enucleado y se lleva a cabo una apicectomía. El espacio que rodeaba al diente será eventualmente relleno -- por hueso.

Al proceder a la eliminación de quistes radiculares voluminosos es necesario realizar un gran colgajo mucoperióstico para descubrir el hueso alveolar por encima de la zona quística. Se practica la osteotomía, hasta que la ventana halla adquirido un tamaño adecuado para el quiste de que se trata. - El quiste se extrae después mediante una cureta que pueda caer en la cripta. Se emplea una cureta grande para no perforar la pared quística. (fig. 13)

Una vez extraído el saco epitelial se procede a examinar la cavidad, alisar la apófisis alveolar e irrigar el lugar -- con suero fisiológico. Se coloca en su sitio el colgajo y se procede a suturarlo con seda negra.

A medida que tiene lugar la granulación de los tejidos - la cavidad puede ser irrigada para mantenerla limpia, con una solución de Dakin diluida.

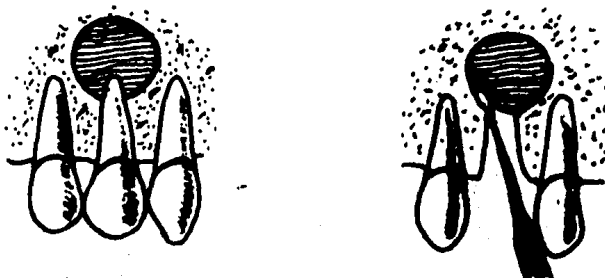


FIG. 16. Extirpación de quistes pequeños, a través del alvéolo.

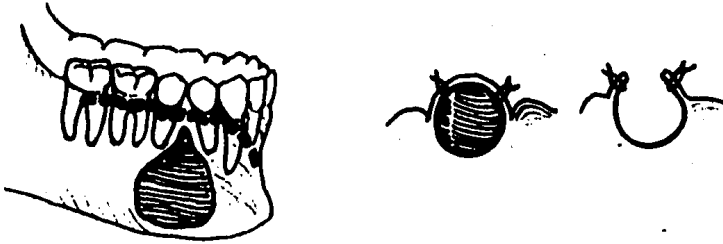


FIG. 17. Marsupialización de un quiste grande.

COLGAJO MUCOPERIOSTICO

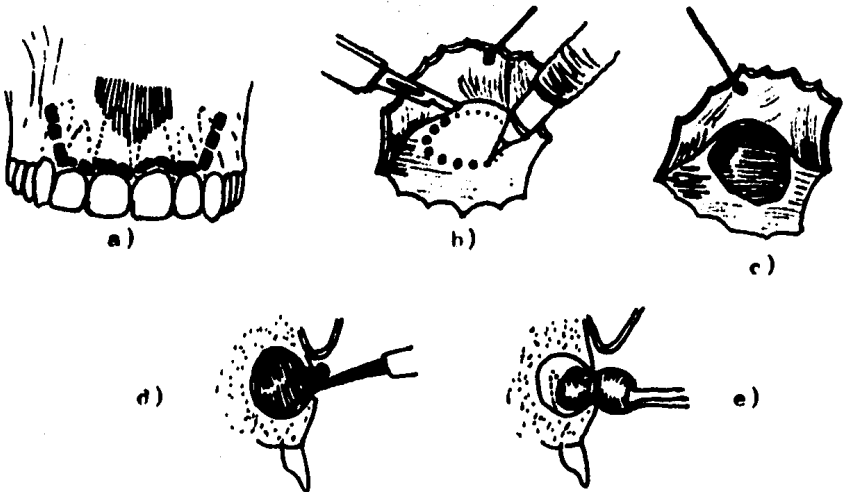


FIG. 18. Enucleación de un quiste voluminoso.
 a) Incisión b) Perforaciones con fresa en la pared cortical c) Ventana ósea d) Separación de la pared quística e) Eliminación del quiste.

4.5. CIRUGIA PREPROTETICA

4.5.1. FRENECTOMIA

A veces es necesario suprimir el frenillo labial superior o el lingual. Los otros frenillos solo plantean problemas quirúrgicos en contadas ocasiones.

Cuando hay una adherencia baja del frenillo labial, si se usa anestesia local, se infiltra en el frenillo en su origen e inserción, se inyectan lentamente 0.5 cc. en cada punto se esperan cinco minutos.

Se levanta el labio y se coloca una pinza hemostática paralela a la superficie labial del borde alveolar y en contacto con la mucosa que cubre la superficie labial de la apófisis alveolar, se cierra la pinza hemostática sobre las fibras del frenillo. Se levanta el labio hacia arriba y afuera hasta que forma un ángulo recto con la superficie labial del hueso alveolar. Se coloca una segunda pinza hemostática paralela al labio elevado y traccionado (en ángulo recto con la primera pinza); se pinza éste instrumento sobre las fibras del frenillo donde éstas se introducen en el labio, y se extienden los mordientes de la pinza hasta el fondo del surco vestibular.

Las puntas de los mordientes de las pinzas hemostáticas deben tocarse mutuamente; el frenillo labial entre ellas forma una V invertida. Se debe sostener absolutamente quietas las pinzas, sin ejercer tracción.

Con un bisturí Bard-Parker número 11 se corta el tejido inmediatamente adyacente a los hemostátos desde debajo de ellos y se separan los instrumentos junto con el frenillo.

Se unen los bordes de la herida poniendo el primer punto de sutura en el centro de la incisión y después se colocan los demás puntos necesarios sobre la parte labial, a continuación se sutura la porción alveolar. (fig. 19)

Se coloca una capa de 2 cm. de gasa yodoformada gruesa entre la superficie labial del borde alveolar y el labio.

Se instruye al paciente para que mantenga éste apósito de gasa en su lugar, durante dos horas. Después de retirar la gasa, el paciente debe hacer enjuagatorios cada hora.

Los pacientes desdentados con anquiloglosia (lengua atada) no solamente presentan dificultades en el habla, sino que también el frenillo corto con su inserción vecina a la cresta del reborde maxilar inferior, impide el asiento y retención de la prótesis inferior durante el lenguaje o la masticación.

La anquilotomía (frenectomía lingual) se realiza con anestesia local o general. Si es local, debe hacerse un bloqueo bilateral del nervio lingual. La infiltración local de la solución anestésica no es conveniente, pues distorsiona los tejidos impidiendo una línea de incisión precisa.

Después de lograda la anestesia (la punta de la lengua debe estar insensible), se mantiene abierta la boca y se sujeta la lengua con una ligadura cuya punta se pasa a través del

punto medio de la lengua, a 1 cm. de la punta para sostener - la lengua hacia arriba durante la operación (punto de trac--- ción).

El frenillo lingual corto y/o el músculo geniogloso se - ponen tensos por la tracción de la sutura lingual; con tije-- ras rectas bien afiladas se corta a mitad del camino entre la punta de la lengua y su origen en la superficie lingual de la sínfisis mandibular. El corte se dirige hacia atrás, parale- lo al piso de la cavidad bucal, en una longitud de 4 a 5 cm. ó hasta que la punta de la lengua pueda tocar las superficies linguales de los dientes superiores anteriores con la boca a- bierta. El corte del frenillo a éste nivel evitará que se -- traumatise la carúncula salival y los conductos salivales sub maxilares que están debajo de los bordes cortantes de la tije- ra. Si es necesario se secciona el músculo geniogloso además del frenillo lingual. Los bordes laterales de la incisión -- son socavados con las tijeras.

Se sutura con seda negra 3-0 y una aguja curva, se apro- ximan los bordes del corte de la mucosa en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua. Así la incisión horie- zontal se torna vertical. Se utilizan suturas discontinuas - distantes 1 cm. entre sí. (fig. 20)

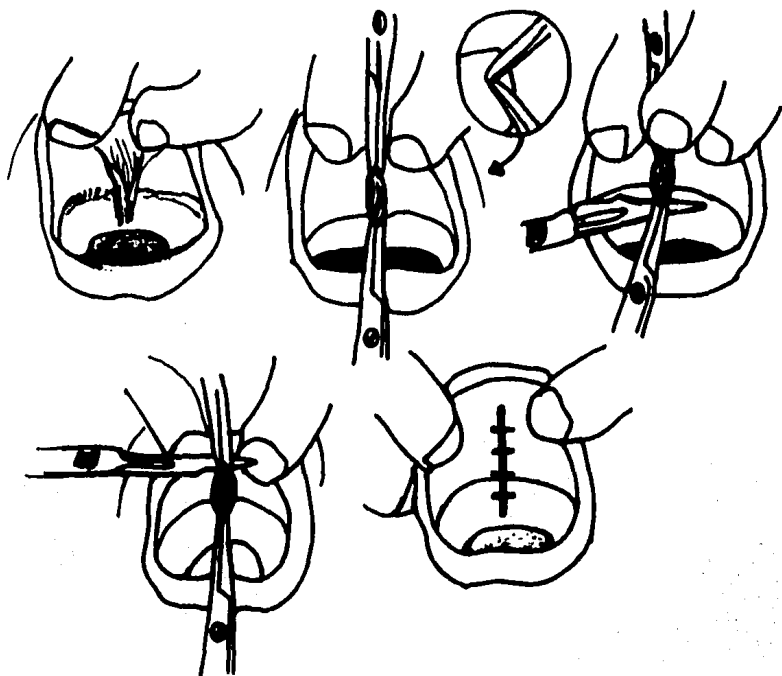


FIG. 19. Frenectomia. Notesé como pasa el bisturí por debajo de los hemostátos.

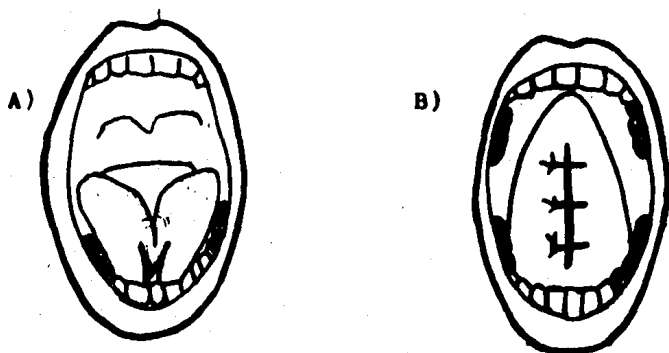


FIG. 20. Anquilotomía. A) Lengua atada B) Lengua después de la intervención, toca las caras palatinas de los incisivos superiores con la boca abierta.

4.5.2. FIBROMATOSIS DE LA TUBEROSIDAD

Las tuberosidades fibrosas voluminosas del maxilar superior desdentado o zonas del tercer molar inferior, reducen el espacio intermaxilar en tal extensión que puede resultar imposible la construcción de prótesis eficientes.

Aunque el espacio intermaxilar no sea interferido, estas voluminosas fibromatosis tienen tales profundas depresiones - por vestibular y ocasionalmente por palatino, que impiden la extensión del flanco vestibular de la prótesis u obstruyen la adecuada estabilidad palatina y el sellado posterior del aparato.

A veces en casos de personas parcialmente desdentadas, la tuberosidad es tan amplia que interfiere en la masticación y así se traumatiza e inflama.

A causa de que la fibromatosis de la tuberosidad es tan densa, la mucosa dura puede ser confundida con hueso.

Se hará un exámen radiográfico de las tuberosidades antes de la cirugía, para determinar que es un tejido denso, duro, semejante a cartilago, o si se trata de un tercer molar - retenido ó hueso. Si bien todo esto requiere reducción quirúrgica, la técnica varía en cada situación.

A veces, si la radiografía revela el piso del seno maxilar próximo al reborde alveolar y a la tuberosidad, la cirugía para reducir la altura o el ancho y eliminar las retenciones daría por resultado una apertura del seno, y de ésta mane

ra está contraindicada la intervención.

La tuberosidad se corrige fácilmente extirpando sucesivamente cuñas de tejido.

Se hace una incisión elíptica a lo largo de la cresta -- del borde y se extirpa una cuña de tejido en forma de "V", con el vértice de la cuña en la superficie de la cresta alveolar.

Después se excavan las mucosas palatina y vestibular para extirpar cuñas de tejido con el vértice hacia la incisión de la cresta alveolar y la base en el hueso. Las cuñas vestibulares y palatinas se liberan del hueso con un elevador de periostio, extirpándose éste junto con el tejido fibroso.

Los dos colgajos restantes de tejido, de unos 3 mm. de espesor en los bordes, se comprimen fácilmente en su sitio sobre la cresta alveolar.

Si los colgajos se superponen, se corta el exceso de tejido para que los bordes queden adosados por las suturas y se logre una curación por primera intención.

Se cierran las heridas por sutura continua con seda negra. (fig. 21)

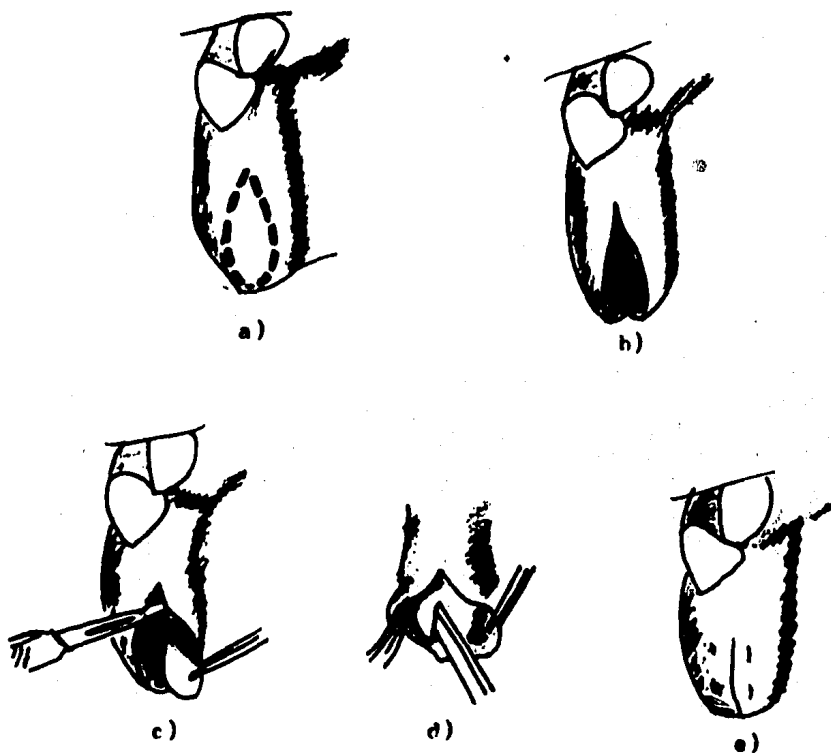


FIG. 21. Fibromatosis de la Tuberosidad.
 a) Incisión elíptica b) Extirpación de la
 primera cuña de tejido c) Eliminación de
 una cuña palatina d) Eliminación de una -
 protuberancia ósea vestibular e) Sutura.

4.5.3. PAPILOMATOSIS

La papilomatosis es una afección que se observa en el paladar, como resultado de un trauma generalmente en la zona de alivio debajo de las bases de las dentaduras completas.

Se desarrollan pequeños crecimientos multinodulares, papilomatosos de textura guijarrosa o granular.

Ocasionalmente se llega a observar en pacientes que conservan los dientes y cuya boca tiene una bóveda palatina muy elevada y con signos de escasa higiene oral.

Se ha sugerido que éste tejido, generalmente muy vascularizado y de aspecto irritado, representa una alteración histica premaligna.

Si el paciente se abstiene de llevar la dentadura durante 7 a 10 días, cede el enrojecimiento y los numerosos papilomas de pequeño tamaño se encogen pero no desaparecen.

El tejido se ha de extirpar, de lo contrario proliferará debajo de una nueva dentadura, porque se acumulan residuos y se multiplican las bacterias en los huecos y hendiduras de la superficie papilomatosa abollonada.

Hay muchos métodos aceptables para extirpar este tejido, se puede eliminar toda la zona afectada por raspado con una -cucharilla afilada de Molt o alisandola con una fresa redonda grande, también puede extirparse por disección cortante o e--lectrocirugía.

Aunque la operación puede hacerse con bisturí, la facili

ta el empleo de cureta antral o buril de vulcanita en mango.

Con cualquier método que elija el dentista, la disección debe permanecer sobre el periostio y el área debe cubrirse -- después de la operación con una tablilla.

Generalmente, bastará la antigua dentadura del paciente si se la cubre con un acondicionador tisular, como de hacitra cina de cinc.

Se permite que la férula permanezca en su lugar para permitir buen inicio de formación de tejido de granulación. Se cambia el apósito cada semana bajo anestésia tópica para permitir la curación por granulación y epitelización secundaria.

Posoperatoriamente, si el dolor es muy intenso se recetará un analgésico narcótico.

Puede producirse hemorragia postoperatoria durante 5 a 7 días cuando las escaras se ablandan y caen durante la comida o al tomar medidas de higiene bucal. Esto se controla presionando la férula o con una compresa saturada en solución de hipoclorito sódico o anestesiando el paladar adyacente al sitio de hemorragia, para lograr presión sobre los vasos y efecto vasoconstrictor.

Se requieren de 3 a 5 semanas de curación antes de iniciar el período de construcción de la nueva dentadura.

(fig. 22)

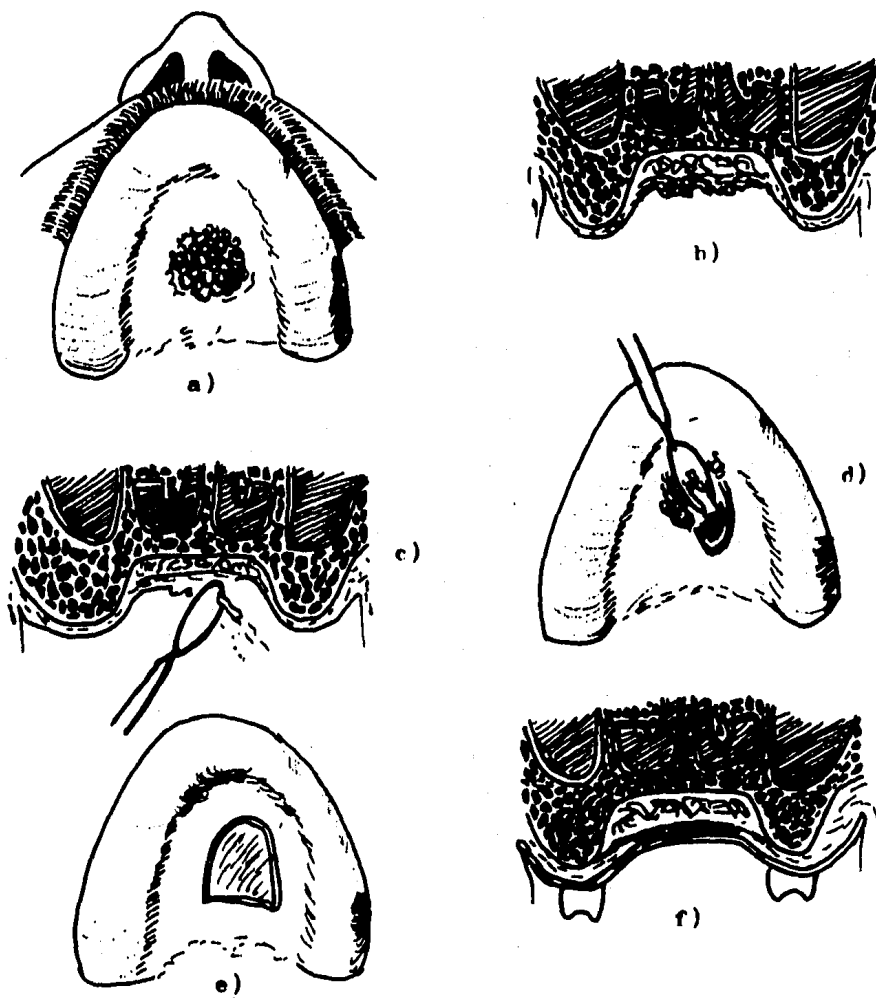


FIG. 22. Papilomatosis. a) Superficie papilomatosa b) Vista transversal c) y d) Extirpación de la superficie papilomatosa por medio del asa radioquirúrgica e) Zona cruenta de la superficie palatina f) Vista transversal con la dentadura colocada después de la intervención.

4.5.4. TORUS

Los torus no tienen importancia patológica, pero se deben extirpar pues pueden llegar a ser el punto de apoyo de una dentadura y la mucosa que queda encima puede ulcerarse.

El torus está formado por hueso cortical denso, duro, que no se reabsorbe, y está cubierto por una mucosa muy delgada que se lesiona con facilidad.

Los torus pueden ser sesiles o pedunculados y pueden variar en elevación, algunos se palpan muy ligeramente, mientras otros alcanzan 1 cm. ó más.

Cualquier torus que tenga más de 3 mm. de elevación debe extirparse antes de hacer prótesis completa o parcial removible.

a) Técnica para la extirpación del Torus Palatino

Se anestesia la región por bloqueo extenso bilateral palatino o por infiltración entre el polo anterior del torus y los incisivos. Si el torus se extiende hacia el borde posterior del paladar duro, tal vez sea necesario infiltrar unas gotas de solución anestésica en su zona distal.

Se traza una incisión en la línea media del paladar y se prolonga en ambos extremos en forma de "Y", con ramas de 1 cm de longitud.

El levantamiento del colgajo es en extremo difícil porque la membrana es completamente delgada y fácilmente se perfora.

Cuando el colgajo ha sido levantado hacia la periferia - del torus, la membrana mucoperiostica se torna más densa y se eleva con mayor facilidad. Una vez elevados los colgajos, se les puede sostener con suturas a los dientes adyacentes o mediante un periostótomo ancho.

Después se corta el torus expuesto, en sentido vertical y luego en sentido horizontal con una fresa de fisura o redonda, formando una especie de enrejado de muestas. Los distintos nódulos se eliminan apoyando en los surcos una gubia o un cincel amplio para hueso o bien con un escoplo de un solo bicele; y se van retirando poco a poco fragmentos de hueso.

El pequeño reborde de torus que queda y las espículas -- que sobresalen se rebajan con una fresa redonda grande del número 6 u 8 y finalmente se alisan con una lima para hueso.

Se irriga la región a presión con solución fisiológica.

Al reubicar el colgajo, se advierte que no es tan largo como lo era al principio, porque los colgajos poseen cualidades elásticas, de manera que se acortan algo. Las porciones que exceden son eliminadas con tijeras, y después se aproximan los bordes y se suturan en posición.

A continuación se aplica una férula acrílica previamente preparada, revestida con un acondicionador de tejido para mantener éste en íntimo contacto con el paladar durante la cicatrización y para prevenir la formación de un hematoma.

(fig. 23)

b) Técnica para la extirpación del Torus Mandibular

Estas excrescencias óseas se encuentran sobre la superficie lingual de la mandíbula, en la región de caninos y premolares. Su tamaño varía mucho, desde un guisante hasta el de media nuez, y pueden ser aisladas o múltiples.

En los pacientes que conservan la dentadura natural son más difíciles de extirpar que en los pacientes desdentados.

No obstante, está indicada su extirpación si dificultan la colocación de una prótesis inferior removible.

Se debe higienizar la boca con una solución antiséptica antes de hacer la incisión.

Se hace la incisión en el surco gingival en los puntos donde existen dientes y a lo largo de la cresta alveolar en las zonas edéntulas. Las papilas interdenciales se retraen junto con el colgajo para facilitar el cierre.

Las incisiones deben ser lo suficientemente largas para proporcionar exposición adecuada y permitir retracción suficiente del colgajo para evitar lesionarlo cuando se despegue para invertirlo alrededor de la superficie inferior, ya que la mucosa lingual es fina y fácilmente se perfora.

Se coloca una gasa en el campo operatorio, entre el colgajo lingual, el cuerpo de la mandíbula y el espacio quirúrgico que se extiende debajo del torus. Esto evitará que el hueso reseca se pierda en las estructuras profundas del piso de la boca.

El torus se puede amputar con una fresa como el torus palatino, o cortarlo al ras de la superficie lingual por medio de una fresa de fisura número 704.

Los torus pequeños se pueden alisar completamente con una fresa de fisura montada en una pieza de mano de alta velocidad, y acompañada de una abundante irrigación.

Después se irriga cuidadosamente, se remueve la gasa de la profundidad del campo operatorio.

Se coloca el colgajo en su lugar, y si los bordes se superponen se recortan con tijeras curvas de Mayo, hasta que los bordes se aproximen. Después se hace una sutura continua o discontinua para cerrar la línea de incisión.

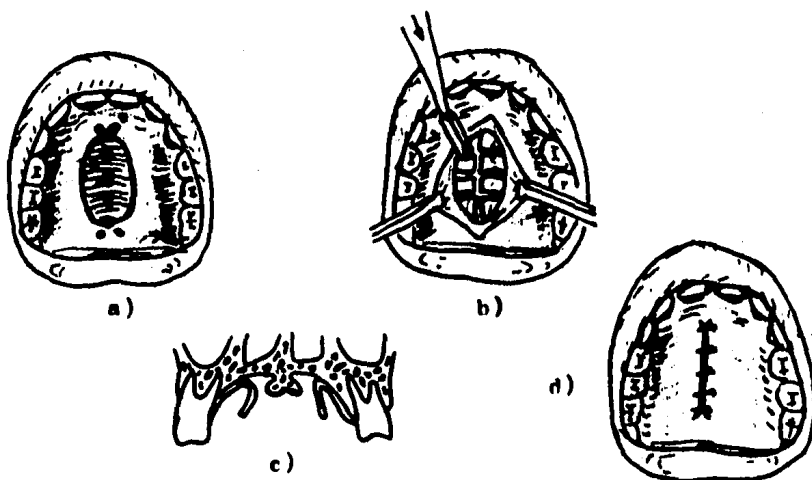


FIG. 23. Torus Palatino. a) Incisión vertical con extremos en Y b) Corteo con fresa en forma de surcos c) Vista transversal d) Sutura.

4.5.5. ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia es la intervención quirúrgica para dar forma al reborde alveolar y prepararlo para el soporte de la prótesis.

En casos de alveoloplastia la guía principal debe ser la tendencia conservadora, solo eliminando las protuberancias y bordes afilados.

Después de extracciones múltiples, se examinan placas alveolares bucales y hueso interseptal para buscar protuberancias y bordes afilados, el mucoperiostio será levantado con un periostótomo a una profundidad mínima de 10 mm. desde la línea gingival, todo alrededor de la zona que será delineada.

El colgajo se retrae delicadamente y se coloca el borde de una compresa de gasa entre el hueso y el colgajo. Se colocan unas pinzas de gubia universales, de lado, a la mitad del alvéolo vacío y la placa alveolar labial, se reseca para lograr una altura uniforme en todos alvéolos, comenzando por la región de los incisivos centrales y se dirige hacia la parte más distal del reborde alveolar.

Las pinzas se colocan entonces en ángulo de 45° sobre la cresta interseptal, con un hocado en cada alvéolo y se elimina la punta interseptal labial, este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas interseptales.

Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorrágia.

Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso. Se eliminan las partículas sueltas, se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso, y se frota un dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alvéolo está liso.

Se coloca el colgajo en su sitio, se aproximan los bordes, se observa la cantidad de tejido blando superpuesto y se elimina con tijeras, se coloca el colgajo en su sitio de manera que el tejido blando esté sostenido por hueso interseptal.

Es preferible la sutura continua con seda negra 3-0, pero si se desea puede realizarse sutura discontinua. (fig. 25)

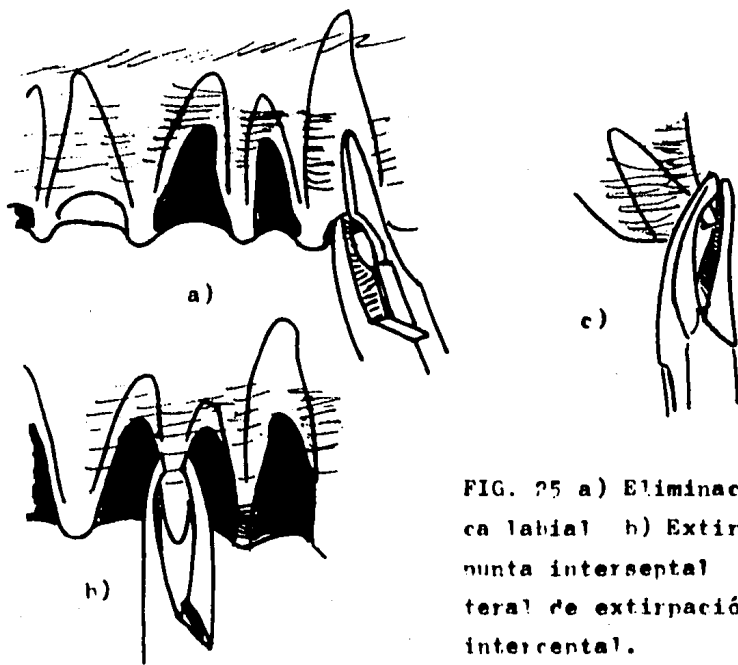


FIG. 25 a) Eliminación de placa labial b) Extirpación de punta interseptal c) Vista lateral de extirpación de punta interseptal.

La alveoloplastia también se realiza algunas veces, en -
 pacientes parcialmente desdentados, que requieren la extrac-
 ción de las piezas dentales restantes, y cuyas últimas extrac-
 ciones se efectuaron bastante tiempo atrás, o bien la extrac-
 ción de un solo diente. (fig. 26)

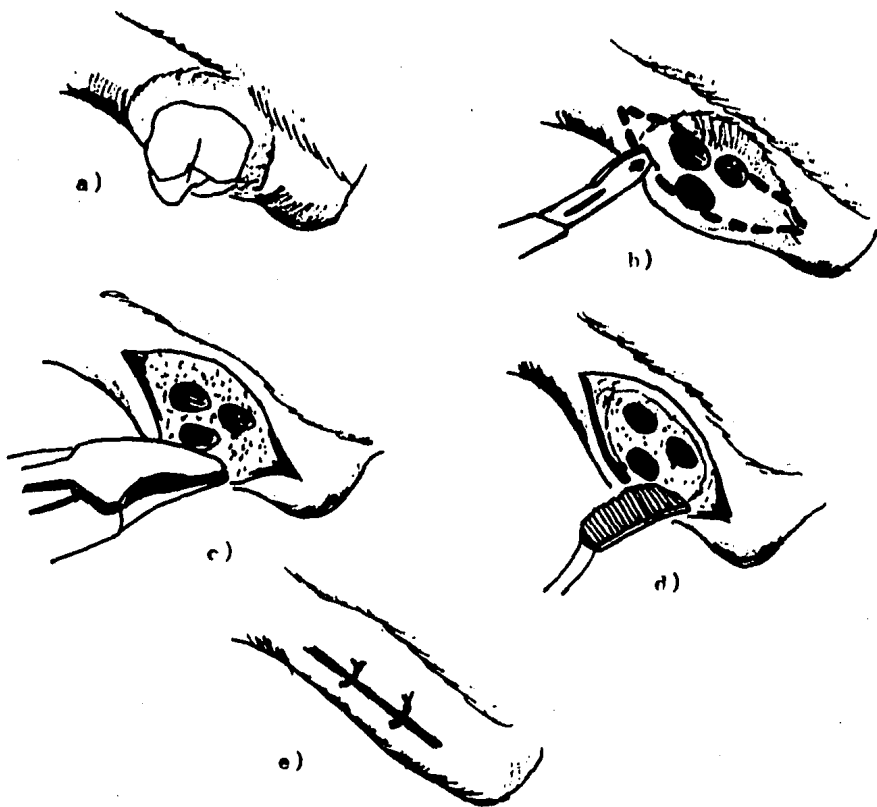


FIG. 26. Alveoloplastia de un solo diente. a) Diente aislado con hueso alveolar alto b) Incisión en forma de cuña c) Reducción ósea con pinzas de gubia d) Alisado con lima ósea e) Sutura.

4.6. INDICACIONES POSTOPERATORIAS AL PACIENTE

La asistencia postoperatoria de los pacientes en Cirugía Bucal es muy importante. Las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más aún mantener la herida limpia. Pero afortunadamente, el abundante aporte sanguíneo de los tejidos bucales es una gran ayuda en el proceso de curación, con la condición de que no se descuide la buena asistencia postoperatoria.

a) Apósitos de gasa: Al terminar la operación deben colocarse apósitos de gasa húmedos y ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido reflejadas. Esto evita la acumulación de sangre bajo el colgajo y limita la sangre a la herida mientras se efectúa el colgajo.

El paciente debe dejar los apósitos en su sitio durante 30 a 45 minutos después de abandonar el consultorio. Si el escurrimiento continúa después de quitar los apósitos, deben colocarse nuevos durante otros 30 a 45 minutos. Esto puede repetirse 4 veces, pero si el sangrado aún continúa, debe consultarse al dentista. Debe informarse al paciente que mu-chas veces las heridas intrabucales pueden abrirse debido al movimiento de los tejidos y presentar escurrimiento periodocamente, pero que éste escurrimiento no es grave.

b) Compresas calientes y frías: Debe aconsejarse al paciente que coloque hielo envuelto en tela o compresas frías -

sobre la cara en la zona operada, durante las 8 horas siguientes a la intervención. El hielo debe aplicarse a la cara durante 20 min. y quitarse durante otros 10, en forma alternada

A veces, si se ha extraído un diente con absceso agudo, el dentista puede prescribir la aplicación continua de compresas calientes a la cara, según sea necesario.

El frío es para reducir al mínimo la inflamación; el calor se supone que aumenta la circulación.

c) Higiene bucal: Se le advierte que no debe escupir, ni enjuagarse la boca durante las primeras 12 horas después de la operación. Esto es difícil de cumplir, pero la prohibición evitará que el paciente escupa y se enjuague en forma excesiva.

La lengua y los dientes que quedan, no afectados por la operación, deben cepillarse a la hora de acostarse, se recomienda algún cepillo de cerdas suaves y pulidas. Esto limpia la boca de sangre y proporciona una sensación de fresca y limpieza que hará que el paciente se sienta más cómodo.

Al día siguiente el paciente puede empezar a enjuagarse la boca, empleando cualquier enjuagatorio que él mismo escoja o la cuarta parte de una cucharada de sal en aproximadamente 180 ml. de agua caliente. El enjuague no debe ser vigoroso.

d) Dieta: El paciente debe recibir instrucciones explícitas acerca de mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos tales como gelatinas, flanes, natillas, leches, so

nas, etc. debe evitar los alimentos muy condimentados y calientes, refrescos, alimentos enlatados y el tabaco.

La ingestión de bebidas alcohólicas no se recomienda, ya que el alcohol actúa como vasodilatador.

Se recomiendan algunos sorbos de bebida carbonatada, ya que es útil para soslayar episodios de náuseas y vómitos que se producen al ingerir una pequeña cantidad de sangre.

El paciente debe volver a su dieta normal tan rápidamente como le sea posible.

e) Actividad física: Debe evitarse el trabajo físico extenuante y los deportes. No debe intentarse inmediatamente después de la intervención, trabajos que haga necesaria una precisión mecánica o un alto grado de concentración.

f) Medicación postoperatoria: Todo paciente debe recibir una receta para analgésicos, ya que el dolor no es del todo previsible, y debe ser por una cantidad de droga para 48 horas. Los antibióticos pueden recetarse como medicación sistémica en el periodo postoperatorio de algunos procedimientos y en pacientes en los cuales sea aconsejable la profilaxia.

Muchas preparaciones enzimáticas como hialuronilasa, estreptocinasa, tripsina y enzimas proteolíticas vegetales, son útiles para prevenir o reducir el edema y acelerar la resorción de hematomas.

Habrán otro tipo de indicaciones, dependiendo del caso en particular.

CAPITULO 5

ACCIDENTES IATROGENICOS Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Cuando un paciente se somete a una intervención quirúrgica, se producen algunas veces accidentes iatrogénicos, los cuales pueden ser debidos a la zona anatómica en que se está operando o bien a un descuido por parte del operador.

Cuando se presenta alguna complicación postoperatoria, es necesario reconocer la naturaleza de ésta, y tratarla de manera eficaz, aunque lo ideal es prevenir tanto los accidentes iatrogénicos como las complicaciones postoperatorias.

5.1. ACCIDENTES IATROGENICOS

Las complicaciones que se presentan durante la intervención quirúrgica pueden ser algunas veces accidentes debidos a que la operación involucra alguna zona anatómica importante; y otras tantas, por iatrogénias por parte del Cirujano Dentista.

A continuación se presentan algunos de los accidentes -- iatrogénicos que con mayor frecuencia se presentan.

5.1.1. LESION DEL SENO MAXILAR O ANTRO DE HIGHMORE

Existe la posibilidad de que el seno maxilar sea abierto sin que el dentista se de cuenta de ello y sin que se produzcan consecuencias desagradables.

Las lesiones al seno maxilar pueden ser: la perforación del piso y la penetración de dientes o restos radiculares al seno maxilar.

La perforación del piso del seno maxilar aumenta en porcentaje conforme la edad del paciente, debido al desarrollo del seno, quedando en el adulto en ocasiones solamente una lámina papirácea de hueso entre el seno y las raíces de los molares.

Ocasionalmente el seno del maxilar ocupa desde los premolares hasta el tercer molar, por lo que deben examinarse bien las radiografías y extremar precauciones en el empleo de elevadores y fórceps y antes de efectuar un tratamiento.

Cuando el dentista descubre que ha penetrado en el seno, pero no se ha forzado el paso de ninguna raíz en él, debe asegurarse de no contaminar el seno maxilar. Si la perforación es apical o muy pequeña, debe dejarse que se forme el coágulo perfectamente y suturar los colgajos de la manera usual, colocar una compresa de gasa sobre el alvéolo y se le indica al paciente que ha de evitar la tos, los estornudos, sonarse la nariz y fumar durante 8 horas, para impedir el desplazamiento del coágulo. Se ha de dejar la gasa durante 1 ó 2 horas en -

en su sitio y no debe hacer enjuagues durante el resto del -- día.

En caso de que la exposición sea amplia debe suturarse -- inmediatamente para evitar que la saliva y los gérmenes pene-- tren en el seno.

Generalmente el alvéolo no cubre por completo la cavidad por lo cual está indicada la alveoplastia para evitar la en-- trada de gérmenes o la comunicación antrobucaal.

Cuando no se ha conseguido que se forme un buen coágulo, se puede colocar una pequeña porción de gelfoam, surgicel, u otro medicamento similar, en la porción apical cerca de la -- perforación, se realiza la alveoplastia y se sutura.

Es importante medicar con antibióticos y prescribir go-- tas nasales de Neosinefrina (0.25%) para facilitar el drenaje del seno por la nariz, y observar un régimen alimentario que no provoque trauma al tejido cicatrizal.

Otros accidentes, que son menos frecuentes que la perfo-- ración del seno, son la penetración de dientes o restos radi-- culares al seno maxilar, y suelen suceder mientras se intenta su extracción.

Es mucho más factible introducir al seno un ápice que un diente completo, sin embargo el diente que con mayor frecuen-- cia es impactado al seno es el tercer molar de raíces cónicas y el segundo premolar.

El intentar la extracción de un tercer molar parcialmen--

te erupcionado por medio de fórceps es muy peligrosa.

La raíz que con mayor frecuencia se puede desplazar hacia el seno es la raíz palatina del primer molar, si llegará a fracturarse ésta raíz, no se aconseja removerla por vía alveolar, ya que ésto bastaría para impulsar la raíz dentro del seno, lo más indicado es efectuar un colgajo.

Los signos y síntomas inmediatos de una raíz dentro del seno son los mismos que se presentan asociados a una fistula antrobuca: epistaxis, flúidos que van de la cavidad oral a la ventana nasal correspondiente al lado afectado, e incapacidad de succionar.

Los síntomas tardíos son los de sinusitis aguda o crónica con o sin fistula orontral, y ocasionalmente el paciente está libre de síntomas.

La desaparición del resto radicular, no supone forzosamente que se encuentre en el seno maxilar. Para el diagnóstico se procederá como sigue:

Se palpan los tejidos blandos de la región bucal que corresponden con la raíz en su posición original.

Se examina minuciosamente el piso de la cavidad oral, -- los bordes del alvéolo, y cualquier otra zona que pudiera ajar el resto radicular.

Se indica al paciente ocluya su nariz con los dedos pulgar e índice y trate de expulsar el aire a través de la cavidad nasal con moderada presión. Si existe comunicación oroen-

tral pasará aire a través del alvéolo a la cavidad oral, produciéndose burbujas en él.

Un exámen radiográfico que comprenda el suelo del seno y la zona inmediata y zonas adyacentes al campo operatorio, nos indicará la ubicación exacta de la raíz.

Si la pared del seno está intacta, el resto radicular -- puede estar alojado entre la membrana y el suelo óseo del seno; o puede estar debajo del mucoperiostio bucal; o tal vez se ha sacado de la boca por succión o con una gasa.

Si la raíz está definitivamente en el seno, la vía de elección para su búsqueda es siempre la vestibular, la vía alveolar es antiquirúrgica.

El acceso quirúrgico es de la siguiente forma:

Se trazan dos incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre, ésta incisión coincidirá con las lenguetas mesial y distal del alvéolo que se está considerando.

Se desprende el colgajo, y una vez expuesto el hueso, se calcula por medio de la radiografía la altura a que se encuentra el piso del seno y por lo tanto la raíz que se quiere extraer.

Se practica la osteotomía de la tabla externa ya sea a escoplo o con fresa, con ésta maniobra generalmente la mucosa sinusal queda abierta; en caso contrario se le incide con un bisturí para poder llegar al interior del antro.

Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior,

se busca la raíz, una vez encontrada se le toma con una pinza larga, o con una cucharilla para hueso, también se puede extraer con una cánula de succión.

Cuando la raíz ha estado por poco tiempo, la cavidad estará limpia, pero cuando ha estado por largo tiempo en el seno puede haber engrosamiento de la mucosa, pólipos en la región, y ocasionalmente secreción mucopurulenta.

Se limpia el seno de pólipos y se lava con solución salina tibia y se sutura con puntos aislados, con seda.

Para que la perforación vestibular y la alveolar se obturan, la boca del alvéolo se cubre con tejido gingival, se desprende la fibromucosa por bucal y palatino, así es posible alargar el telón gingival para obturar el alvéolo. A veces será necesario resecar el hueso del borde alveolar para que la fibromucosa pueda cubrir el alvéolo.

Una sutura cierra la boca del alvéolo y otros dos puntos afrontan los labios de la encía hacia distal y mesial.

Para prevenir la infección es útil el empleo de antibióticos durante diez días.

El ostium astral debe preservarse con la acción astringente de algún antihistamínico, por medio de inhalaciones nasales o gotas para facilitar el drenaje fisiológico normal -- del antro.

5.1.2. FRACTURA DEL HUESO VESTIBULAR Y DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR

Generalmente es posible evitar la fractura del hueso de sostén, durante alguna extracción, precisando bien el problema quirúrgico antes de intervenir.

Si el diente no se mueve con facilidad, se extraerá por medio de un colgajo, y extirpación del hueso marginal, y tal vez sea necesaria odontosección si tiene varias raíces. Si en alguna ocasión, el hueso está adherido al diente que se intenta extraer, y el hueso ya se ha separado bastante del periostio, es mejor extraer el fragmento óseo con el diente.

Después se han de alisar los bordes óseos, se irriga la herida y se colocan puntos de sutura si es necesario.

Por lo general al extraer un tercer molar superior se llega a fracturar la tuberosidad o parte de ella, en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar dejando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere un tratamiento apropiado.

Cuando se fractura la tuberosidad y no es posible separarla del diente, sin romper su adherencia con el periostio, se extrae el diente y la tuberosidad, se alisan los borde, se irriga la herida y se sutura la mucosa, sobre el hueso para a ayudar a estabilizarlo, si se ha conservado adherido al menos la mitad del periostio, se puede confiar en la reinserción.

5.1.3. LESION DE TRONCOS NERVIOSOS

La lesión a troncos nerviosos es frecuente, al efectuar un tratamiento quirúrgico, o durante una extracción dentaria.

Estas lesiones pueden radicarse en los nervios superiores o inferiores, las más importantes son las que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior o mentoniano. El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en seccionamiento, aplastamiento o desgarró, lesiones que se traducen en neuritis, neuralgias o parestesias.

En las extracciones del tercer molar, especialmente de los retenidos, la lesión del nervio dentario es por aplastamiento del conducto, que se produce al girar el molar retenido, el ápice trazando un arco se pone en contacto con el conducto y aplasta el paquete nervioso, ocasionando parestesia definitiva, prolongada o pasajera según la lesión.

Cuando se realizan extracciones de premolares inferiores la raíz o los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete mentoniano, provocando neuritis o parestesia.

La recuperación del nervio lesionado es lenta, por lo que el daño causado puede durar meses o años, perdiendo el paciente la sensibilidad térmica, táctil y gustativa del lado lesionado.

Afortunadamente el nervio dentario inferior es básicamente sensitivo, por lo que los movimientos faciales y mandibulares no se ven afectados.

5.1.4. LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR

La luxación de la mandíbula consiste en la salida del cóndilo del maxilar, de la cavidad glenoidea.

Es un accidente raro que se produce en ocasión de la extracción de terceros molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes, puede ser unilateral o bilateral.

La luxación más común del cóndilo es la anterior y se observa por el uso imprudentes de abre bocas.

El cóndilo queda enclavado por delante de la eminencia articular de la apófisis cigomática, que le impide desplazarse hacia atrás.

El cuadro clínico es típico, la boca está abierta y se hace imposible el tratar de ocluir los dientes.

Cuando la luxación es unilateral, el maxilar está desviado hacia el lado sano.

La luxación posterior y superior del cóndilo es más raro que se presente como consecuencia de una complicación operatoria ya que son ocasionadas por golpes en el mentón.

El tratamiento de las luxaciones de la mandíbula es la reducción.

La reducción de las luxaciones recientes de la mandíbula se puede efectuar sin anestesia, se administra únicamente 15 mg. de morfina para aliviar el dolor y relajar los músculos elevadores de la mandíbula.

La mandíbula luxada puede volver a ser ubicada en su si-

tio, por medio de la maniobra siguiente:

Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la ar cada dentaria de la mandíbula, los dedos restantes sostienen la mandíbula. Se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos, un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás y la mandíbula se cierra al tiempo que el cóndilo retoma la cavidad glenoidea.

La boca tiende a cerrarse rápidamente, por lo cual el operador debe proteger sus dedos pulgares con gasas para que no resulten lesionados.

Se recomienda la inmovilización de la mandíbula para favorecer la curación de la cápsula distendida y a veces desgarrada y prevenir así recidivas.

En algunas ocasiones se utiliza vendaje durante dos o tres semanas para impedir que el paciente abra la boca demasiado.

5.1.5. HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA

La causa más común de sangrado es el traumatismo, y la cirugía infiere cierto grado de traumatismo.

Debe ponerse especial empeño en controlar el sangrado durante procedimientos quirúrgicos bucales, lo primero y más importante para lograr esto es adherirse a buenos principios quirúrgicos, especialmente a lo que se refiere a buena visibilidad del campo operatorio y manipulación cuidadosa de tejidos.

El elemento principal del tratamiento es la prevención, ya que la mayoría de los problemas hemorrágicos pueden ser superados adoptando medidas preventivas, y esto se logra por medio de una cuidadosa historia clínica, con la cual pueden identificarse algunas indicaciones de que un paciente en particular pueda presentar un problema de sangrado.

El paciente puede tener un trastorno general, como enfermedad vascular periférica, y estar tomando anticoagulante, o tener un trastorno hematológico con tiempos de sangrado y coagulación anormales, en éstos casos debe consultarse con el médico general del paciente.

El hipertenso puede presentar problemas de sangrado durante la operación, en éstos individuos antes de la operación se ha de comprobar la presión sanguínea, ya que puede sufrir un aumento a consecuencia de la preocupación.

Generalmente es útil la administración preoperatoria de

hipnóticos, pues reduce la presión y facilita la intervención

En aquellos pacientes con presión sistólica mayor de 160 mm de Hg o una diastólica mayor de 100 mm de Hg. se han de remitir a consulta médica antes de la intervención.

Otros signos preoperatorios de alarma acerca de posible complicación de sangrado son:

1) Coloración rojo brillante o azulada de la mucosa bucal en el área quirúrgica, que indica inflamación y vascularidad aumentada o congestión vascular.

2) Evidencia radiográfica de canales nutrientes amplios en el hueso interdental.

3) Área de pérdida ósea periapical, que frecuentemente indica una masa de tejido de granulación.

4) Grán área radiolúcida, no asociada a raíces dentales que podrían indicar lesión vascular, que puede poner en peligro la vida, si el dentista intenta tratarla en consultorio.

Los procedimientos quirúrgicos deben planearse con gran cuidado, cuando se sabe que puede haber sangrado excesivo, - deben darse los siguientes pasos:

a) Si el tratamiento del paciente es con anticoagulantes no debe dejar de tomar la droga, pero el tiempo de protrombina debe ajustarse a una y media o dos veces superior al nivel normal.

b) La anestesia debe inducirse mediante un anestésico local que contenga 1:100 000 de adrenalina o su equivalente.

c) Debe aplicarse presión digital continua durante la operación y después de ella hacer que el paciente muerda un apósito de gasa.

Se empapan gasas limpias en agua caliente y se escurren hasta dejarlas húmedas antes de colocarlas. La humedad disminuye las náuseas y la irritación que a veces producen las gasas secas. Las compresas se han de cambiar cada hora durante las primeras seis horas, y luego según sea necesario para mantener el rezumamiento.

d) A veces, pueden colocarse trozos de gelatina absorbibles en cada alvéolo para ayudar a la coagulación.

e) Las suturas deben emplearse generosamente y atarse bajo tensión suficiente para causar palidez en los bordes del colgajo en el momento de suturar. Los colgajos deben suturarse de suerte que no queden superficies cruentas expuestas. Son preferibles los puntos aislados a la sutura continua para que no se afloje todo el colgajo si uno de los puntos corta el tejido.

f) El paciente no debe enjuagarse la boca ni beber líquidos calientes durante las 48 horas siguientes a la operación.

g) El paciente debe estar a dieta blanda durante 48 a 72 horas después de la operación.

Cuando la hemorragia es producida debido a la presencia de tejido de granulación, el sangrado se controla colocando una compresa de gasa sobre el alvéolo y aplicando presión du-

rante dos minutos. Se quita entonces la compresa cuidadosamente y se retira más tejido de granulación con la cureta, -- mientras el campo de visión permanece claro. Estos pasos pueden repetirse varias veces antes de que se quite todo el tejido patológico, y cuando se ha extirpado por completo termina el sangrado excesivo.

Los canales nutrientes del hueso alveolar y sus contenidos pueden lesionarse al contornear el hueso, produciendo un flujo sanguíneo profuso, que puede brotar en chorros, pero -- más a menudo es uniforme. El punto sangrante puede determinarse enjuagando el hueso interdental con una compresa o moviendo el casquillo de aspiración sobre la superficie. Cuando se ha localizado la abertura en el canal, el sangrado puede controlarse quemando o aplastando el hueso con delicadeza alrededor de la abertura hacia el canal. No debe aspirarse tal sitio después de que el sangrado ha sido controlado, porque el tapón de hueso y coágulos puede salirse del orificio y reaparecer el sangrado.

En personas de edad y en algunos jóvenes, donde el hueso interdental es delgado y quebradizo, pueden emplearse un portaaguja o pinzas de hemostásia para apretar con delicadeza el hueso del tabique en su cresta y así reducir la abertura del canal nutricio. Los bocados se colocan en los alvéolos adyacentes, se abren y cierran suavemente hasta que desaparece el sangrado.

Hay muchas áreas en las que al operar se encuentran grandes vasos sanguíneos.

Las arterias palatinas se seccionan rara vez, pero si esto ocurre, la hemorragia se controla pinzando con pinzas de hemostasia o ligando si es necesario. Si los vasos sanguíneos no pueden localizarse para pinzarlos, puede emplearse el "punto de lazo". Este es un punto que se coloca a través del tejido alrededor de un vaso, de modo que al anudarlo se comprime en el tejido el vaso y se detiene la hemorragia.

El punto de lazo no debe usarse excesivamente porque puede interrumpirse el aporte sanguíneo a un área de tejido lo suficiente para causar necrosis, esfacelos y curación retardada. El sangrado de la arteria dental inferior es poco frecuente, y se controla colocando una gasa en el alvéolo bajo firme presión durante varios minutos. Si el sangrado reaparece al quitar la gasa, o si se ha detenido, pero un toque delicado con un instrumento vuelve a iniciarlo, puede emplearse un agente hemostático reabsorbible, como celulosa oxidada.

5.2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

5.2.1. DOLOR

La experiencia del dolor es el problema más común, como consecuencia de cualquier intervención quirúrgica.

A consecuencia de las lesiones ocasionadas a las terminaciones nerviosas, músculos y órganos se provoca dolor, y éste puede continuar hasta que termina la regeneración tisular.

El grado o intensidad del dolor va relacionado directamente al grado de la lesión y al grado de la sensibilidad del paciente.

La percepción del dolor es un mecanismo protector que se presenta cuando un tejido es lesionado. Los receptores para el dolor, son las terminaciones nerviosas libres que se localizan en la piel, músculos y articulaciones, los tendones, du ra madre, periostio y paredes arteriales.

Otros estímulos que producen dolor son las temperaturas altas y bajas extremas y la falta de flujo sanguíneo en los tejidos.

Todas las personas tienen aproximadamente el mismo umbral para el dolor, pero la relación al mismo varía ampliamente de una persona a otra y depende de factores tales como: ex pe ri en ci as infantiles, estado emocional y antecedentes etno cu ltu ra le s.

El dolor puede tener diferentes características, pudiendo ser: sordo, agudo, taladrante, punzante, opresivo, lasi nan te, quemante, constante e intermitente.

El tratamiento del dolor es básicamente, inhibir la conducción del mismo, por medio de medicamentos analgésicos, que pueden ir desde no narcóticos hasta hipnóticos. Su uso dependerá del tipo y grado del dolor.

Para el dolor postoperatorio generalmente, emplearemos - analgésicos no narcóticos del tipo de pirazolonas, paraminofenoles, etc.

El dolor que aumenta de intensidad cuando cesa el efecto del analgésico, y que no responde a los analgésicos comunes, requiere una investigación. El dolor de éste tipo puede ser debido a la fractura o desviación de una lámina ósea interseptal, bucal o lingual, o a la presencia de un cuerpo extraño.

Se ha de administrar un anestésico local, tomar una radiografía y explorar el alvéolo. Si se descubre alguna causa del dolor se corrige.

Si no hay causa evidente, se prescribe un narcótico como la codeína (60 mg.) o la meperidina (50 mg.). Se puede tomar la medicación cada 4 a 6 horas, cuando se necesite calmar el dolor. 6 a 8 tabletas han de bastar para vencer la fase del dolor agudo producido por el trauma.

5.2.2. HEMORRAGIA

Frecuentemente el dentista se encuentra con el problema de controlar el sangrado postoperatorio.

El sangrado postoperatorio se divide en dos tipos: a) sangrado que ocurre durante las 24 horas siguientes a la operación, b) sangrado retardado, que ocurre después de 24 horas siguientes a la operación.

a) Sangrado Mediato: El sangrado puede tener su origen en restos de tejido de granulación, o producirse por el movimiento de segmentos de hueso alveolar fracturado o por rotura del coágulo a causa de enjuagarse, escupir o masticar vigorosamente. También es posible que el edema pueda distender los tejidos y romper un vaso sanguíneo pequeño que halla sido lesionado durante la operación.

Si el paciente llama por teléfono y explica que tiene hmorrágia, se le indica que se ponga una compresa de gasa estéril en el punto que sangra y que muerda para hacer presión en ella. Debe advertirsele al paciente que si el sangrado vuelve a aparecer al quitar la compresa de gasa después de 30 minutos, habrá que atendersele en el consultorio o en la sala de urgencias de un hospital.

En general el paciente aparece con la boca llena de sangre, hasta puede salir de la boca. Generalmente está excitado y aprensivo.

El primer paso es asegurar el dominio de la situación y -

colocarlo rápidamente en una posición confortable, de preferencia en decúbito supino. El dentista debe hacer una apreciación rápida de su estado general y estimar si la pérdida sanguínea ha sido suficiente para imponer reemplazo de líquidos. Si el paciente describe la cantidad de sangre perdida, debe investigarse si era sangre con coágulos grandes.

Si la estimación del volumen de sangre con coágulos es grande y el paciente está pálido, sudoroso, aprensivo, con pulso débil y presión sanguínea baja, entonces debe localizarse el punto de sangrado rápidamente, aplicarse presión haciendo que el paciente muerda compresas de gasa y empezar inmediatamente la administración de líquidos por vía intravenosa.

Debe examinarse cuidadosamente el área de sangrado retrayendo suavemente las mejillas y la lengua, se quitan todos los coágulos sanguíneos limpiando por aspiración cuidadosamente o con torundas de gasa. Esto se hace antes de administrar cualquier anestésico local, ya que el vasoconstrictor y la presión del volumen de solución inyectado detiene el sangrado antes de que se haya podido localizar el punto sangrante. Si el paciente está muy aprensivo, puede administrarse sedación intravenosa.

Tiene que conocerse el tipo de hemorragia, si es arterial, venosa o capilar, si procede de vasos intraóseos o tejido blando. Si la hemorragia proviene del tejido blando, sea de origen arterial o venoso, el vaso debe ligarse.

La hemorrágia capilar de los tejidos blandos puede ser tratada con varios métodos. Sobre el sitio que está sangrando puede hacerse presión con torundas embebidas en una solución de adrenalina al 1:1 000, quitandole antes el exceso. La esponja de gelatina absorbible (gelfoam) o la espuma de fibrina embebida en trombina, pueden colocarse en la región.

Un método muy efectivo es colocar una gasa oxidada absorbible en el lecho capilar sangrante. La solución de Monsel + (solución de sulfato férrico) es un hemostático excelente para la hemorrágia capilar, pero su manipulación tiene dificultades por la tendencia a extenderse por toda la boca, ésto -- produce coagulación de la sangre donde la solución entra en contacto con ella. La solución de Monsel es sumamente útil -- debe colocarse cuidadosamente en pequeña cantidad.

La hemorrágia de los vasos grandes intraóseos puede detenerse aplastando el agujero nutricio que contiene el vaso, la punta de una pinza hemostática roma y pequeña, o una cureta -- pequeña de Molt, son instrumentos excelentes para efectuar ésta maniobra. También este tipo de hemorrágia puede controlarse por medio de electrocauterización.

b) Sangrado Retardado: El sangrado profuso que ocurre -- después de 24 horas de la operación se asocia con mayor frecuencia a infección. La reacción inflamatoria erosiona vasos pequeños y produce sangrado.

Se valorará al paciente respecto a infección revisando --

su temperatura e interrogandolo acerca de escalofríos, malestar y dolor.

Cuando la infección ha sido crónica y leve, puede deberse a que se ha producido un crecimiento exagerado del tejido de granulación, el cual al ser traumatizado durante la masticación, sangra profusamente.

El tratamiento consiste en quitar el tejido de granulación, y corregir el factor precipitante. Esto puede hacer necesario limpiar e irrigar el alvéolo en caso de infección, y si la infección es grave, establecer drenaje del pus que se halla acumulado.

5.2.3. INFECCION

La infección postoperatoria se diagnostica y se trata en la misma forma que la preoperatoria, pero en la primera ya -- existe una herida.

Generalmente existe un edema asociado a los procedimientos operatorios, que llega a su máximo durante las 24 horas -- siguientes a la operación y debe empezar a disminuir a las 48 horas.

Si el paciente continúa teniendo inflamación, dolor, o -- aumento de temperatura y trismus después de 48 horas, debe -- ser examinado cuidadosamente para buscar signos y síntomas de proceso infeccioso.

Puede ser necesario quitar uno o dos puntos, de modo que los bordes de la herida puedan separarse delicadamente para -- permitir la evacuación del pus que se halla acumulado y para proporcionar acceso para irrigar. La evacuación quirúrgica -- del pus eliminará la absorción de los productos tóxicos, permitiendo que el paciente se recupere. Además evitará que el pus se extienda buscando la evacuación espontánea.

El tratamiento de sostén en forma de analgésicos, anti-- bióticos, líquidos y alimentos adecuados es un aspecto importante en el tratamiento postoperatorio para prevenir la in-- fección. Se debe tener en cuenta que los antibióticos pueden dominar la infección pero no evacuar el pus.

A veces las infecciones postoperatorias pueden no mani--

festarse durante 2 ó más semanas. En estos casos, con frecuencia será necesario hacer una incisión en la herida para proporcionar drenaje.

Si se ve una infección postoperatoria por primera vez como consecuencia del procedimiento quirúrgico llevado a cabo -- por otro dentista, deben tomarse radiografías para tener la seguridad de que no existen cuerpos extraños en el área quirúrgica.

5.2.4. ALVEOLITIS

La alveolitis también se conoce con otros nombres; alvéolo seco, osteítis alveolar, alvéolo necrótico, síndrome osteo mielítico poextracción.

La alveolitis no es sino, una complicación postoperatoria, en la cual el alvéolo presenta una infección pútrida, el alvéolo está desprovisto de un coágulo normal.

Es una de las complicaciones más problemáticas, su etiología no está bien establecida, pero se considera que puede ser debida a una contaminación ya sea del instrumental o del operador, a tiempos de trabajo muy largos y/o muy traumáticos a los factores locales infecciosos (granulomas, abscesos, ---quistes, etc.), y su etiología principal es la no formación de coágulo.

La alveolitis puede ser de dos formas:

a) Alveolitis seca, por lo que se le llama alvéolo seco, no hay coágulo.

b) Alveolitis húmeda, donde hay una conformación de coágulo, pero que no llena el alvéolo, siendo un coágulo falso o pseudocoágulo.

Esta afección se produce rara vez al emplear métodos que reduzcan el traumatismo al mínimo.

El síntoma más importante es un dolor intenso que aparece de los 2 a 10 días después de una extracción, éste dolor es intenso, irradiado y puede ser intermitente, que no cede -

fácilmente con cualquier analgésico. Otro síntoma muy importante es un olor pútrido característico.

Los signos que se presentan cuando el alvéolo está seco son: las paredes del alvéolo se observan grisáceas y acartonadas. Si se presenta con pseudocoágulo, se encontrará un estado total de necrosis flotante (no está adherido), crepitación (ruidos finos, como los que se producen al frotar con los dedos los cabellos; que son provocados por los microorganismos) se presenta el pseudocoágulo con una coloración amarilla grisácea o blanco grisácea.

El tratamiento a seguir es anestesiarse al paciente para evitar dolor, se irriga abundantemente con solución salina tibia, se retira el pseudocoágulo con cucharilla, después se le gran cuidadosamente las paredes del alvéolo, del fondo hacia arriba, hasta encontrar tejido sano.

Se provoca sangrado, aunque el sangrado sea poco y no llene el alvéolo se debe dejar, el conducto se oblitera con gelfoam, y de ser posible se sutura.

Se prescriben analgésicos, antiinflamatorios y antimicrobianos por vía intramuscular.

Quedan estrictamente contraindicados los enjuagues de cualquier naturaleza.

En el caso de no lograr producir sangrado, se debe extraer sangre de alguna arteria del bazo y depositarla en el alvéolo, con lo cual tendrá recuperación casi inmediata el pa

ciente.

Evidentemente la prevención es el mejor tratamiento, por lo que es importante hacer cirugía atraumática hasta donde -- sea posible, evitar la contaminación y mantener un buen nivel de salud general antes de intervenir al paciente.

CONCLUSIONES

Actualmente muchos dentistas generales practican al menos ciento tipo de Cirugía Oral, siendo cada vez menos los que solamente la practican en forma de extracciones corrientes.

La finalidad de este trabajo ha sido exponer otras de las muchas técnicas quirúrgicas que se pueden realizar en el consultorio odontológico, aparte de la exodoncia.

Recordar al Cirujano Dentista la importancia de la elaboración de la historia clínica, poniendo énfasis en que se debe realizar no solamente a los pacientes que se han de someter a intervención quirúrgica, sino en todos aquellos que requieran tratamiento odontológico.

Así mismo hacer conciencia de la gran necesidad de mantenerse al día en los adelantos de la Odontología, para así poder prestar una asistencia y atención mayor a los pacientes que ponen en nuestras manos su salud y bienestar.

Invitar al odontólogo para que realice la intervención quirúrgica en forma indolora, con el menor traumatismo posible y las mínimas molestias postoperatorias, orientándolo para que se adhiera firmemente a los principios básicos de la Cirugía, con lo cual evitará cometer iatrogenias y posibles complicaciones postoperatorias, poniendo en practica el mejor tratamiento,

1a PREVENCIÓN.

La adhesión a estos principios básicos, también evitará - los desagradables episodios traumáticos que algunos pacientes han experimentado en el pasado y contribuirá a que, a la larga desaparezcan las fobias tan frecuentes no solamente a la Cirugía, sino a la extracción simple.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kruger Gustav O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana 4a. Ed.

- 2.- Morris Alvin L. Bohannon Harry M.
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS
EN LA PRACTICA GENERAL
Editorial Labor 3a. Ed. 1978

- 3.- Ries Centeno Guillermo
CIRUGIA BUCAL
Editorial El Ateneo 8a. Ed. 1979

- 4.- Costich Emmett R. White Raymond P.
CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana 1a. Ed. 1977

- 5.- Archer W. Harry
CIRUGIA BUCAL TOMO I
Editorial Mundi 2a. Ed. 1978

- 6.- Guralnick Walter C.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Editorial Salvat 2a. Ed.

- 7.- Lynch Malcolm A.
MEDICINA BUCAL
Editorial Interamericana 7a. Ed.
1980
- 8.- Sharry John J.
PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA
Ediciones Toray, S.A. Barcelona
1a. Ed.
- 9.- Suros Forus Juan
Suros Batllo Juan
Suros Batllo Antonio
SEMILOGIA MEDICA Y TECNICA
EXPLORATORIA
Editorial Salvat 2a. Ed.
- 10.- Goth Andrés
FARMACOLOGIA MEDICA
Editorial Interamericana
2a. Ed. 1977