

2ej 489

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**



**TECNICAS QUIRURGICAS PARA
PROSTODONCIA TOTAL**

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

México, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I CONSIDERACIONES PRE-OPERATORIAS

A.- GENERALIDADES

CAPITULO II RESTOS RADICULARES

A.- DEFINICION

B.- ETIOLOGIA

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

D.- DIAGNOSTICO

E.- TRATAMIENTO

CAPITULO III ALVEOLOPLASTIA

A.- DEFINICION

B.- ETIOLOGIA

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

D.- DIAGNOSTICO

E.- TRATAMIENTO

F.- POS - OPERATORIO

CAPITULO IV REGULARIZACION DE BORDES

A.- DEFINICION

B.- ETIOLOGIA

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

D.- DIAGNOSTICO

E.- TRATAMIENTO

F.- POS - OPERATORIO

CAPITULO V PROFUNDIZACION DE VESTIBULO

A.- DEFINICION

B.- ETIOLOGIA

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

D.- DIAGNOSTICO

E.- TRATAMIENTO

F.- POS - OPERATORIO

CAPITULO VI FRENILECTOMIA

- a) Labial
- b) Bucal

- A.- DEFINICION
- B.- ETIOLOGIA
- C.- MANIFESTACIONES CLINICAS
- D.- DIAGNOSTICO
- E.- TRATAMIENTO
- F.- POS - OPERATORIO

CAPITULO VII TORUS Y TUBEROSIDADES

- a) Palatine
- b) Mandibular

- A.- DEFINICION
- B.- ETIOLOGIA
- C.- MANIFESTACIONES CLINICAS
- D.- DIAGNOSTICO
- E.- TRATAMIENTO
- F.- POS- OPERATORIO

CAPITULO VIII INCLUSIONES DENTARIAS

- A.- DEFINICION
- B.- ETIOLOGIA
- C.- MANIFESTACIONES CLINICAS
- D.- DIAGNOSTICO
- E.- TRATAMIENTO
- F.- POS - OPERATORIO

CAPITULO IX IMPLANTES METALICOS

- A.- GENERALIDADES

CAPITULO X DENTADURAS INMEDIATAS

- A.- GENERALIDADES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

De las partes principales de el cuerpo humano en cuanto a las funciones que ejerce, como son la masticación, fonación y estética es la cavidad oral.

Son importantes pues cada individuo realiza a diario - estas funciones que son esenciales para una buena salud y conservación de el cuerpo.

El cirujano dentista, al notar algún defecto dentro de la cavidad bucal se comprometerá a reconstruir y restituir - todo lo que afecte y altere la normalidad de el individuo.

El trabajo que a continuación presento va en relación a la cirugía menor con la protodencia pues tanto una como otra tienen relación dentro de la odontología restaurativa.

Las técnicas quirúrgicas, que van de la más sencilla a la más compleja pero de igual importancia se habla de una alveolo plastia hasta una restauración con implantes metálicos y esto nos da la gran variedad de restauraciones que se pueden hacer dentro de la cirugía odontológica.

La rama que no toca en este trabajo es también la de la
prostodoncia pero en menor cantidad porque solamente serán
pasos a seguir después de la reconstrucción.

El diagnóstico previo a la realización de cada prótesis
será conforme al criterio de cada cirujano dentista así como
de el resultado que planea en cada una de ellas.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES PRE - OPERATORIAS DENTRO DE LA CIRUGIA

En la odontología moderna el campo de la cirugía va avanzando de acuerdo con las nuevas técnicas y procedimientos requeridos para un buen restablecimiento de el paciente.

En este capítulo se hablará de la importancia que se debe de tener con cada paciente tanto en el pre-operatorio como en el - pos-operatorio.

Dentro de los procedimientos pre - operatorios los principales son :

- a).- Historia Clínica
- b).- Exámenes de laboratorio
- c).- Preparativos de instrumental

Los procedimientos para el pos - operatorio son :

- a).- Farmacología aplicada a cada caso en el pos - operatorio
- b).- Dietas

Hablaremos primeramente de la importancia que tiene la historia clínica en cada paciente.

Historia Clínica.- Dentro de ellas se encuentran los datos - personales de cada paciente y son :

- a).- Nombre completo
- b).- Edad
- c).- Lugar y fecha de nacimiento
- d).- Sexo
- e).- Domicilio y teléfono

Dentro de la historia clínica también la inspección tanto armada como visual es importante, en cada una de ellas se encuentra la observación total de el paciente.

El Cirujano Dentista siempre tratará de la inspección armada sea total ya que la observación de la cavidad oral siempre será por medio de instrumental, dentro de cada hoja de historia clínica pondrá en que estado de anormalidad ó normalidad observe.

Otro paso importante es en el cuál el paciente refiere si es tá en algún tratamiento médico, de ser así, el paciente pedirá a - su médico una constancia en la cuál dará permiso para que el ciruja no dentista trabaje con facilidad y sin problemas ya que en los ca-sos de enfermedades cardiovasculares, nerviosas y demás tipos el - C.D. no podrá actuar plenamente.

Dentro de la historia clínica se encuentran los datos de los exámenes de laboratorio los cuáles son :

- A).- Química sanguínea
- B).- Tiempo de sangrado
- C).- Tiempo de coagulado
- D).- Biometría Hemática

Los resultados de laboratorio van de acuerdo con las siglas - que ellos utilicen y éstas numeraciones irán en cada hoja de resulta-dos que se entreguen con siglas normales.

Estimando condiciones los valores normales en hombres y mujeres son:

	Hombre	5 a 6 000 00	X	mm	³
Glóbulos rojos ó hematíes :	Mujer	4 a 5 000 00	X	mm	³

Cuando el individuo vive a gran altura sobre el nivel de el mar ocurre un aumento de hematíes debido a la anoxia.

Glóbulos blancos ó leucocitos

A).- Mononucleares ó hialinos

% normal

a).- Linfocitos 20 a 40 %

b).- Monocitos 2 a 8 %

B).- Polimorfonucleares ó Granulocitos

a).- Neutrofilos 50 a 70 %

b).- Eosinofilos 3 %

c).- Basófilos 0 a 1 %

El tiempo de coagulación va de 1 a 5" (dependiendo de cada laboratorio).

La importancia de personas con problemas de hipotensión e hipertensión deberá ser controlada antes de actuar, a poner el anestésico y después de él.

Los valores normales de la presión son:

de 60/120 Hg y 70/140 Hg.

Dentro de la medicación preanestésica, los fines que se persiguen son :

1).- Producir a el paciente una sensación de calma durante la administración de la anestesia así como durante la operación.

2).- Calmar el dolor de el paciente haciendo más tolerable el transporte y la espera en casos de traumas generales.

3).- Inhibir los reflejos colinérgicos.

4).- Disminuir, si es posible, reacciones tóxicas causadas por el anestésico local.

Preparativos de el instrumental:

En primer plano el cirujano como los ayudantes deberán de estar con cubrebocas y gorro, los guantes deberán de estar completamente - estériles.

El instrumental se esteriliza en el autoclave ó en el esterilizador eléctrico durante 20' , y el demás instrumental cortante se llevará a una solución de benzal concentrada durante un buen tiempo para estar seguros de la desinfección total.

Preparativos de el paciente :

El paciente llevará asopsia y antisepsia, antes que se le ponga el campo que le cubra la cara se le pasará una gasa con solución de benzal dando vueltas concéntricas que van de adentro hacia afuera - nunca regresando a el punto de partida y luego colocar el campo operatorio.

Las personas ó equipo que intervendrán son :

- A).- El cirujano
- B).- El ayudante
- C).- El instrumentista
- D).- El circulante

La farmacología aplicada en los problemas de odontología son :
antibióticos que van desde las penicilinas que son las más fuertes
hasta las más sencillas que son las eritromicinas y lincomicinas.

Antiinflamatorios para personas normales pueden ser de origen -
vegetal ó animal pero para cada caso de enfermedad se utilizan -
las de origen vegetal.

Analgésicos de acuerdo con el dolor se utilizan con mayor fre
cuencia los derivados de el ácido - acetil - salicílico, cuando las
personas son alérgicas se usan otros derivados farmacológicos.

Todo elemento farmacológico va de acuerdo con peso, talla, -
edad y sexo.

Las dietas en los pos - operatorios por lo regular son dietas -
los primeros días líquidas y después son dietas blandas.

Después de cada operación se le indica a el paciente que regre
se si se tiene problema, en dado caso que no se tenga ningún proble
ma que regrese a quitarle los puntos de sutura a el mejor restable-
cimiento.

CAPITULO II

RESTOS RADICULARES

A.- DEFINICION

La extracción de los restos radiculares son uno de los casos que se presentan con mayor frecuencia en pacientes desdentados.

Los restos radiculares se definen por como parte de el órgano dentario que quedó en el alveolo y por lo regular las raices son las más afectadas en toda su extensión ó a veces el ápice que es la parte terminal de la raíz.

B.- ETIOLOGIA

Las causas que definen a esta afección son anomalías de forma ción en la anatomía de las piezas dentarias, los accidentes causa dos en la exodoncia, la patología que pueda presentar la pieza den taria, así también la patología como la caries.

El C. D. debe tener en cuenta que en problemas de accidentes de exodoncia somos responsables un tanto por cicato de dejar los - restos radiculares.

Dentro de la formación anatómica las formas caprichosas de las raices hacen que la extracción se complique pues algunas presen an retenciones e irregularidades en sus raices, por lo tanto, es una de las causas de restos radiculares.

Las de importancia son las de presentación patológica las cuá les al formarse se hipercementaron y se presentan con formaciones de cemento en cualquiera de las partes de la raíz las cuales al ag mento de la extracción la dificultan de tal manera que hay que tra tar quirúrgicamente.

La caries es un factor etiológico de destrucción de la corona o el diente y por tanto la extracción sería de las raíces rotas.

En el caso de los accidentes que no ofrecen dificultad al se hace una buena extracción con una buena técnica con procedimientos habituales apropiados, no habrá problemas.

Pero en este caso los accidentes de restos radiculares son los más acreditados.

También hay otros tipos de accidentes como son las fracturas de las piezas con algún golpe que recibió el paciente también son factores etiológicos importantes.

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

Una de las principales manifestaciones clínicas son los rayos X los cuáles son importantes para este tipo de problemas.

Dentro de ellos un examen visual el cual denota las raíces que todavía no son cubiertas por la mucosa.

En otros casos la mucosa cubrió a las raíces y solo la captación de las raíces por medio de los rayos X.

Dentro de los Rayos X se observará :

- a) El número de raíces
- b) Posición y forma
- c) La relación ósea entre ellas
- d) Si dentro se encuentran raíces completas ó solamente ápices
- e) En caso de fracturas: la vitalidad de la pulpa, hasta donde llega la fractura y su extensión.

D.- DIAGNOSTICO

En el caso de raices expuestas el paciente se refiere a dolor ocasionado por varios factores tanto físicos como químicos

En los casos de fractura el paciente se refiere a dolor esto es cuando la pulpa se encuentra con vitalidad y podría estar ya de generándose en su integridad por la afección de la fractura.

En otros casos la vitalidad de la pulpa se pierde y no refiere dolor el paciente solamente movilidad.

En algunos pacientes tienen dolor porque dentro de su alveolo se encuentran restos radiculares y estos podrían reaccionar ya como cuerpos extraños.

Tanto que otros los cuales se cubre el resto radicular con tejido óseo y no causa dolor.

E.- TRATAMIENTO

Cada técnica en odontencia se adopta se adopta tal y como se sienta seguridad y confianza para tener éxito en la extracción.

Tal si hubiese algún problema de accidente se darán algunas técnicas adoptadas para la extracción de restos radiculares.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES EN MOLARES ANTERIORES

1.- Técnica de anestesia regional por infiltración.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

2.- Se separan las raíces por medio de un elevador de figura, de carburo, de baja velocidad, se irrija constantemente con suero ó con agua bidestilada.

3.- Ya separadas se luxan con un elevador recto muy fino con movimientos de vaivén, se luxa primero la raíz fácil para que la más difícil al sacarla se facilite, se introduce en la brecha el elevador recto se luxa y se elimina.

Se han dado casos en los cuáles el cemento de el ápice es muy voluminoso que podría formar un badajo el cual no saldría simple, en estos casos se rebaja el cemento con una fresa se luxa y es muy fácil extraerla.

4.- Se procede a formar coágulo si en dado caso no se forme se procede a suturar para mejor preevención.

TECNICAS PARA LA EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES EN MOLARES SUPERIORES

Por ser de tres raíces 2 vestibulares y 1 palatina, es a la vez difícil la extracción, pero de hecho es fácil pues el hueso alveolar superior es frágil.

La técnica para la extracción de este tipo de raíces es la misma que la pasada pero de hecho serían tres raíces.

Pero en los casos cuando un resto radicular se encuentran con mayor densidad ó sea se practica una alveoloplastia parcial.

ALVEOLOPLASTIA PARCIAL

1.- Técnica de anestesia regional por infiltración.

2.- Se levanta colgajo con liberatrices, el colgajo en este caso sería de tipo Newman.

3.- Se perfora el hueso por medio de fresas de baja velocidad - con irrigación constante, se destapa un cuadrilátero como si fuera una pequeña tapa.

4.- Se observa donde esta el resto radicular, con un elevador - recto muy fino se luxa y se extrae.

5.- Se limpia la pequeña perforación.

6.- Se procede a suturar.

7.- Se observa durante 4 a 5 días y se retiran los puntos de sutura.

TECNICAS PARA LA EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES APICALES (Extracción reciente con fractura de ápice)

Se encuentra el alveolo abierto aún, se trata de extraer el - ápice con el elevador recto, en caso de no obtenerlo, se reseca el alveolo con una fresa de baja velocidad se rebaja alrededor de el ápice y se libera, en dado caso que sea el ápice muy pequeño, este se rebaja con una fresa de baja velocidad de bola hasta que se degaste por completo.

CAPITULO III ALVEOLOPLASTIA

A.- DEFINICION

La alveoloplastia es aquella la cual se harán varias extracciones y simultáneamente se eliminarán repliegues e irregularidades de el hueso, la operación es como una plastia y en la cual se hará lo posible por conservar mayor cantidad de hueso.

B.- ETIOLOGIA

Dentro de la alveoloplastia se encuentran varias etiologías.

Las causas más importantes son :

- a) En las piezas por extraer el proceso carioso es muy avanzado tal extensión hace la mayor destrucción de la pieza.
- b) Que por medios tales como los rayos X se encuentre algún tipo de tumor ó quiste de los cuales hacen que se com. rometan los dientes en su totalidad.
- c) Cuando los dientes tienen una reabsorción de hueso demasiado avanzado y no puedan sostenerse ni sostener ningún tipo de restauración.

También porque en extracciones pasadas los rebordes óseos no se encuentren regulares, a veces existen muescas las cuales hay que cortar también.

Cuando en los casos como en los tumores hay degeneración demasiado avanzado entonces se recurre a bases de cirugía mayor.

En este caso la etiología importante es la de el caso a ya que de ella por lo regular se hacen más alveoloplastias.

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

En las manifestaciones clínicas se observa que las piezas por extraerse tienen caries ó existe otro factor etiológico ya menor - nado.

A veces las piezas presentan ya movilidad la cual es de grado mayor y por eso se hace la extracción junto con la alveoloplastia.

D.- DIAGNOSTICO

En el diagnóstico solo encontramos que hay dolor al movimiento de las piezas por su etiología, a veces son indoleras pero en casos raros.

E.- TRATAMIENTO

Técnicas para la alveoloplastia.

Se irán haciendo por tiempos quirúrgicos :

1.- Antisepsia

a) Esterilización de instrumentos en autoclave a 200°C . en un tiempo de 20 '.

b) Esterilización de guantes a 125°C . en 15 '.

Antisepsia en el campo operatorio.

a) Intraoral y b) Extraoral

a) Concentrada en zona bucal

b) Con una gasa empapada con benzal dando vueltas concéntricas empezando por el centro y jamás regresando.

2.- Colocación de campos operatorios.

Deberán estar completamente estériles.

3.- ANESTESIA.- No se usarán tópicos ni spray por riesgo a una irritación.

Por tanto la anestesia es local ó regional por infiltración.

4.- La secuencia de la extracción de las piezas dentarias. Las cuales con las técnicas de exodoncia se extraen se chequean los alveolos y se procede a el tiempo quirúrgico.

El tiempo quirúrgico será la regularización ósea por medio de un motor de baja velocidad usando fresas de carburo especiales para cirugía deberán de ser sin contraángulo.

Se comienza a quitar las partes salientes óseas las pequeñas - prolongaciones que se crea que vayan a lastimar se deberá de irrigar siempre con suero y constantemente.

Los rebordes cortantes y ángulos agudos se cortan con el alveolótomo, se provoca una pequeña hemorragia para que se forme el coágulo y se procede a saturar.

Después de 4 a 5 días se revisan costuras y se procede a quitarlas.

F.- POS - OPERATORIO

Por ser uno de los casos más sencillos es muy favorable una - buena cicatrización que sanará rápidamente para posteriormente recibir el aparato protésico.

CAPITULO IV REGULARIZACION DE BORDES

A.- DEFINICION

Son salientes de hueso residual las cuáles se encuentran por arriba de el borde alveolar ó sea en la cresta alveolar, pueden ser alientes o en su defecto retenciones.

B.- ETIOLOGIA

En los casos de regularización la etiología es:

a).- Por algunas extracciones múltiples las cuáles solamente cerraron y no hubo otro tratamiento, como un limado de hueso ó una regularización de este, en el instante de la extracción, por tanto el hueso quedó con bordes cortantes y retenciones.

b).- En casos de anodoncia parcial en la cuál el paciente solo hizo oclusión con su propio hueso y este lle ó a deformarse.

c).- En las veces de anodoncia total, el trabajo de el hueso es demasiado y en algunas partes forma muescas, retenciones a las cuáles van a impedir la buena construcción de un aparato protésico.

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

Dentro de las manifestaciones clínicas la más importante a simple vista son la irregularidades formadas, ó en su defecto de las retenciones.

Las salientes observadas serán hueso que está cubierto por mucosa la cuál tendrá retenciones subsecuentes, pueden ser demasiado grandes ó pequeñas.

Con los rayos X se nota una marcada angulación de las crestas terminales de el hueso, a veces el paciente refiere molestias y en algunos casos no las tiene.

D.- DIAGNOSTICO

El paciente no tiene molestias pero al querer llevar una buena restauración protésica, tendrá sus problemas por tanto esto va a encaminar a llevar a el paciente a el tratamiento quirúrgico y de esto a una mejor retención de su prótesis.

E.- TRATAMIENTO

Dentro de el tratamiento se harán los exámenes de rayos X necesarios para que durante la intervención se vayan observando las zonas afectadas.

TECNICA

a).- Se anestesia en casos particulares, si en la parte superior será regional y si es en la parte inferior será troncular con anestesia por infiltración.

b).- La incisión será a lo largo de la cresta alveolar según el caso, deberá de ser nítida y de una sola intención y no hacer varios cortes, innecesarios.

c).- Se desprenden los colajos con una legra para hueso que la separación sea también muy nítida, se hace para descubrir el tejido ósea necesario.

d).- Después de la separación se limpia y se prosigue a trabajar con el motor a baja velocidad y con frezas de carburo especiales - para cirugía, se irriga constantemente con suero ó con agua bidestilada, se quitan las muescas de el hueso con el motor los cortes serán nítidos sin dejar muescas para que pueden definidos los contornos.

e).- Se prosigue a limar el hueso para que se quiten los bordes cortantes que podrían afectar y otros defectos se sigue irrigando - con suero.

f).- Se limpia y se recortan los colgajos de el excedente que tengan de tejido blando y se sutura con puntos aislados según sean necesarios.

F.- POS - OPERATORIO

Por lo regular en estos casos quirúrgicos no hay ningún problema que puedan afectar el tratamiento solamente se le da por prevención antibiótico y analgésico con antiinflamatorio, se cita 3 días - después para revisar puntos si están bien se retirarán y se prosigue a realizar la prótesis necesaria.

CAPITULO V

PROFUSION DE VESTIBULO

A.- DEFINICION

Es un relieve ó sea utilizable pero el tejido blando - fibroso se orientan y emerge sobre el hueso en grandes cantidades.

B.- ETIOLOGIA

Por lo general en estos casos la etiología es por anodoncia, la falta de algún aparato protésico que impide el crecimiento de el tejido blando no se encuentra y como no lo hay, crece rápidamente sin freno.

En otros casos la utilización de el mismo proceso en la masticación hace que crezca el tejido fibrótico sobre el hueso.

C.- MANIFESTACIONES CLINICAS

A simple vista se observa que la unión de el labio con el proceso hay gran cantidad de tejido blando-fibrótico.

En los rayos X se encuentra el hueso de buen tamaño pero cubierto por el tejido blando.

D.- DIAGNOSTICO

El paciente no tiene ninguna molestia en particular pero el problema de el uso de algún aparato protésico, lo impedirá pues la fuerza de desalaje será mayor por el tejido blando y por la fuerza que existiría de el hueso.

En estos casos es muy necesaria la intervención quirúrgica y profundizar cualquiera de las dos partes vestibulares tanto superiores - como inferiores.

En los casos de que el paciente utilice prótesis total, en la intervención pues cubrirá y ayudará a que no vuelva a pasar ningún problema posteriormente.

E.- TRATAMIENTO

a).- Anestesia regional para la parte superior de canino a canino, para inferior que sean troculares, de ser necesario puntos de anestesia locales, la anestesia será por infiltración.

b).- La incisión con el bisturí será recta en medio de el labio y el proceso será de una sola intensión se separan los llamados partes, habrá una zona cruenta que será por la parte de el proceso y será de el hueso, la parte de tejido blando se irá junto con el de el labio.

c).- Se corta todo el tejido sobrante hasta donde se crea que va a llegar el fondo de vestíbulo para el sostén de el hueso.

d).- Se sutura en las partes blandas el fondo de saco con puntos aislados según sean necesarios.

e).- Se prepara un apósito quirúrgico que se pondrá entre la placa esto es para poder ayudar a la cicatrización y restablecimiento de la encía.

En los casos existentes de dientes el apósito irá en una gasa para poderlo jalar.

En los casos de dentaduras el apósito irá en la dentadura.

F.- POS-OPERATORIO

Por lo regular no hay ningún problema asociado con la interven-
ción a el paciente se le administrará antibiótico, analgésico e infla
matorio según sea necesario.

Se observará en períodos la cicatrización y neoformación de la
encía.

CAPITULO VI
FRENILLECTOMIAS

.- DEFINICION

FRENILLO

Es un ligamento que tiene una prolongación la cuál se forma una inserción, esto es por medio de un músculo.

.- ETIOLOGIA

Hay dos tipos de frenillos:

- a).- Frenillo Labial
- b).- Frenillo lingual

El frenillo labial es una inserción de el músculo labial el cuál es el orbicular.

El frenillo Lingual es una inserción de los músculos del genio, este problema puede ser congénito ó adquirido.

.- MANIFESTACIONES CLINICAS

a).- El frenillo labial se observa :

- I Cuando alcanza el borde libre de la encía
- II Cuando dá vuelta y se inserta en la papila palatina
- III Cuando se localiza en la papila vestibular

El paciente presenta separación de los dientes anteriores superiores lo cuál son falta de estética, y tienen problemas parodontales subsecuentes.

b).- El frenillo lingual se inserta de la base de la lengua uniendo la punta con el piso de boca.

Esto impide los libres movimientos de la lengua, la fonación no es perfecta, la pronunciación de la letra "r" y de algunas otras palabras de el abecedario, a esta enfermedad se le llama Dislalia.

La deglución va en detrimento, esto es, que el problema es mayor pues no pueden deglutir bien.

D.- DIAGNOSTICO

Dentro de el diagnóstico el frenillo es una molestia pues al encontrarse con problemas de estética y para dentales el paciente referirá a veces dolor por el impacto de los alimentos.

En el caso de frenillo lingual el problema aumenta por la dislalia.

La remoción de los frenillos es indicada pues en todo caso es solo una terminación de músculo inservible.

El ortodoncista siempre los removerá por ser innecesarios, en el caso de las prótesis igualmente, pues solamente serán barreras para el buen funcionamiento de estas ya sean prótesis parciales ó totales.

F.- TRATAMIENTO

Técnicas:

- a).- A base de tijeras
- b).- A base de bisturí

Técnicas de Bisturí

Frenillo Labial

a).- Anestesia local por infiltración a los lados de el frenillo con puntos locales y en la papila palatina.

b).- Se utilizan dos pinzas de mosco cuervas una irá en el proceso otra jalará el frenillo a su máxima extensión.

c).- El corte con el bisturí será de una sola intención y nítido, es una la base de el frenillo y el corte irá más allá de vestibular extendiéndose.

d).- Después de el corte se hace un curetaje severo a el hueso - limándolo ó cortando ángulos cortantes.

e).- Se sutura solo en el fondo de caso hacia el labio con puntos invertidos con catgut (reabsorbible) y no donde están los dientes.

f).- Se coloca sobre el proceso un apósito quirúrgico hecho de - Morder pack.

G.- POS - OPERATORIO

Con los puntos que se reabsorben no hay problema pues no queda cicatriz.

A el paciente se le administra antibiótico, analgésico e infla- materio, se observa al paciente según sea necesario.

4. ANILLO LINGUAL

a).- anestesia local en el piso de boca por infiltración.

Aquí la lengua se sujeta bien con gasas y los dedos atravezando con un punto de sutura la lengua, con el objeto de el sostén de la misma.

b).- Se lleva el frenillo hacia arriba con bisturí y por abajo con tijera para no meterse con piso de boca, es dónde se quita la base de el frenillo.

c).- Se coagula con un termocauterio ó con gasas.

d).- Sin sutura y por lo general se sutura por medio preventivo con puntos invertidos.

En todo caso si la lengua no llegase a tocar y se ve ya la mucosa, el geniogloso, se hace una mioplastia.

a).- Se hace una incisión para desunir la mucosa de el músculo

b).- Se ve el músculo

c).- Se sutura de planos a planos.

5.- ANILLO OPERATORIO

Se lo administra a el paciente el antibiótico, analgésico e in-
flamatorio, se observa bien a el paciente y se le indica que tenga
movimientos de lengua para evitar una parálisis, (Parestesia). De
bieta que tome nieve para la rápida cicatrización.

CAPITULO VII TORUS Y TUMORES

TORUS PALATINOS

Es una neoformación ósea que por tanto no es maligna, el designar el nombre de torus indica la elevación de hueso en la región palatina y en la superficie bucal de el paladar.

Su incidencia es de la frecuencia después de la pubertad y la frecuencia mayor en mujeres que en hombres.

No es raro que los pacientes no se den cuenta de su presencia, hasta ser advertidos de ello por un médico ó dentista, la única desprobabilidad que hay en ello es que no se pueden hacer ninguna pieza de prótesis.

La morfología depende de la clasificación según la frecuencia, las cuáles son :

Plana, nodular, fusiforme y lobular

Los torus suelen ser radiográficamente bastante opacos y cuando son grandes pueden quedar sobre puestas en las radiografías de los dientes, microscópicamente los torus palatinos son una corteza de hueso compacto y duro sea la corteza de el hueso esponjoso, algunas veces puede haber médula ósea.

TUMOR MANDIBULAR

Es la exostosis de la parte lingual mandibular por lo tanto puede ser lobulada ó único, a veces si la exostosis es muy amplia esta se vuelve el hueso media pues la inferior, su origen es inmediatamente por debajo de la línea media milohioidea extendiéndose en casos hasta el premolar y canino.

El carácter de hereditario autosómico para este tipo de torus es elevado en hembras.

ETIOLOGIA

Podría decirse que son de etiología desconocida, pero en algunos casos se neoforman cuando son pacientes desdentados, y en otros casos nacen con ellos, como son de crecimiento excesivo de hueso se presentan de 5 a 10 % de la población.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se observan generalmente cuando los pacientes son desdentados - y es necesario una prótesis, al observarse que la saliente de hueso es recubierta por mucosa de el paladar, es indolora y a veces es de masiado aparatosa e impide a veces los movimientos libres de la lengua.

DIAGNOSTICO

Son partes las cuáles deberán precisar una incisión, esto es - que si comprometen a el funcionalismo de la cavidad oral se quitan pero si en su defecto no molestan ni comprometen funcionalidad entonces se dejan.

TRATAMIENTO

Tratamiento de el torus palatino

- 1.- Anestesia local por infiltración en el nervio maxilar superior
- 2.- La incisión sobre la mucosa en forma de una Y mayúscula y a lo largo de el paladar.

Se separan los colgajos mucosos y se mantienen mediante suturas a los bordes laterales.

Los colgajos mucosos hay que tratarlos con mucho cuidado, pues la mucosa que recubre a este tipo de hueso es muy fina.

Inspeccionando muy bien la masa ósea se observa un pedúnculo - sobre el cuál siempre descansará un torus palatino.

Es precisamente donde separa una línea para quitar el torus. Para este tipo se utiliza un cincel ancho y curvo; el borde cortante de el cincel situado en contra la línea donde se emplea la separación, se dá un golpe en seco y el torus se separa, de su base. Si en dado caso el torus es bífido podrá ser separado en dos secciones mediante el mismo sistema.

Una vez separado el torus se procede a la limpieza de esquirlas residuales y a el aislamiento de la superficie con limas y fresas - irrigando constantemente con suero ó agua bidestilada.

Los colgajos se llevan a la posición primitiva, como quiera casi invariablemente se produce un exceso de tejido para conseguir una coaptación de los bordes por lo cuál se deberán recortar adecuadamente de tal forma que puedan aproximarse sin ninguna tensión.

Como ya se sabe que la tapa de la mucosa regresa y no es necesario suturar.

El pos - operatorio,- Por regla general se llevará antibiótico antiinflamatorio y analgésico.

De di ta será de preferencia líquida los primeros días con tomar nieve de limón para la cicatrización y luego cambiará a una dieta blanda.

tratamiento de torus lingual.

El torus se puede eliminar de igual forma que el torus palatino sólo que la diferencia estriba en que el torus lingual no suele haber pedículo, la eliminación se efectúa creando una línea de despegamiento ó bien por desgasto sucesivo de limas y fresas ó cinceles.

La incisión se práctica en la cresta alveolar. El colgajo se refleja a lingual ó como quiera acostumbrar a quedar expuesta a una considerable de el suelo de boca habrá que prevenir la presentación de un edema bastante acentuado. Por otra parte dando a esta región una propensa a las infecciones y estas son bastantes y graves, se tendrá que actuar en consecuencia, administrando antibiótico, analgésico.

El pos - operatorio es con dieta líquida y luego dieta blanda según indicaciones.

TRATAMIENTO DE LAS TUBEROSIDADES

Es una de los obstáculos mayores en la construcción de dentaduras, si esta es unilateral puede ayudar a la retención de la dentadura, pero si es bilateral causan una verdadera complicación, pues pueden impedir insertar una prótesis en estos casos al menos uno debe ser eliminada.

TECNICA DE REDUCCION DE LAS TUBEROSIDADES

1.- Anestesia por infiltración local.

2.- Incisión elíptica a lo largo de la cresta alveolar llevándola hacia adelante de forma que el colgajo se separe sin lesionarlo.

Las incisiones horizontales son más fáciles de aproximar y no se ven influenciadas por la extensión de la herida.

Se separa el colgajo y se elimina la protuberancia mediante fre-
sas, cincoles y limas y se lava constantemente con suero ó agua bi-
destilada.

Se aproximan los bordes de el tejido mucoso se recorta el so-
brante y se cierra con suturas.

El pos - operatorio es muy fácil y no molesta, son de rápida -
curación.

CAPITULO VIII INCLUSIONES DENTARIAS

DEFINICION

Las inclusiones dentarias son aquellas piezas dentarias las cuá les no tuvieron espacio para erupcionar dentro de los arcos dent - arios.

ETIOLOGIA

Se podría decir que la etiología es por la falta de espacio exis - tente en cuanto a el tamaño de las arcadas unos se incluyen co - los ter - ceros molares y otros se impactan como los caninos, otra etiología co - mo en el caso de los caninos impactados es que al no tener la pé - r - dida de un diente de leche en este caso el canino, no erupciona y queda - imp - actado en el paladar.

MANIFESTACIONES CLINICAS

A veces el paciente refiere molestias en la parte más posterior de sus arcadas, indican que hay dolor ó que simplemente notan que sus dientes se van "amontonando" (mesializarse) a la vez la alteración - de la oclusión provocada por este problema.

En los casos de anodoncia el paciente está completamente des - den - tado pero con los estudios de rayos X se reafirma si hay dientes in - cl - uidos ó impactados.

Hay pacientes que son desdentados y que se les puso una prótesis, la cuál no molesta, pero a cabo de un tiempo empiezan a notar el nuevo crecimiento de un diente que provoca dolor y molestias, esto es por la erucción de un diente incluido.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de este tipo de dientes es que la extracción sea lo más pronto posible es decir que este ocurra pues a veces hay serios accidentes por un simple diente de este tipo.

Hay variedades las cuáles a el hacer un buca diagnóstico por medio de los rayos X indican en la posición dónde se encuentra, a continua - ción indicaremos posición, topográfica y morfológica.

VARIEDADES EN DIENTES MOLARES (MOLAR DE EL JUICIO)

- a).- Dientes en inclusión vertical
- b).- Dientes en inclusión vertical
- c).- Dientes en inclusión obliquomesial
- d).- Dientes en inclusión horizontal mesial
(corona hacia adelante)
- e).- Diente en inclusión oblicua mesial "invertida"
- f).- Diente en inclusión oblicua distal
- g).- Diente en inclusión oblicua distal horizontal
- h).- Diente en ectopía hacia el ángulo mandibular
- i).- Diente en ectopía hacia la apófisis coronoides
- j).- Diente en ectopía hacia el cóndilo
- k).- Diente en ectopía hacia el borde basilar

En el caso de los caninos impactados estos se pueden encontrar:

- a).- Con la corona sobre la raíz de el diente contiguo
- b).- Invertido con la corona hacia arriba
- c).- Cruzado con la corona hacia mesial ó distal

En este tipo de problemas por lo regular hay que tener cuidado con las neoforaciones que existan tales como quistes, abscesos, etc.

1.- Anestesia local por infiltración

Regional ó troncular para el caso de inferiores y local regional superior palatino.

RESUMEN.- La incisión es por el borde superior de la mandíbula, si-
biendo la línea de el centro de desarrollo de los molares, deberá de
er nítida y de una sola intención para no hacer cortes, se hace una
iberatriz hacia los molares si es necesario.

En molares superiores se hace lo mismo.

Se separa la inserción mucosa de el hueso y se procede ha hacer -
os trépanos los cuáles van a ayudar a perforar el hueso y encontrar
el molar.

Los trepanos se hacen con una fresa de carburo la cuál se hacen -
as perforaciones, se lava constantemente con suero ó agua bidestilada
al levantar la pequeña tapa de hueso que cubre a el molar se procede a
ccionar el molar en partes esto se hace con una fresa de carburo, se
arado el molar se luxa con un elevador recto, y se produce la osteo -
mía.

Se extrae el molar en partes, se quita el folículo y se procede a
imar el hueso, con un alveolotómo se cortan los bordes agudos, se lu-
a y se quitan las esquirlas de hueso sobrante una vez realizado todo
to se lava perfectamente, con H₂O ó suero.

Se sutura con puntos aislados al afrontar los colgajos, estos no debe
án de estar en tensión, la parte dónde ll. v. la liberatriz solamente
e refiere a el proceso.

En la técnica para caninos se levanta la tapa de el paladar, se procede a los mismos efectos que de los terceros molares solo que se debe tener mucho cuidado para no llevar a fosas nasales, aquí no lleva la tapa de mucosa a el paladar.

PCS - ORENTAL

Se les administra antibiótico, antiinflamatorio y analgésico.

Las dietas son líquidas primeramente y luego blandas.

En los casos como el canino impactado se le indica a el paciente que tome nieve de limón, esto ayudará a la mejor cicatrización de el paladar.

CAPITULO IX

IMPLANTES METALICOS SUB - PERIOSTICOS

Un intento por solucionar el problema de los bordes óseos escasos, sería el de los implantes dentarios magnéticos y otros ingenios mecánicos que sirvan para aumentar la retención.

El implante dentario ofrece una solución para el paciente que no tolera las prótesis por falta de zona retentiva esencialmente, el implante dentario consiste en una infraestructura metálica superiostica, con cuatro pernos que se proyectan a través de la mucosa.

Estos actúan como anclajes, sobre los cuáles ajustan unos sanguijotes que están colocados en la prótesis. De esta forma la dentadura se transforma. De ser una completa ha pasado ha ser una prótesis parcial cuya estabilidad dependerá sobre todo el de la fijación mecánica más que de su contacto mucoso. La técnica operatoria que se requiere no es difícil, aunque la intervención se ha de realizar en dos fases. La primera para tomar la impresión de los bordes óseos y la segunda para la colocación de la infraestructura.

También se ha venido experimentando más ó menos durante el mismo tiempo la colocación de implantes magnéticos. Se emplean para ello los pequeños magnetos de larga duración y de gran potencia y se sitúan bilateralmente en la región de los molares inferiores.

Se hace una pequeña incisión y se talla un "cran" en el hueso con una fresa de fisura, colocándose el magneto en este surco.

En la dentadura se colocarán los magnetos de distinta polaridad de forma que coincidan exactamente con los implantados. El juicio crítico de estos procederos es semejante a lo anterior. No obstante de que la intervención en este caso sea mínima, es un apoyo para considerar esta técnica de una nueva esperanza.

TECNICA DE L. MARVILLE Y JAQUET

Antes de la intervención : Se realiza un montaje protético completo de arriba hacia abajo, en el articulador con el hecho de que tenga buena oclusión.

A el lado de este confeccionar una cubeta de impresionar con un rodete de articulación y una pequeña gotera que porte cuatro perforaciones correspondientes al emplazamiento exacto de los caninos y de los primeros molares.

Primer tiempo operatorio :

1.- Anestesia local-regional y analgesia total general, gota por gota por vía intravenosa.

Marcar el emplazamiento de futuros pilares con ayuda de la gota ya realizada en el laboratorio.

Incidir mucosa y periostio a nivel de la cresta útil, hacer cuatro incisiones de desahogo.

Laventar con prudencia los dos nervios mentonianos, cuya situación en relación con la cresta es muy variable. La emergencia se hace a veces sobre la misma cresta, en los antiguos desdentados.

Desprender, permaneciendo bajo el periostio, la mucosa de las vertientes externas e internas, desconociendo suficientemente abajo.

Reclinar los colgajos mucosos para facilitar ulteriormente la toma de impresión.

Los tres colgajos mucosos externos son así saturados mediante puntos provisionales a la mucosa labial y yugal.

La mucosa de la vertiente lingual se mantiene reclinada mediante muchas ligaduras radiales fijadas sobre el botón.

Excavar con la fresa montada sobre un torno eléctrico, cuatro surcos en los sitios ya marcados.

Se prueba la cubeta de impresión con rodetes de articulación corrigiéndola según sea necesario, en especial al nivel de los dos nervios mentonianos, cuya altura de emergencia es difícil de prever antes de la intervención.

Rellenar la cubeta de impresión con rodetes de la articulación corrigiéndola según sea necesario, en especial donde se encuentran los dos nervios mentonianos, cuya altura de emergencia es difícil de prever antes de la intervención.

Rellenar la cubeta ó porta impresión con el material elegido (Zelex) y tomar la impresión de el hueso descubierto. Hacer morder a el sujeto sobre el aparato antagonista de tal modo que los rodetes de la articulación engranen perfectamente.

Verificar la herida operatoria y la ausencia de todo cuerpo extraño.

Los puntos se suturan con hilo seda.

El paciente debe de estar en observación, pues a veces este tipo de reimplantes pueden tener acción a cuerpo extraño y el paciente no puede adaptarse a ello.

El pos - operatorio de acuerdo a como reaccione se le manda - tomar antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos.

La dieta por lo regular los primeros días son líquidas y luego - blandas según sea la recuperación.

CAPÍTULO X

TIEMPOS QUIRÚRGICOS EN DENTADURAS INMEDIATAS

GENERALIDADES

Un procedimiento que proporciona muchas satisfacciones es la confección de dentaduras inmediatas.

El aumento de la colocación de las mismas, va en aumento con nuevas técnicas de los profesionales que han ido con el incremento de conocimientos generales.

Las dentaduras inmediatas habilitan a el paciente para conseguir sus actividades normales sin el más mínimo detalle que se escape con detrimento estético y social.

Por otra parte, la prótesis inmediata actúa como un vendaje compresivo, acelera la cicatrización, reduce el edema y evita las molestias por-operatorias. Además de todo ello, resulta de gran sencillez su confección.

Dentro de la formación de dentaduras inmediatas hay métodos quirúrgicos ó tiempos y fundamentalmente solo hay dos:

- 1) Extracción de todos los dientes posteriores ante la construcción.
- 2) Confección de la dentadura antes de extraer un solo diente.

Técnicas en dos fases.

Esta técnica se basa en la extracción de un primer período de todos los molares posteriores pues en cuanto quedan las bases posteriores libres y bien regularizadas, es posible obtener una mejor impresión, y por lo tanto, una mejor construcción de la prótesis.

Las relaciones oclusales son más seguras de obtener de esta forma. Los resultados que se logran extrayendo los molares posteriores en primer lugar, son excelentes.

Con este método se necesitan dos intervenciones quirúrgicas separadas y un intervalo de tiempo considerable entre el planeamiento del caso y el resultado final.

Técnicas de una fase

La confección de dentaduras inmediatas de una sola fase, comprende la extracción total y colocación de la prótesis en una sola sesión. Con ello se pueden conseguir resultados en todo, semejantes a los obtenidos en la técnica de dos fases.

La llave de el éxito está en la perfecta coordinación entre esfuerzos de el profesional y los del protodoncista, debiendo existir un mutuo conocimiento de los problemas de cada uno.

El cirujano ha de estar profundamente adoctrinado en los principios que avalan el éxito de esta técnica, es decir, la preservación máxima de el borde óseo que facilita la retención y la estética.

Por otra parte, el protésico debe comprender que una mucosa con bordes se encuentran separados y además, mediante ligaduras cura y cicatriz mejor que aquella que cuyos bordes se encuentran separados y además que son siempre preferibles las dentaduras inmediatas que cubran las apófisis alveolares a las que tienen los dientes montados a tope, en sitio de las extracciones.

El planeamiento de la confección de dentaduras inmediatas es relativamente sencillo, puesto que los límites de tolerancia son bastante grandes. El modelado del reborde óseo sólo puede realizarse de una forma específica, es decir, en vistas a la recepción de la dentadura.

Los modelados obtenidos se pueden recortar y conformar en la forma en que vemos que podemos luego reproducir en la boca de el en crno.

Con el modelo preparado se procede a duplicar, pues esto duplica o nos servirá de guía maravillosa durante la intervención.

Creemos que, en realidad la obtención de este modelo es más efec tivo que la confección de una placa de resina transparente, aunque se emplee esta última con mayor frecuencia.

Tanto si empleamos uno como otro, el objetivo a conseguir en el momento de la intervención es obtener en la boca los mismos rebordes que hemos formado en el modelo.

En la actualidad este procedimiento se realiza con bastante rapi díz y por tanto proporciona muchos éxitos.

Existen en general dos malentendidos en cuanto a las dentaduras inmediatas que deben ser combatidos:

- 1) Que las dentaduras inmediatas no se pueden construir sin antes extraer las piezas posteriores.
- 2) Que las dentaduras inmediatas son dentaduras "temporales", nada de eso es verdad.

Si el planeamiento de cada caso se tiene en cuenta todos los re querimientos precisos, la dentadura inmediata, puede ser tan "perma nente" como cualquier dentadura normal.

Es evidente que tarde ó temprano todas las prótesis tendrán que ser rebusadas. La respuesta de el hueso al empleo de las dentaduras es un factor bastante individual de modos que en algunos casos ocurre cambios considerables pero en otros no.

Hay personas en las que se presentan reacciones ósea, independientemente del ajuste que se pueda presentar la prótesis.

Estos individuos como tendencia a los cambios y modificaciones ósea necesitan una estrecha supervisión y deben ser examinados frecuentemente con objeto de rebasar sus prótesis tan pronto como aparezcan signos de movilidad y falta de ajuste que puedan causar irritación crónica.

Tanto las dentaduras inmediatas como las definitivas deben ser rebasadas con igual finalidad. En resumen diremos que una dentadura inmediata apropiada construída no debe ser considerada en ningún aspecto como dentadura provisional.

La prótesis quirúrgica

Un avance en la realización de dentaduras inmediatas lo constituye la llamada "dentadura quirúrgica". Consiste en una dentadura de transición que se emplea para ir cubriendo los boquetes de las extracciones en espera de la construcción de la dentadura "permanente". Esta prótesis es fácil de construir y no es demasiado cara.

En el momento de las extracciones se rebasa con un material blando, para evitar las posibles pérdidas de hueso y obtener la máxima retención durante el cicatrizamiento.

Dos ó cuatro semanas después se comienza la construcción de la nueva dentadura y una vez finalizada se deshecha la dentadura quirúrgica.

Se insiste en que la construcción de la dentadura quirúrgica se realice en un material sencillo por que resulta barata, puesto que una vez cumplido su misión y no puede aprovecharse.

C NCLUSIONES

El ejercicio de la profesión, el cirujano dentista se encuentra con gran cantidad de casos y los pacientes recurren a él con el fin de aliviar el dolor, por lo general tienen mayor interés las restauraciones de piezas dentarias con caries, hacer simples prótesis sin ningún fin, corregir dientes en mala posición. Y por tanto, a los problemas de cirugía preprotética no se les dá mayor importancia.

El cirujano dentista debe practicar la cirugía con la misma atención que le dedica a las demás especialidades odontológicas. Y cuándo el facultativo no se sienta capaz para atender esta especialidad, deberá de remitir a el especialista y así los dos resolver y lograr una buena salud bucal.

Los padecimientos que se explicaron en esta tésis, algunos son de tipo rudimentario, otros de tipo más simple y por lo general los tratamientos pueden ser largos ó cortos.

Mientras tanto el cirujano dentista deberá disminuir el dolor y las molestias causadas antes, como después, esto es con el fin de que el paciente no decaia durante el tratamiento ó después de él.

BIBLIOGRAFIA

PATOLOGIA BUCAL

BRANCA 1972

MEDICINA BUCAL

BURKET 1974

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA BUCAL

EDWARD V. ZEGARELLI 1976

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

PROF. DR. EN MEDICINA HEINZ GELKE
ESPECIALISTA EN CUELLO Y CABEZA
1968

CIRUGIA

WILLIAM C. GRABB M. D.
JAMES W. SMITH D.
1970

CIRUGIA DENTAL

LENT JHNS
1976

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

WALTER C. GURALNICK
1972

CIRUGIA BUCAL

LEIBNER
1974