

35
raj



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANIOBRAS QUIRURGICAS MAS COMUNES
EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

DOLORES ARROYO GONZALEZ

MEXICO, D. F.

1986.



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.

INDICE

PAG.

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

ANATOMIA.....	3
MAXILAR SUPERIOR.....	3
MAXILAR INFERIOR.....	5
MUSCULOS MASTICADORES.....	7
NERVIO TRIGEMINO.....	14

CAPITULO II

ANESTESIA LOCAL.....	17
HEMOSTATICOS.....	20

CAPITULO III

APICECTOMIA.....	32
INDICACIONES.....	32
ANESTESIA.....	33
INCISION.....	34
DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO.....	35
OSTEOTOMIA.....	36
RESECCION DEL APICE RADICULAR.....	37
RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.....	38
TRATAMIENTO RADICULAR Y OBTURACION DEL CONDUCTO.....	38

CAPITULO IV

FRENILECTOMIA.....	42
FRENILLO LABIAL.....	42
FRENILLO LINGUAL.....	44

CAPITULO V

EXTRACCION POR ODONTOSECCION.....	46
TECNICA PARA MOLARES INFERIORES.....	46
MOLARES SUPERIORES.....	48
DIENTES RETENIDOS.....	49
ACCIDENTES.....	51

CAPITULO VI

CIRUGIA PREPROTESICA.....	53
FIBROMA DEL SURCO VESTIBULAR.....	54
FRENILLOS LATERALES BRIDA Y MUSCULOS DEL MAXILAR SUPERIOR.....	55
PROCESO DENTADO.....	58
PROCESO DESDENTADO.....	61
TORUS PALATINO.....	62
TORUS MANDIBULAR.....	63
CONCLUSIONES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	67

INTRODUCCION

Como indica la presente tesis, vamos a enumerar las técnicas quirúrgicas según su importancia y la frecuencia en la que se nos presentan.

Empezaremos por describir la anatomía de todas las regiones que es tan relacionadas en las diferentes técnicas para resolver estos tipos de problemas, ya que es de suma importancia conocer el campo operatorio en el cual estamos trabajando, así como las zonas anatómicas adyacentes a él para así poder prevenir cualquier clase de accidentes o errores que se nos puedan presentar por falta de conocimiento.

Entraremos por completo a nuestros temas a exponer, sabiendo que es tan importante el luchar siempre por conservar cualquier pieza dental, como lo es en el caso de una apicectomía, en la cual logramos conservar la inserción del diente en su alveolo, gracias a la resección quirúrgica, -- por vía transmaxilar de un foco periapical y del ápice dentario, que sin una buena realización y cuidado de todos los detalles, no obtendríamos un tratamiento perfecto.

Ahora en el caso de una frenilectomía, en la cual la terapéutica quirúrgica puede indicarse en la cavidad bucal para tratar afecciones y malformaciones que afecten de alguna forma el buen estado de la cavidad bucal, como lo es en el caso del frenillo labial, el cual puede descender hasta el borde alveolar rodearlo e ir a terminar a la papila interdental, creando así un diastema entre los incisivos superiores y que aliviando dicho frenillo a una edad temprana en la cual el paciente esté en pleno crecimiento y desarrollo craneofacial podemos ayudar a que desaparezca, hasta cerrarse conjuntamente al terminar la dentición mixta.

La cirugía bucal para prótesis dental incluye las intervenciones quirúrgicas en la cavidad bucal necesarias para que la prótesis pueda tener una base firme, libre de protuberancias óseas marcadas o sinuosidades exenta de las inserciones musculares o de exceso de mucoperiostio. Como -

lo son Hiperplasia de tejido blando, cartilaginoso, fibromatoso, muscular y bandas fibrosas que interfieren en la colocación y retención de la prótesis, al igual que las anomalías del tejido óseo.

La técnica de extracción por medio de la odontosección, cuando se ha caído extraer una pieza, es porque realmente ya no tiene caso conservarla, ya que sólo ocasionaría un foco infeccioso en la cavidad bucal o en el caso de un diente retenido.

Ahora por ciertas circunstancias se dificulta hacer la extracción normal de un diente, tenemos que recurrir a la técnica antes mencionada - en la cual para facilitar la avulsión tenemos que llevar a cabo la división del diente, de tal modo que nos permita que cada una de las raíces - salgan sin obstáculo alguno.

Todas las técnicas quirúrgicas se deben llevar a cabo en un campo operatorio completamente aséptico, para lograr un éxito completo en nuestras intervenciones.

ANATOMIA

MAXILAR SUPERIOR.

Su forma es cuadrilátero, siendo algo aplanado de afuera hacia adentro, constituye las principales regiones y cavidades de la cara: seno maxilar, fosas nasales, cavidades orbitarias, bóveda palatina, fosa pterigomaxilar, fosa cigomática.

Se encuentra formado por dos caras, una interna y otra externa, -- con cuatro bordes.

CARA INTERNA.

Formada por la apófisis palatina que es una saliente horizontal -- y de forma cuadrangular que se encuentra en su cuarta parte inferior, una de sus caras, la lisa, forma parte del piso de las fosas nasales y la otra que es rugosa forma parte de la bóveda palatina, la cual cuenta con pequeños orificios vasculares.

Su borde externo está unido al resto del maxilar y el interno se adelgasa hacia atrás y se articula con su homólogo, este borde hacia su parte anterior termina en una prolongación en especie de semiespina, la cual al articularse con el otro maxilar del lado opuesto forma la Espina Nasal Anterior.

La apófisis palatina a nivel del borde interno y por detrás de la E.N.A., presenta un surco que, con el otro maxilar origina el conducto palatino anterior. La apófisis palatina divide al cara interna del maxilar en dos porciones; una inferior, que forma parte de la bóveda palatina y se relaciona con la mucosa bucal y la superior que se encuentra formada en su porción de atrás por unas rugosidades donde más adelante se encuentra el gran orificio del seno maxilar, delante del mismo y vertical a este se encuentra el canal nasal y la cara interna de la apófisis ascendente.

CARA EXTERNA.

Se observa en ella la foseta mixtoformo donde se inserta el músculo del mismo nombre, se encuentra delimitada en su parte posterior por la giba canina y más allá la apófisis piramidal.

Tiene tres caras y tres bordes; su cara superior forma parte del - piso de la órbita y lleva un canal que penetra en la pared llamado conducto suborbitario.

Su cara anterior: en ella se abre dicho conducto por donde sale el nervio suborbitario y se encuentra una depresión que corresponde a la fosa canina. Los conductos dentarios anteriores salen de la pared inferior del canal suborbitario destinados a los alveolos de los incisivos y caninos.

Cara posterior de la apófisis piramidal que corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática por donde - se encuentran canales y orificios llamados agujeros dentarios posteriores.

BORDES.

Anterior: que presenta en su porción anteroinferior la apófisis palatina con la espina nasal anterior y arriba y con el lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales y apófisis ascendente.

Posterior: constituye la tuberosidad del maxilar, la cual en su -- parte alta presenta rugosidades para recibir la apófisis orbitaria del -- palatino y en su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino está junto con la apófisis pterigoides forma un canal del conducto palatino posterior.

Superior: forma la porción inferointerna de la órbita, se articula

con el unguis, etmoides y por atrás con la apófisis orbitaria.

Inferior: o borde alveolar provisto de cavidades donde se alojan las raíces de los dientes.

SENO MAXILAR.

O Antro de Highmore, tiene forma de pirámide cuadrangular de base interna y vértice externo.

MAXILAR INFERIOR.

Situada en la parte inferior de la cara, constituida por un cuerpo y dos ramas.

CUERPO

Aporta una forma de herradura, con su concavidad hacia atrás, se distinguen en el dos caras y dos bordes. Cara anterior, en su línea media se encuentra una cresta vertical resultado de la unión de las dos mitades del hueso llamada Sinfisis Mentoniana. Hacia atrás y afuera se encuentra el agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más hacia atrás de esta cara se encuentra la línea oblicua externa y sobre ella se insertan los siguientes músculos; triangular de los labios, cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

Cara posterior; presenta cuatro tubérculos cerca de la línea media llamados apófisis geni, de las cuales dos se encuentran superiormente y sirven de inserción a los músculos genioglosos y los dos inferiores donde se insertan los geniohioideos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una saliente; la línea oblicua interna que sirve -

de inserción al músculo milohioideo.

Inmediatamente por fuera de las apófisis y encima de la línea obliqua se observa una foseta llamada sublingual que aloja a la glándula -- del mismo nombre, también se puede observar en la proximidad del borde inferior una foseta más grande llamada foseta submaxilar que al igual aloja a la glándula correspondiente.

Borde inferior; es romo y lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas a cada lado de la línea media, en ellas se inserta el músculo digástrico.

Borde superior; o también llamado alveolar, ya que presenta cavidades para la inserción de los dientes siendo las anteriores simples y las posteriores compuestas de varias cavidades separadas entre sí por puentes óseos donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

RAMAS.

Cuenta con dos; una derecha y otra izquierda, aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, tienen dos caras y cuatro bordes. Cara Externa; la porción inferior es más rugosa debido a la inserción del músculo masetero. Cara Interna; presenta en su porción media de la línea diagonal un agujero amplio llamado Orificio Superior del Conducto Dentario, por el se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores, y por debajo y delante se encuentra una saliente triangular o Espina de Spix. De la porción inferior y posterior de este orificio se desprende un canal -- que se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante en sentido del cuerpo del hueso, que corresponde al canal milohioideo.

Borde superior; lo forman dos apófisis voluminosas, de las cuales una anterior llamada apófisis coronoides, y otra posterior llamada Cóndilo del maxilar inferior. Estas dos apófisis se encuentran separadas por -

una escotadura llamada Escotadura Sigmoidea. El cóndilo se encuentra unido a la rama por una porción estrecha llamada cuello del cóndilo.

MUSCULOS MASTICADORES.

Se reconocen directamente cuatro, los cuales se extienden desde la base del cráneo al maxilar inferior; y son Temporal, Masetero, Pterigoideo Interno y Pterigoideo Externo.

TEMPORAL.

Se extiende desde la fosa temporal en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides.

Inserciones.- En su porción superior se inserta en la línea curva temporal inferior, fosa temporal, cara profunda de la aponeurosis temporal y mediante un haz a la cara interna del arco cigomático. Desde estos lugares sus fibras se estrechan y se dirigen hacia abajo para ir a insertarse a los bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

RELACIONES.

Su cara superficial se relaciona con la aponeurosis temporal, vasos y nervios correspondientes, así como con el arco cigomático y parte del masetero. Su cara profunda en contacto con la fosa temporal, así como nervios y arterias temporales profundas también se relaciona por dentro con los pterigoideos internos y externos y el buccinador.

VASCULARIZACION.

Esta irrigado por las tres arterias temporales (anterior, poste-

rior y media), al igual que por arterias accesorias emanadas de la maxilar interna.

INERVACION.

Por tres ramas del maxilar inferior, el temporal profundo anterior el medio y posterior.

ACCION.

Eleva el maxilar inferior y lo aplica al maxilar superior.

MASETERO:

Se localiza desde la apófisis cigomática hasta el ángulo del maxilar inferior.

INSERCIONES.

Consta de dos haces; el haz superficial que superiormente se encuentra insertado sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo externo del maxilar inferior. El haz profundo superiormente se encuentra insertado en el borde inferior y en la cara interna de la apófisis cigomática, de ahí sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante para finalizar sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

RELACIONES

Su cara externa se halla recubierta por la aponeurosis maseterina__

correspondiéndose con el conducto de Stenon, con las ramas nerviosas de la facial, los músculos cigomáticos mayor y menor y risorio de santorini.

VASCULARIZACION.

Por arterias superficiales y arterias profundas, donde las superficiales son ramas de la facial y la transversal de la cara; la facial da -- dos arteriolas: la maseterina inferior y la premaseterina.

INERVACION.

En su cara profunda penetra el nervio maseterino el cual proviene del maxilar inferior y que atraviesa la escotadura sigmoidea.

ACCION.

Músculo elevador del maxilar inferior.

PTERIGOIDEO INTERNO.

Se extiende desde la apófisis pterigoides hasta la parte interna del ángulo del maxilar inferior.

INSERCIONES:

Superiormente en la porción interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en la fosa pterigoidea, al igual que en una porción de la -- apófisis piramidal del palatino. De ahí sus fibras hacia abajo, atrás y -- afuera para finalizar en la porción interna del ángulo del maxilar infe--

rior.

RELACIONES.

Con el pterigoideo externo, aponeurosis interpterigoidea, con la rama ascendente del maxilar inferior, al igual que con la faringe donde se localiza el espacio maxilofaríngeo por el cual atraviesan los siguientes vasos y nervios: neumogástrico, glossofaríngeo, carótida interna, yugular interna, espinal e hipogloso.

VASCULARIZACION.

Por la arteria del pterigoideo interno, la cual consta de ramas -- ascendentes y descendentes que penetran al músculo.

ACCION.

Principalmente eleva el maxilar inferior y por su localización proporciona pequeños movimientos de lateralidad.

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Se extiende de la apófisis pterigoidea al cuello del cóndilo del maxilar inferior.

INSERCIONES.

Consta de dos haces: Uno esfenoidal que se encuentra en la porción cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, y el pterigoideo que se inser-

ta sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides. Ambos haces convergen hacia afuera hasta insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, cápsula articular y parte del menisco interarticular del maxilar inferior.

RELACIONES.

Superiormente con la bóveda de la fosa cigomática, nervio temporal profundo, medio y con el maseterino, escotadura sigmoidea, bola grasosa - de Bichat, e internamente con el pterigoideo interno y con los nervios - lingual y dentario inferior.

INERVACION.

Por dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

ACCION.

Al contraerse simultáneamente ambos pterigoideos producen movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior y cuando se contrae aisladamente produce movimientos laterales, los cuales si se llevan a cabo rápidos y alternativos se les llama de diducción.

MILOHIOIDEO.

Se encuentra formando el piso de la boca, de forma aplanada, se extiende de la línea milohioidea del maxilar inferior al hueso hioides.

INSERCIONES.

Superiormente en la línea milohioidea del maxilar inferior de ahí sus fibras se dirigen hacia adentro y abajo, en tanto que las fibras posteriores se insertan en el hueso hioides, las anteriores lo hacen en un raquí aponuerótico que se extiende de la sínfisis mentoniana al hueso hioides.

RELACIONES.

Inferiormente con la glándula submaxilar, vientre anterior del digástrico y cutáneo del cuello, su cara profunda con el geniohioideo, hio-gloso, nervios lingual y gran hipogloso, así como con el canal de Wharton.

INERVACION.

Por el nervio milohioideo, que pertenece al dentario inferior.

ACCION.

Elevador del hueso hioides al igual que de la lengua; por lo tanto interviene en los movimientos de deglución.

BUCCINADOR.

Constituye la pared lateral de la cavidad bucal, que corresponde a la región de los carrillos y región geniana.

INSERCIONES.

Por atrás en la parte posterior del reborde alveolar de los dos ma
xilares, en la porción que corresponde a los tres últimos molares, liga-
mento pterigomaxilar y borde anterior de la rama ascendente, de aquí sus
fibras convergen a la comisura y terminan en la cara profunda de la piel
de la mucosa de la comisura labial.

RELACIONES.

Posteriormente se relaciona con el constrictor superior de la fa-
ringe, orbicular de los labios, canino, triangular de los labios, inte-
riormente en contacto con la mucosa bucal, nervio bucal arteria y venas fa-
ciales y canal de Stenon el cual atraviesa el buccionador y desemboca a
la altura del segundo molar superior.

INERVACION.

Recibe ramos de los nervios temporofacial y cervicofacial, el ner-
vio bucal que lo atraviesa no interviene en su inervación.

ACCION.

Al contraerse mueve hacia atrás la comisura e influye en los movi-
mientos de la masticación y en el silbido al comprimirse contra los alveo
los.

NERVIO TRIGEMINO.

Es un nervio mixto integrado por una porción motora pequeña llamada *Portio Minor*, y una porción sensitiva o *Portio Major*, la cual posee -- un ganglio grande llamado *Ganglio de Gasser*, situado en el piso de la fosa cerebral media; el cual se desprenden tres grandes ramas.

- A) Nervio Oftálmico.
- B) Nervio Maxilar Superior
- C) Nervio del Maxilar Inferior.

A) NERVIO OFTALMICO.

Se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenoidal y una vez dentro se divide en tres ramas.

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| a) Nervio
Lagrimal | { | Da ramas a la conjuntiva ocular, pequeña zona de piel en el ángulo externo del -- ojo y la glándula lagrimal. |
| b) Nervio
Nasociliar | { | Inerva la mucosa arterosuperior de las fosas nasales y el ángulo interno del ojo |
| c) Nervio
Frontal | { | Inerva la piel del párpado superior y la región frontal |

B) NERVIO DEL MAXILAR SUPERIOR.

Es sensitivo atraviesa el agujero redondo mayor y luego penetra en la fosa pterigomaxilar donde se divide en:

- a) Nervio Orbitario { Inerva la piel de la porción de la sien y el ángulo externo del ojo.
- b) Ramas Nasales Posteriores. { Inerva la mucosa de las fosas nasales. El nervio naso palatino se dirige hacia el septum y a través del agujero incisivo se divide e inerva la porción anterior del paladar duro.
- c) Nervio Palatino Anterior. { Atraviesa el conducto palatino posterior inervando la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.
- d) Nervio Infraorbitario { Es la continuación del nervio del maxilar superior, corre en el piso de la órbita - formando los nervios alveolares del maxilar superior, para luego salir por el agujero infraorbitario e inervar la hendidura palpebral y las ventanas nasales.

C) NERVIOS DEL MAXILAR INFERIOR.

Es un nervio mixto con predominio sensitivo. Sale del cráneo por el agujero oval y llega a la fosa infratemporal donde da sus primeras ramas motoras para los músculos masticadores y una rama sensitiva (nervio bucal), que sigue un trayecto atravesando el buccinador. Posteriormente se divide en las siguientes ramas sensitivas:

a) Nervio
Auriculotemporal.

Se localiza dentro del cuello del cóndilo del maxilar inferior, y luego se dirige hacia arriba para seguir por delante del conducto auditivo externo.

b) Nervio
Lingual.

Corre entre la rama del maxilar inferior y el músculo pterigoideo interno y luego penetra en la lengua desde abajo e inerva su porción corporal.

c) Nervio Alveolar
Inferior

Corre al principio pegado detrás del nervio lingual y luego se introduce en el orificio del conducto dental inferior y dar ramos a la dentadura y encía del maxilar inferior.

CAPITULO II

ANESTECIA LOCAL

Todos los anestésicos locales importantes son sales de sustancias básicas, agentes que producen insensibilidad al dolor en los tejidos a -- que se les aplican.

Es necesario que los anestésicos locales sean absorbidos para que produzcan su efecto característico, ya que la capa córnea de la piel no permite tan fácilmente que penetren, si se hiciera en forma tópica, es necesario la aplicación de inyecciones endodérmicas o hipodérmicas para que la solución del anestésico se ponga en contacto con las terminaciones nerviosas. Para impedir la absorción rápida por la sangre y la linfa es indispensable interrumpir parcialmente la circulación en la región inyectada con la adición de un vaso constrictor a la solución anestésica. Para evitar traumatismo innecesarios de las células, es importante que la solución inyectada sea isotónica con respecto a los líquidos orgánicos.

El anestésico tiene señalada afinidad por el protoplasma vivo de la fibra nerviosa, forma con él una unión inestable y pasajera, dando de ese modo una insensibilidad que dura hasta que se deshace dicha unión. Dado que los anestésicos locales se inyectan repetidas veces, es preciso -- que no obren como antígenos productores de anticuerpos. Lo cual haría que la droga fuese menos potente en inyecciones subsecuentes o que se sensibilizaran tejidos, de lo que resultaría el choque anafiláctico.

Para aprovechar todas las ventajas de los anestésicos es necesario saber que para el tratamiento de los pacientes se recomienda las posiciones supina y semi-recumbente, para reducir así la incidencia de los efectos secundarios inmediatos a la inyección.

La posición supina contrarresta el descenso de la presión arterial al igual que trastornos de origen psicossomático.

CHOQUE NEUROGENO.

En ocasiones el choque se origina sin disminución, ninguna del volumen sanguíneo, por lo contrario, la capacidad vascular aumenta tanto que incluso un volumen normal de sangre es incapaz de llenar adecuadamente el sistema circulatorio. Una de las principales causas de ello es la pérdida del tono vasomotor en toda la economía.

Un aumento de la capacidad vascular o una disminución del volumen sanguíneo disminuye la presión circulatoria media, lo cual a su vez, disminuye la tendencia de la sangre venosa a volver al corazón.

Importancia de la posición corporal en el choque neurogénico, de ordinario la pérdida del tono vasomotor en toda la economía no causa choque si el paciente se halla acostado con la cabeza ligeramente baja. Si se halla en clinostatismo sólo se produce un grado ligero a moderado de disminución de gasto cardíaco. Pero si la persona se halla en ortostatismo, -- los vasos de la parte inferior del cuerpo quedan tan distendidos que la sangre se remansa y no puede ascender en volúmenes suficientes para asegurar el gasto cardíaco. En consecuencia, se produce choque muy grave.

CAUSAS DEL CHOQUE NEUROGENO:

1.- Anestesia general profunda, que muchas veces deprime el centro vasomotor hasta el punto de causar colapso vasomotor con choque neurogénico.

2.- La anestesia raquídea, especialmente cuando se extiende a toda la médula, bloquea las salidas simpáticas del sistema nervioso, constituyendo una causa frecuente de choque neurogénico.

3.- Las lesiones encefálicas, también muchas veces son causa de colapso vasomotor. Muchos pacientes que han sufrido contusión o conmoción de las regiones basales del cerebro presentan choque neurogénico profundo.

Si periodos breves de isquemia bulbar producen actividad motora extrema, la isquemia prolongada puede causar inactividad de neuronas vasomotoras y desarrollo del choque neurógeno grave.

4,- En caso de Síncope los vasos sanguíneos periféricos se dilatan considerablemente, en consecuencia, la sangre se remansa y el gasto cardiaco disminuye en forma drástica.

Al sufrir síncope, la persona con tal afección suele caerse y adoptar la posición horizontal, de manera que casi inmediatamente se restablece el gasto cardiaco cercano al normal.

Síncope vasovagal.- Síncope emocional.- El colapso circulatorio -- que se produce por síncope no suele depender de insuficiencia vasomotora, sino de la intensa excitación del parasimpático del corazón y de los nervios vasodilatadores de músculos esqueléticos, que hacen lenta la contracción cardiaca y disminuye la presión arterial.

Por lo tanto, el síncope que se produce por un trastorno emocional se le llama Síncope Vasovagal.

Síncope del seno Carotídeo, los pacientes que sufren de síncope, - dan generalmente una historia de desvanecimientos asociados a periodos de mareo entre los ataques.

Puede encontrarse una clara relación entre el ataque y el acto de voltear o alzar rápidamente la cabeza, o bien con el uso de un cuello ceñido. Por lo común se confirma el diagnóstico reproduciendo el ataque por medio de una presión firme y masaje sobre el seno carotídeo por espacio - de 10-20 segundos.

Se tiene que estimular solamente un seno carotídeo a la vez, ya -- que al estimular los dos, en pacientes seniles, deberá tenerse cuidado en no precipitar accidentes cerebrovasculares.

TRATAMIENTO.

Tipo Vagal: El sulfato de atropina a dosis 0.4-0.6 mg. 3 o 4 veces - al día (o más si es necesario), generalmente suprime los ataques. Puede - también emplearse el sulfato de efedrina a dosis de 25 mg. con fenobarbital a dosis de 1.5 mg. 3 o 4 veces al día, sulfato de amfetamina a dosis - de 5-10 mg.

Tipo vasomotor: La efedrina y el fenobarbital, al igual que en el - tipo anterior, previenen por lo común los ataques.

POSICIONES:

Semi-recumbente: Reclinado pero no acostado del todo.

Supina: Dorso hacia abajo, opuesto a prono.

Recumbente: Posición acostado boca arriba.

Prono: Posición acostada en decúbito abdominal y, respecto a la mano, de - la posición con la palma hacia abajo o atrás.

Decúbito: Actitud del cuerpo en estado de reposo sobre un plano más o me - nos horizontal.

HEMOSTATICOS

Su acción es local cuando se aplica a la parte que sangra. Antes - de llevar a cabo cualquier operación conviene interrogar al paciente acer - ca de si sangra con facilidad, y en caso de duda se debe determinar coagu - lación.

Existen dos clases de hemorragias peligrosas:

- a) Copiosa y rápida.*
- b) Lenta y continua que dura horas o días.*

Ambas originan choque y posiblemente la muerte, ciertas drogas son útiles para contener la hemorragia, pero en cirugía dental el mejor método es el de la compresa de gasa impregnada de la droga, que se sujete firmemente en el sitio sangrante.

La hemorragia por grandes vasos se contiene de preferencia por medios mecánicos. Tales como ligaduras, torsión, taponamiento o cauterización. Las pequeñas hemorragias externas a menudo se cohiben fácilmente mediante la aplicación directa de una inyección de solución de apinifrina. También son muy útiles el reposo absoluto del paciente y la abstención de alimentos líquidos, en particular de bebidas alcohólicas.

AGENTES ABSORVENTES:

Algodón purificado y diversos polvos como el almidón, cera para hueso, talco, carbón vegetal, éstos forman una capa protectora sobre la pared vascular desgarrada.

AGENTES QUE OBRAN EN LOS VASOS, PERO NO EN LA SANGRE. -

La adrenalina, efedrina, neosinefrina, cobifrina. Estas drogas obran como vasos constrictores.

La túnica del músculo liso de los vasos sanguíneos se contrae por la acción directa de las drogas, ya sea por aplicación externa ya después de ser absorbidas por la sangre.

MÉTODOS.

1.- Teóricamente el calor (termocauterización) acelera la coagulación, más también origina vasodilatación que puede alargar el tiempo de sangrado.

2.- El frío produce vasoconstricción temporal, que puede detener la hemorragia, pero también puede prolongar el tiempo de coagulación.

3.- En cirugía dental, el mejor método es la aplicación de un cuerpo extraño, como algodón estéril o gasa a la región sangrante, donde se sujeta firmemente hasta que se contiene enteramente la hemorragia. El cuerpo sirve de matriz al coágulo.

4.- El torniquete es un método mecánico para hacer presión sobre una arteria o vena a efecto de contener una hemorragia. Para contener una hemorragia arterial, se debe poner arriba del sitio sangrante y abajo para contener la hemorragia venosa.

5.- Presión en el sitio de la hemorragia.

6.- Sutura para cerrar una herida.

7.- Ligadura de la arteria o vena.

8.- Forcipresión de los vasos sangrantes.

9.- Posición elevada, para reducir la presión sanguínea en la región sangrante.

AGENTES TRÓMBOPLÁSTICOS:

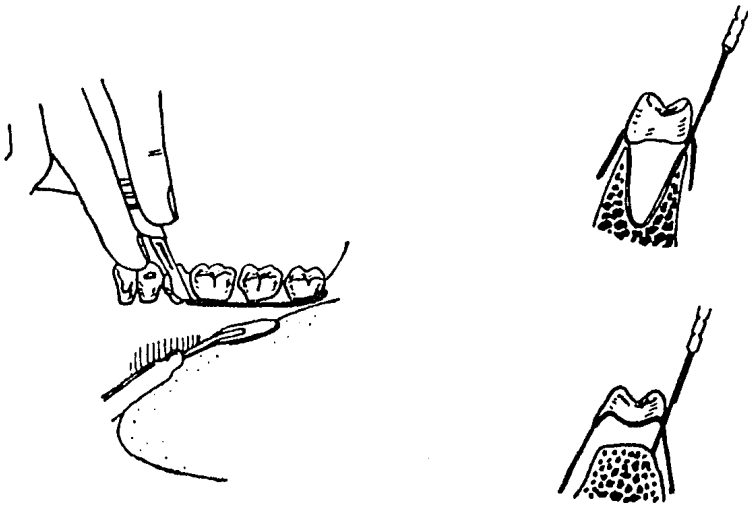
1.- Sangre total. Esta reemplaza la sangre derramada y suministra cualesquiera sustancias de que carezca la sangre del paciente.

2.- Fibrinógeno local.- Suspensión de fibrinógeno, se utiliza localmente.

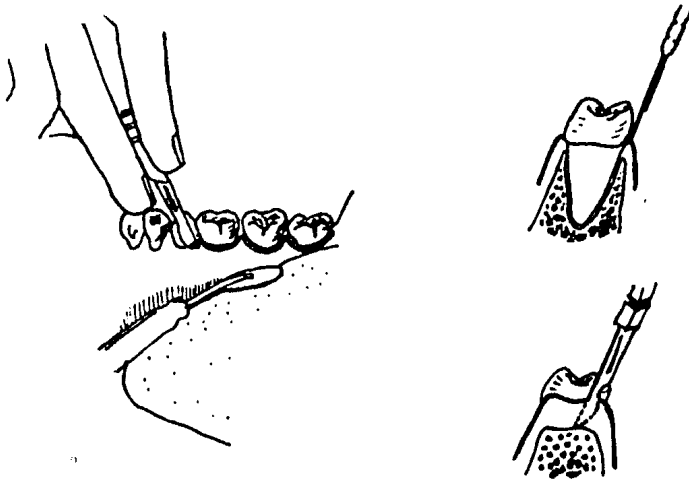
3.- Trombina Tópica.- Polvo amarillento claro, soluble en agua y -

en solución isotónica de cloruro sódico, se extrae de plasma bovino y de humano.

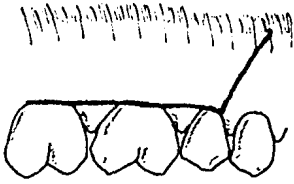
USOS.- Para aplicación local en polvo o en solución, se puede aplicar sola, con una compresa de gasa o con alguna substancia absorbible con la espuma de fibrina, el gelfoam o el oxycel. Como la trombina es una - - substancia de naturaleza proteínica, sus soluciones se descomponen a la - temperatura ordinaria en pocas horas.



Dentro de la cirugía oral, la incisión marginal es de las más empleadas en áreas donde el arco dental es cóncavo o plano, (área de molares, premolares, palatino y región de incisivos).

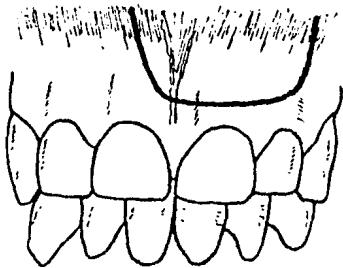


Si de cualquier manera existiera una periodontitis crónica muy - - avanzada con profundas bolsas parodontales. La incisión irá a lo largo de las crestas papilares, obteniendo así una mejor visión del hueso marginal y si fuera necesario, al mismo tiempo hacer una gingivectomía. En personas edéntulas, la incisión irá a lo largo de la cresta del alveolo.

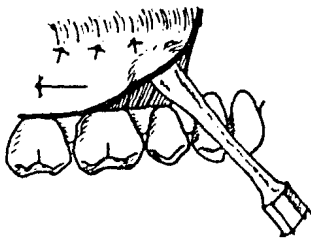


La incisión angular es una incisión marginal combinada con incisión oblicua, obteniendo - así un ángulo obtuso entre ellas, visión directa, adecuada irrigación y suficiente estabilidad del colgajo durante la cicatrización.

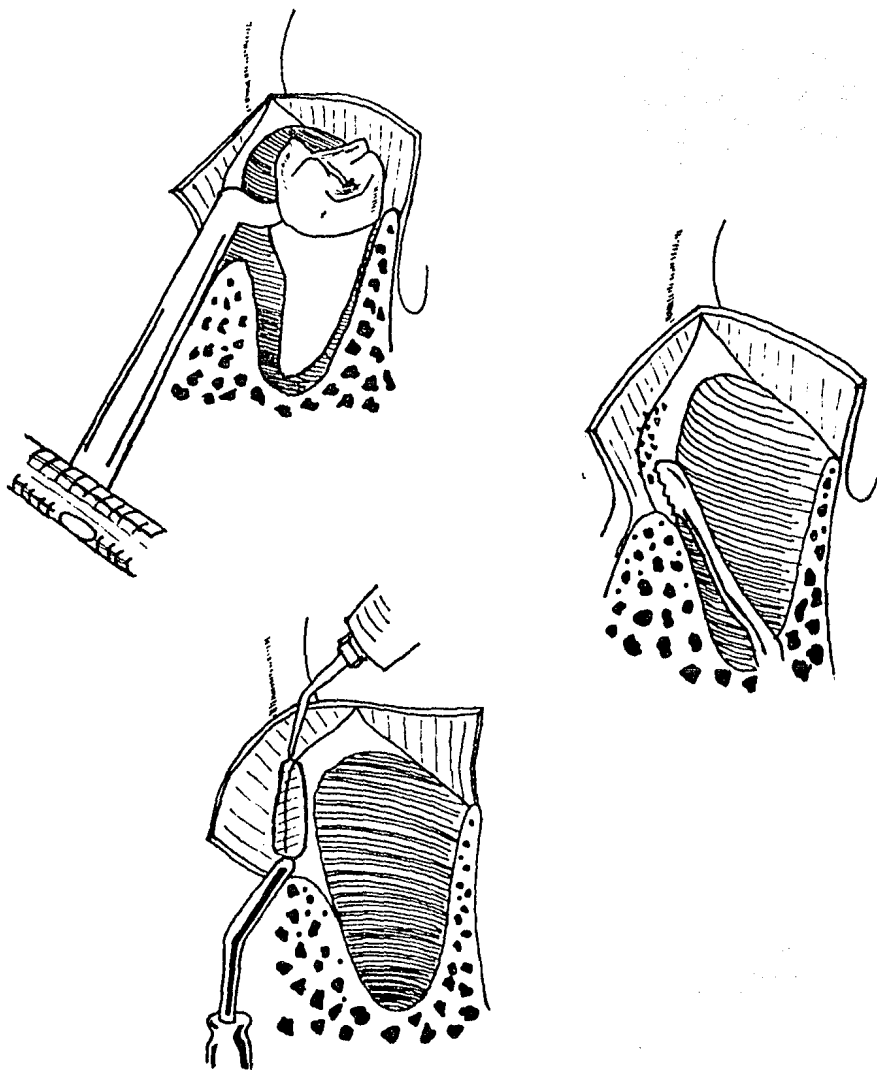
La incisión oblicua comienza en la base de - la papila para facilitar la colocación de la sutura y lastimar lo menos posible el margen gingival.



Esta incisión no involucra el margen gingival, utilizándose en el maxilar superior, -- cuando existen indicaciones especiales, por ejemplo, apicectomías o remoción de quepeños fragmentos de raíces fracturadas.

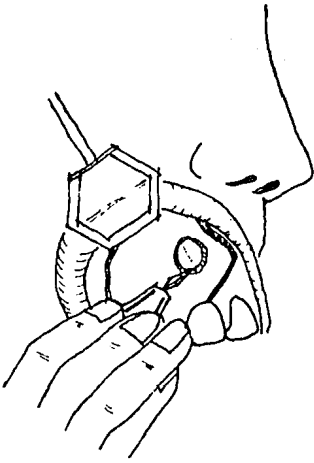


La separación del periostio, se lleva a cabo colocando el elevador en contacto directo -- con hueso a través de la línea de incisión. La elevación deberá iniciarse en el margen - gingival (según el caso), perdiéndose en la - gingiva adjunta.



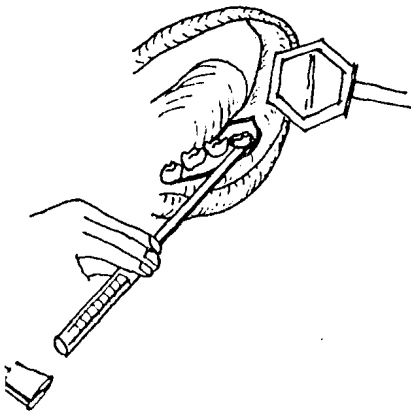
Las áreas de hueso que hayan sido lastimadas con forceps, elevadores u otros instrumentos darán como resultado aristas y picos filosos que producirán escoriaciones a la mucosa tan suave que los cubre.

Estos deberán ser removidos con una lima para hueso y solución salina estéril, ya que de lo contrario interrumpirían la cicatrización.

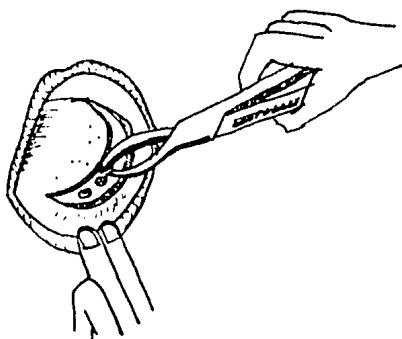


La resección de hueso puede ser llevada a cabo por tres técnicas distintas. La primera utilizando un motor de baja velocidad y fresas.

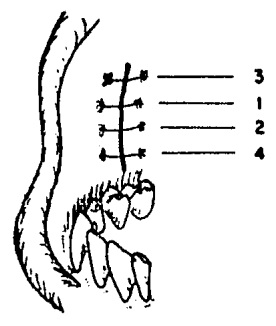
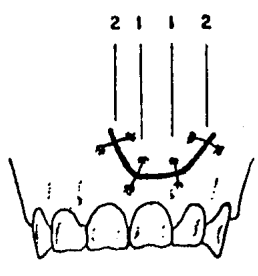
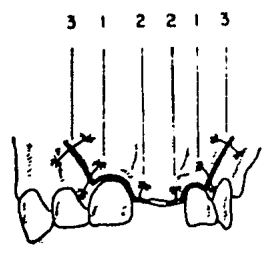
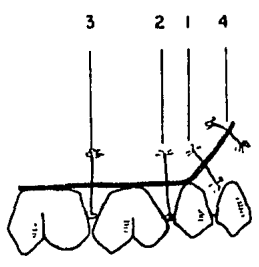
Llevada a cabo con una presión moderada y no continuamente. Manteniendo el campo operatorio limpio e irrigado con una solución salina que fluirá continuamente como medida de seguridad, para evitar el calentamiento y por consiguiente la necrosis.



La técnica de cincel y martillo requiere de entrenamiento y experiencia. Obteniendo una mínima generación de calor, aunque existe una desventaja por parte del paciente, referente a la naturaleza psicogenética de personas - - aprensivas.

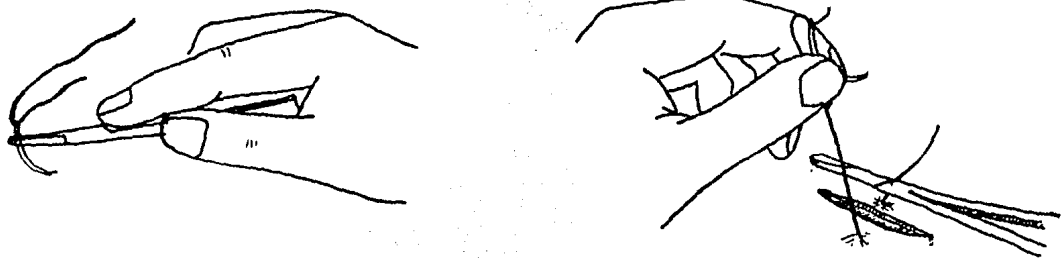


La resección por medio del alveolotomo tiene sus límites considerando su tamaño y forma, no teniendo acceso a cualquier zona. Aunque sea el que menos -- traumático.



Para asegurar la correcta aproximación de los bordes de la herida, la suturas deberán ir en el orden indicado.

Siendo primero siempre las esquinas o ángulos de los colgajos.



Las suturas son utilizadas principalmente para cerrar las terminaciones de las heridas, asegurando así una cicatrización primaria.

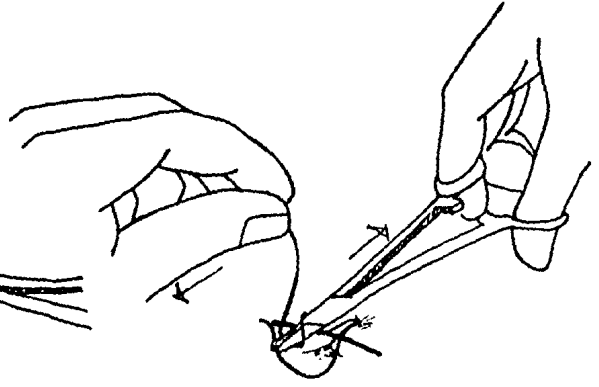
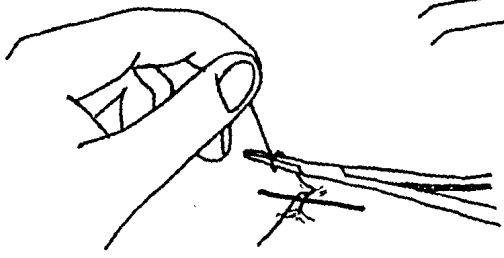
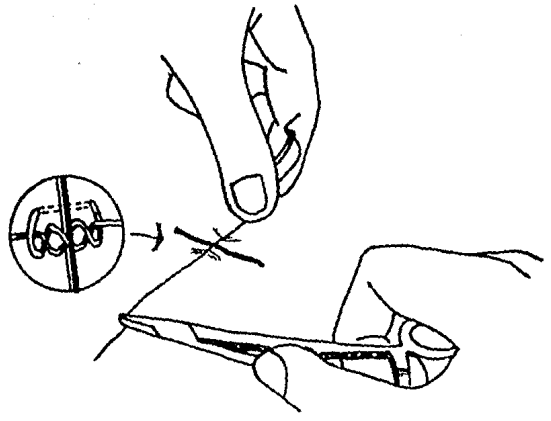
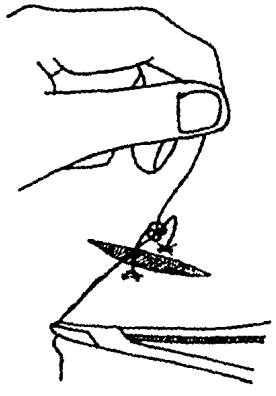
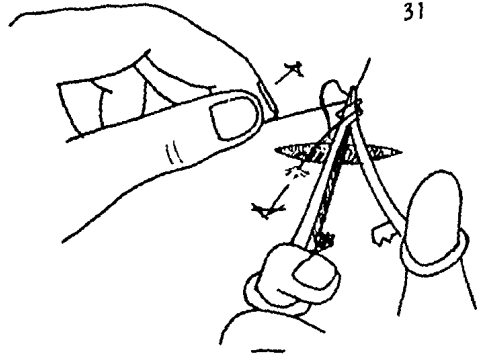
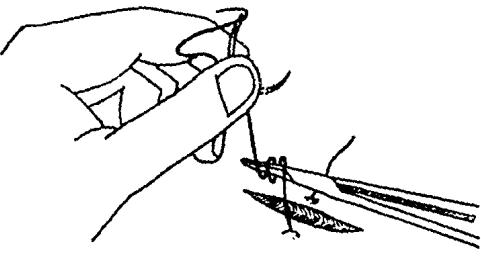
Es muy importante que la sutura no deje tensos los bordes a unir, pues esto provocaría una mala irrigación y por consiguiente una necrosis.

En casos donde es absolutamente imprescindible jalar un poco la -- mucosa, por ejemplo en el cierre de una perforación del seno maxilar.

El nylon monofilico no produce efecto absorbente y por lo tanto -- crea menos inflamación en el tejido que rodea al nudo.

Existe otro material con parecidas cualidades al nylon, hecha a base de ácido Polyglycolico (Dexón) que puede apretarse con mayor facilidad además es reabsorbible, utilizándose en lugares difíciles de remover la sutura, el calibre preferente de las suturas es 3-0.

Se utilizan agujas curvas las más usadas universalmente y las recetas que sólo están indicadas para suturas interdientales.



CAPITULO III

APICECTOMIA

La resección quirúrgica por vía transmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario o llamado también la operación de los mil detalles; ya que la minuciosidad y la observación en las consideraciones quirúrgicas son las que llevan al éxito conjuntamente con la habilidad del operador.

Indicada en dientes con procesos periapicales de cualquier índole y magnitud, portadores de grandes quistes paradentarios.

La amputación del ápice radicular puede realizarse en todos los dientes, pero por precaución se evita en los premolares y nunca se realiza en los molares tanto superiores como inferiores, al igual está contraindicado en procesos agudos; ya que la congestión impide la anemia necesaria para que la sangre no moleste al acto operatorio, al igual que en dientes portadores de paradentosis avanzadas con destrucción ósea.

INDICACIONES:

- 1.- Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- 2.- En dientes con dilaceraciones.
- 3.- En dientes que presenten falsos conductos.
- 4.- En dientes donde por accidente se halla fractuado y alojado un instrumento.

Es de suma importancia conocer el aspecto radiográfico del diente o dientes a tratar para saber con exactitud la extensión de la lesión, conocer las zonas anatómicas adyacentes a dicha lesión y no invadir las. Así como el estado de la raíz, la cual posiblemente en un intento anterior de canalizar esa raíz, pudo haber sido enormemente ensanchada, y como resul-

tado de una fragilidad provocando una fractura durante el acto quirúrgico.

Radiográficamente se puede observar la reabsorción del hueso, magnitud y dientes involucrados.

ANESTESIA.

Este paso es muy importante, ya que en un alto porcentaje de fracasos es debida a la insuficiente anestesia, Esta tien que reunir dos condiciones:

A) Debe ser anestesia (pérdida de la sensibilidad en una área circunscrita).

B) A de ser la necesaria para probocar la anemia suficiente del -- campo operatorio.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS SUPERIORES.

TIPO: INFILTRATIVA.

A nivel del surco vestibular y paralela al hueso en ambos lados -- (derecho e izquierdo), para inhibir las ramas nerviosas que del aldo -- opuesto proviene. Se debe complementar por palatino para que desaparezca la sensibilidad de la pared ósea posterior de la cavidad.

ANESTESIA PARA CANINOS.

TIPO: INFILTRATIVO O INFRAORBITARIA COMPLEMENTADA POR PALATINO.

En los premolares que casi no se lleva a cabo, es de tipo infiltrativa y complementada por palatino.

INCISIVOS INFERIORES.

TIPO: INFILTRATIVO O EN EL AGUJERO MENTONIANO COMPLEMENTADA POR LA DEL LADO OPUESTO.

INCISION.

Debe reunir ciertos requisitos.

- A) Fácil ejecución.
- B) Amplia visión del campo operatorio.
- C) Quedar en una zona alojada de la brecha ósea para no traumatizar los bordes de la incisión y no se colapse.

Existe una gran variedad de incisiones, pero de las más conocidas y empleadas se reducen a tres.

- 1.- La incisión de Wasmund.
- 2.- Partsch
- 3.- Elkan-Neuman-Peter-Novack

Las incisiones de Wasmund y Partsch se pueden utilizar para las apicectomías en los dientes del maxilar superior, se llevan a cabo de la siguiente manera:

Con un bisturí se inicia la incisión a nivel del surco vestibular y, desde el ápice del diente vecino, se lleva profundamente hasta el hueso para facilitar la sección de la mucosa con el periostio.

La incisión desciende hasta medio centímetro del borde gingival,-

y desde allí, evitando hacer angulos agudos va a dirigirse paralela a la arcada y de aquí regresando nuevamente hasta el surco vestibular terminan do al nivel del ápice del diente vecino del lado opuesto.

Lo conveniente es que la mucosa por donde va a correr el bisturí - estén tensas, para que el recorrido se lleve a cabo sin interrupciones.

En el caso de que en la intervención esté involucrados los dos incisivos superiores, se puede seccionar el frenillo sin ningún inconveniente; ya que con la sutura del colgajo, los tejidos adquirirán su estado normal, y para evitar una hemorragia se pasa un punto de sutura en lo más alto posible, y así obtener una intervención limpia.

La incisión de Neumann: está indicada en pacientes con paradentosis, y contraindicada en pacientes que sean portadores de coronas o cualquier tipo de prótesis fija.

La insición se lleva a cabo desde el surco gingival hasta el borde libre de la encía, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las papilas gingivales. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios para ayudar a que la cicatrización sea lo más perfecta.

DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO:

Es de vital importancia llevar a cabo esta maniobra, el cual se puede realizar con un legra, periostótomo o con una espátula de Freer, separando la mucosa y el periostio.

El colgajo debe ser tratado con la mayor delicadesa, pues si se llegara a lesionar ocasionaría una mala cicatrización, a esto obedece a que debe ser fijado con un instrumento romo.

OSTEOTOMIA:

Esta se puede llevar a cabo por dos técnicas muy discutidas, antes de realizarla debemos tomar en consideración:

1.- Lugar donde se va a llevar a cabo, dependiendo si existe destrucción ósea, ésta se ampliará con fresa o instrumentos.

2.- Lugar exacto de la posición del ápice radicular.

Si no existe destrucción ósea se dificultará un poco la localización del ápice. Para ayudarnos, por medio de la radiografía podemos aproximar el sitio. Existe otro método sencillo para localizarlo utilizando un alambre delgado en forma de "U"; una de estas puntas será introducida al conducto radicular, el otro extremo nos dará por vestibular el sitio para iniciar la osteotomía.

Se podrán emplear dos técnicas:

POR MEDIO DE INSTRUMENTOS

{ Cincel
Escoplo
Martillo

POR MEDIO DE FRESAS.

Los instrumentos manuales se indican cuando existe destrucción ósea (aunque también está indicado el uso de fresas), esto es debido a que el hueso está delgado y es más fácil utilizar el escoplo, pues la presión que se ejerce es mínima, a que si tuviéramos que ejercer un golpe fuerte que pudiéramos crear algún accidente.

Si se ha decidido la osteotomía por medio de fresas; esta deben --

ser redondas, de preferencia del # 3 y 5. Previamente localizado el ápice se inicia haciendo varias trepanaciones alrededor de él. Siempre acompañando la fresa de una buena irrigación con suero fisiológico, posteriormente con un golpe de escoplo se levanta la tabla ósea, o se termina con fresa.

RESECCION DEL APICE RADICULAR:

Obteniendo una amplia visión del proceso, se localiza el ápice -- radicular, el cual se amputará a nivel del hueso sano, siempre y cuando no exceda más de $1/3$ de la raíz, ya que entre más larga sea mayor será la fijación del diente.

La amputación se puede llevar a cabo de dos formas:

- 1.- Por medio de fresas.
- 2.- Empleando escoplo y martillo.

Las fresas se dirigirán su corte con un relativo bicel de posterior o anterior y deberán introducirse profundamente lo necesario para -- abarcar toda la raíz o en el caso de los premolares amputando los dos -- ápices, siempre teniendo cuidado con la presión que se ejerce, pues se -- puede fracturar la fresa, ocasionando pérdida de tiempo y por lo tanto -- disminuyendo el período de latencia del anestésico.

El empleo del escoplo es peligroso, ya que si se dirigen mal los -- golpes pueden ocasionar fracturas longitudinales o de expulsión del diente.

En cualesquiera de las dos formas, los biceles deben quedar excéntricos de aristas; y así en esta forma el muñón no actuará como cuerpo irritante.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL:

De preferencia se hace posterior a la amputación del ápice, facilitándose así la visibilidad.

El proceso se elimina con curetas medianas y bien filosas, ya que si empleáramos chicas, correríamos el riesgo de perforar los órganos adyacentes.

Empezando con pequeños movimientos elevamos de la cavidad ósea el tejido enfermo realizando una limpieza, raspando todo el tejido de granulación y membrana existente. Sobre todo en la zona retrorradicular y el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos, ya que con frecuencia los tejidos de granulación se alojan a ese nivel; y en la zona adherida a la fibromucosa palatina solo en el caso de haber de saparecido el hueso a este nivel; siendo así necesario cauterizar el tejido patológico; ya sea por los medios eléctricos o químicos (cloruro de zinc o ac. tricloracético).

Cuando el espacio entre las dos raíces es estrecho, la limpieza se lleva a cabo con fresas redondas pequeñas, lavando la cavidad con suero fisiológico tibio, arrastrando así las partículas óseas dentarias y el tejido de granulación.

Por último, obturaremos la cavidad por unos minutos con gasas para crear un campo seco.

TRATAMIENTO RADICULAR Y OBTURACION DEL CONDUCTO.

El tratamiento radicular se lleva a cabo siempre y cuando se tenga acceso al conducto por la cavidad coronaria; ya que en el caso de tratarse de un diente portador de una prótesis fija y con previa endodoncia, sólo se hará la obturación retrograda con amalgama.

El tratamiento radicular se realiza con limas y ensanchadores, lavando con alguna solución química, secando y esterilizando perfectamente el conducto.

El material para la obturación puede ser: guttapercha o conos de plata, en cualesquiera de los dos casos, se deberá calibrar en el conducto para lograr un sellado hermético, al conseguir esto se introducirá el material elegido con bastante fuerza para que sobresalga por el orificio superior del conducto. Posteriormente se espera el tiempo necesario para el fraguado del cemento, que consiste en una mezcla de 3 partes de cemento por 1 de yodoformo, en este momento se retiran las gasas que hacían --hemostasis en la cavidad.

El exceso de la guttapercha se elimina con un instrumento caliente y se bruñe con el objeto de sellar perfectamente el conducto.

En el caso de tratarse de conos de plata se corta con fresas redondas, adosándose a las paredes de la raíz.

OBTURACION RETROGRADA.

Para llevarla a cabo se prepara una cavidad retentiva en la raíz - amputada con fresas de cono invertido o cincel y hachuelas para esmalte, - se seca la cavidad perfectamente y se obtura con amalgama sin zinc. Siempre dejando perfectamente limpio y exentos de amalgama los tejidos adyacentes.

SUTURA.

El último tiempo operatorio de mucho interés y necesidad, ya que de ella depende que la evolución de la herida sea rápida, el tratamiento pos-operatorio nulo y la cicatrización perfecta.

La sutura se lleva a cabo con agujas atraumáticas ayudados por el portaagujas. Considerando que los nudos de la sutura queden en un labio de la herida y no en medio de ellos, antes de empezar la sutura se raspa un poco la cavidad, para que ésta se llene de sangre, favoreciendo así la neoformación ósea.

Los cuidados posoperatorios son muy sencillos; compresas frías, -- bolsas de hielo, enjuagatorios suaves con una solución de agua y sal.

Los puntos se retiran aproximadamente al quinto día.

ACCIDENTES.

Factores Predisponentes	{	<p>Mala elección del caso.</p> <p>Dientes multirradiculares.</p> <p>Defectuosa técnica operatoria.</p>
----------------------------	---	--

Insuficiente resección del ápice radicular, esta se debe a la mala técnica y dirección del uso de la fresa o el escoplo, ya que sólo la parte anterior de la raíz se corta, dejando un trozo de ápice infectado o en el caso de un premolar, reseca sólo la raíz vestibular, dejando la palatina.

Insuficiente resección del proceso patológico, dejando residuos de granuloma, restos de membrana quística, provocando una recidiva del proceso.

Lesión de los dientes vecinos: ocasionando la sección del paquete vasculonervioso de alguno de estos dientes o la errónea ubicación del ápice puede dar como resultado la amputación del ápice de un diente sano.

Lesión de órganos o cavidades:

1.- Perforación del piso de las fosas nasales, ocasionada con fre-

cuencia, cuando los ápices están cerca de las fosas nasales, o en el caso de utilizar cucharillas muy chicas, y fresas se puede perforar la tabla ósea, ocasionando una hemorragia nasal.

2.- Perforación del seno maxilar: esto sucede sólo cuando se trata apicectomías de caninos y premolares, ya que con la fresa puede perforarse el piso del seno y proyectar el ápice hacia su interior.

3.- Lesión de los vasos y nervios: Palatinos anteriores y mentonianos, provocándose una abundante hemorragia.

4.- Fractura o luxación del diente en tratamiento: El escoplo mal dirigido o exagerado puede originar fracturas radiculares, obligándose a la extracción del diente.

5.- Perforación de la tabla ósea lingual o palatina: La lesión más perjudicial, es la que tiene lugar en el maxilar inferior, pudiéndose originar una propagación de la infección a la región glososuprahióidea.

CAPITULO IV

FRENILECTOMIA

Frecuentemente la necesidad de eliminar el frenillo labial y lingual, por razones ortodóncicas, fonéticas, prostodóncicas o periodontales. Esto se presenta cuando el frenillo se encuentra demasiado cerca del proceso alveolar o en el margen gingival, causando problemas con la mucosa oral, para lo cual el tratamiento es quirúrgico.

FRENILLO LABIAL.

Es un repliegue de la mucosa bucal, que partiendo del punto central de inserción de los tejidos móviles en los estacionarios se dirige hacia la cara interna del labio a la línea de unión de ambos maxilares. El frenillo labial es la causa del diastema interincisivo a este se le considera desde dos aspectos: Orotodóntico y Protético.

CONSTITUCION HISTOLOGICA DEL FRENILLO

Dividido en
tres capas

Epitelio escamoso estratificado de la mucosa.
Bucal.
La túnica propia que consiste en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas y tejido fibroso blando.
La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

Frenillos
Anormales

Ancha base en forma de abanico en el labio.
Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
Ancha base en forma de abanico en el labio y en los incisivos.
Amplio frenillo difuso hacia el paladar.

Desde el punto de vista protético: El frenillo labial debe extirparse, ya que puede oponerse a la normal ubicación de la prótesis completa - y desplazar a ésta en los movimientos del labio.

Existen varias opiniones de la edad en la cual se debe extirpar el frenillo. Este debe quitarse a la edad juvenil para permitir el tratamiento ortodóncico o en la edad para fines protéticos.

Antes de llevar a cabo la extirpación del frenillo, es necesario -- tomar una radiografía; ya que probablemente el diastema pueda no ser originado por el frenillo; sino por algún diente supernumerario.

Existen varias técnicas de las cuales hay que considerar la hemorragia que se origina. Evitándola tomando el frenillo con unas pinzas de Kocher; una en el límite superior del frenillo y la otra paralela al hueso.

1.- FEDERSPIEL: Propuso que con previa anestesia infiltrativa se -- levante el labio superior para que el frenillo quede tenso.

Con un bisturí se hacen dos cortes formando un óvalo, llegando hasta el hueso.

La porción del frenillo circunscripto por la incisión se toma con -- una pinza de disección, se despega el tejido a resecar con una legra. Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura.

2.- L. HIRONDEL Y ARANDWICZ. Tensa el frenillo para que éste adquiera una forma triangular, se secciona con una tijera a la mitad de su altura, reseca con un bisturí el cordón fibroso del frenillo. Posteriormente se cauteriza con galvano la base de inserción y por último se sutura -- con 2 o 3 puntos, despegando previamente la base de la encía a los costados de la incisión.

3.- WASSMUND.- Propone 2 técnica; despegamiento plástico del fre---

nillo, practicando una incisión a ambos lados de éste, de tal forma que - los extremos inferiores de las incisiones se juntan por debajo del vértice del frenillo, despegando después la mucosa y submucosa del periostio - por seccionamiento, de tal manera que una parte de éste tejido se quede - reposando sobre el periostio para que quede más grueso y se adapta el colgajo de manera que el frenillo no actúa y se sutura.

La segunda técnica: Tratamiento Oseo: Propone una osteotomía interincisiva para corregir el diastema. Después de la operación primera se - incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media separándose estos dos elementos del hueso.

Para realizar la osteotomía Wasmundo prefiere utilizar una fresa - redonda del # 3, haciendo varias trepanaciones que circunscriban el hueso a resecar, esta porción se elimina con un golpe de escoplo filoso. Después del periostio se vuelve a su sitio fijándolo con puntos de sutura y - protegiéndolo con Wonder pack.

4.- Mead.- Sugiere trazar longitudinalmente el frenillo llegando - profundamente hasta el hueso con el bisturí, después separar al frenillo - de su inserción ósea con una espátula o con una legra, disecando el frenillo, seccionándose en su límite superior con tijeras. Por último los labios de la herida son reunidos con sutura, su límite superior con un punto en tres direcciones.

FRENILLO LINGUAL.

La corrección quirúrgica del frenillo lingual es una cirugía menor, este está localizado cerca de la arteria profunda lingual y el conducto - submandibular que deberá ser removido con mucho cuidado por la cercanía - de dichas estructuras anatómicas.

Existen dos técnicas para tomar la lengua:

1.- Levantando la lengua hacia afuera y hacia arriba, tomándola -- con una gasa para que no se resbale.

2.- Se hace pasar un punto de sutura de la parte superior a la parte inferior en la línea media, pinzando la sutura y traccionando la lengua hacia arriba para provocar distensión del frenillo.

Una vez traccionada la lengua se corta el frenillo desde la base -- de la lengua con tijeras, previamente tomada con unas pinzas.

El resultado de la extirpación dará una forma romboidal, que se -- cerrará con suturas aisladas, comenzando desde la base de la lengua.

Como la mucosa oral es bastante delgada, en esta área es preferi-- ble una aguja atraumática.

CAPITULO V

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

Consiste en dividir previamente al diente antes de extraerlo con el propósito de hacer de un cuerpo único en dos o tres elementos separados entre sí, además facilitar la maniobra quirúrgica de extracción.

INDICACIONES

- En dientes retenidos*
- En dientes erupcionados*
- En dientes con raíces divergentes*
- En dientes con coronas destruidos*

El estudio radiográfico es de vital importancia para la extracción ya que podemos detectar la calcificación de la corona, tamaño y dirección de las raíces, existencia de dilaceraciones y cementosis.

Si el diente tiene tratamiento radicular, observar el ensanchamiento de los conductos, la fragilidad de ellos y si existe el séptum interdicular.

TECNICA PARA MOLARES INFERTORES.

Para mayor visibilidad y para no traumatizar la cubierta gingival se hace un colgajo mínimo; efectuando una sola incisión vertical que, partiendo de la lengüeta interdientaria mesial, desciende medio centímetro oblicuamente hacia abajo y adelante.

Con el mismo bisturí se realiza la debridación de las caras lingual y vestibular del diente.

El siguiente paso es la osteotomía; la cual se puede realizar con escoplo o fresas.

La sección de la corona se lleva a cabo con una fresa de diamante, calculando que la sección coincida con el espacio interradicular. La fresa debe ser irrigado constantemente; ya que puede transmitir el calor al hueso y provocar necrosis.

El corte con fresa dirigido de lingual a vestibular, persigue dos objetivos: uno, hacer la sección de las raíces, y el otro crear un espacio entre las raíces, para que la punta del botador tenga acceso a las raíces sin obstáculos y poder desplazar cada una de las porciones seccionadas, hacia mesial o distal.

Para asegurarnos de la separación de las raíces, se introduce un elevador fino y se imprime al instrumento un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal.

La extracción en este momento se puede realizar con pinzas siempre y cuando las raíces sean rectas.

En caso contrario y de preferencia se utilizan los elevadores rectos y de bandera. Por lo general la primera raíz que se extrae es la mesial, utilizándose un elevador recto haciendo la luxación hacia distal o apoyándose en el tabique mesial y dirigiendo el mango del instrumento hacia adelante y hacia la línea media del paciente.

La raíz debe ser desplazada en el sentido de su curvatura.

El siguiente paso es extraer la raíz distal, esta se facilita mucho, pues se puede abordar desde el alveolo deshabitado o luxándola de distal a mesial. El único inconveniente que puede existir es la presencia de un tabique interradicular alto que impida la extracción.

Para evitar esto; la porción alta del tabique debe ser eliminada - con un elevador angular que actúe con un pico.

Al no haber ningún obstáculo se introduce el elevador por el alveolo vacío apoyando la punta contra la cara mesial de la raíz distal y - haciendo movimientos giratorios se desplaza la raíz hacia arriba y atrás. Para llevar a cabo la extracción del segundo molar inferior, se emplea la misma técnica, considerando que la tabla bucal y lingual son más resistentes, haciendo la osteotomía más pronunciada.

Después de haber extraído las dos raíces, se revisarán bien para - ver si los ápices están completos, además revisaremos bien la cavidad, evitando que queden esquirlas óseas, raspando bien el alveolo para que éste se llene de sangre, formándose así el coágulo.

En ese momento se lleva a cabo la sutura del colgajo, ayudando a - una evolución positiva de la extracción.

MOLARES SUPERIORES.

Se realiza el colgajo necesario, la osteotomía que de preferencia - se llevará a cabo con escoplo y martillo, ya que la tabla externa es muy - delgada.

La sección del molar se lleva a cabo con una fresa de diamante ampliándose con fresas de fisura; obteniéndose así tres elementos; uno mesio bucal; otro distobucal y el último palatino. Comprobándose su separación - introduciendo un elevador recto entre las raíces bucales con movimientos - de atrás a adelante. Para la palatina se introduce el elevador vertical - entre las 3 raíces haciendo movimientos rotatorios y a la vez luxando ligeramente las raíces.

La primera raíz que se extrae es la bucodistal, colocando el eleva

dor recto perpendicular en el espacio interdentario distal, haciendo pequeños movimientos oscilatorios dirigiendo el elevador hacia atrás logrando luxar la raíz hacia abajo y afuera.

La extracción de la raíz mesiobucal es muy similar a la anterior - introduciendo el elevador en el espacio interdentario, dirigiendo el instrumento hacia adelante luxándose la raíz hacia atrás y abajo.

La última raíz la palatina; se extrae aplicando el elevador contra la cara bucal de ésta, en el espacio periodóntico, todo lo que el ancho - del instrumento lo permita, para hacerlo actuar como cuña, es mejor emplear el elevador de media caña.

Movimiendo el elevador hacia arriba, con lo cual se desaloja hacia abajo y adentro, en este momento y deshabitado el alveolo se procede a -- rasparlo, revisarlo y suturando por último.

DIENTES RETENIDOS.

Todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuados en el arco deberán ser candidatos a extraerse.

La evolución preoperatoria cuidadosa permitirá una adecuada cirugía. La radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la retención y para precisar su forma, número e inclinación de las raíces.

La retención del canino superior en especial se clasifica según su localización en:

Labial

Palatina

Intermedia

Su localización es muy importante, puesto que las técnicas varían tanto, que son casi operaciones totalmente distintas.

POSICION LABIAL.

Se hace una incisión por vestibular abarcando desde el incisivo -- central hasta los premolares, despegando el colgajo y haciendo la osteotomía adecuada. Posteriormente se hará la sección del diente en tres partes, con el objeto de crear un espacio intermedio, que será el primero en extraerse, ayudándonos de esta forma a desplazar las dos porciones restantes.

Se alisarán los bordes oseos y suturaremos al final.

POSICION PALATINA.

De las tres localizaciones esta es la más frecuente, la incisión - se lleva a cabo en los espacios interdientales palatinos, empezando en el primer premolar hasta el otro premolar del lado opuesto.

Se desprende el colgajo mucoperiostico con una espátula, después - se elimina hueso con un cincel o fresa, empezando con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que aparezca más cercano al diente en la radiografía o a menos que una protuberancia obvia localice al diente).

Durante la osteotomía deberá mantenerse un margen de 1 a 2 cms., - de hueso alrededor de los alveolos.

Cuando se ha expuesto la mitad o dos tercios del diente, se hace - un corte con fresa en el cuello anatómico. Si la corona se encuentra cerca de los incisivos de manera que su punta esté en un socavado, se hace - inmediatamente un segundo corte aproximadamente a 3 mm hacia la raíz, a -

partir del primer corte.

Posteriormente se retira la pieza pequeña, empujando después la corona al espacio creado, y se extrae. Por último se empuja también la raíz y se saca con un elevador.

Las esquirlas óseas y desechos se eliminan alisando los bordes -- óseos con una cureta, cerrando la herida con 3 o 4 puntos a través de los espacios interdentes anudando sobre labial.

POSICION INTERMEDIA.

La corona del canino se encuentra sobre el paladar y la raíz sobre las puntas de los premolares.

La extracción se lleva a cabo haciendo dos incisiones: Una por palatino por donde se extrae la corona previamente seccionada, la otra incisión se hace por vestibular, extirpando con cuidado el hueso que descubrirá la extremidad radicular del diente retendio, por donde se podrá empujar hasta la herida palatina.

Los dos sitios quirúrgicos se suturan.

ACCIDENTES.

Surgen debido a errores de juicio, mal uso de instrumentos, aplicación de fuerza excesiva y al no poder obtener visualización adecuada antes de actuar.

Debido a la anatomía del seno maxilar y a su proximidad con los -- premolares y las raíces de los molares superiores deberá siempre tomarse -- en consideración.

Fuerza excesiva aplicada a los molares, puede dar por resultado -- la extracción del diente vecino con todo el borde alveolar superior y el piso del sano.

En ocasiones se han extraído el 1o., 2o., y 3er. molares junto con la tuberosidad en un segmento. Cuando se penetra dentro del seno maxilar durante un procedimiento de exodoncia, deberá informársele al paciente sobre la situación y pedirsele que no se suene la nariz y que tampoco, si le es posible, tosa o estornude.

Se le recetarán antibióticos y gotas nasales vasoconstrictoras para evitar infección y permitir que salga el líquido que se acumulará en su interior.

CAPITULO VI

CIRUGIA PREPROTESICA

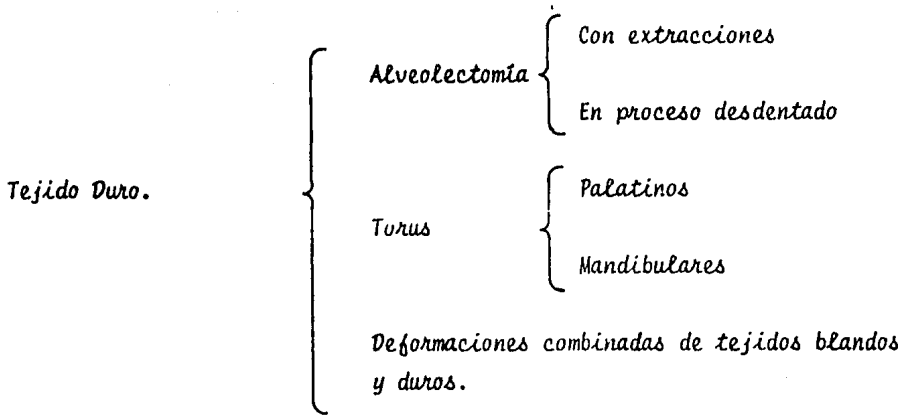
Correspondiente a preparar, mejorar, conservar y reconstruir los maxilares para que el paciente pueda usar una prótesis durante mucho tiempo gracias a la corrección quirúrgica.

Aspectos ideales de un proceso.

- | | | |
|--------------------|---|---|
| Tejidos
Blandos | { | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Tejido cubierto por tejido blando adecuado. 2.- Ausencia de socavados y protuberancias colgando. 3.- Surcos bucal y lingual adecuados. 4.- Ausencia de cintas de cicatrización que evitan que la dentadura se asiente normalmente en su periferia. 5.- Ausencia de fibras musculares o frenillos. 6.- Ausencia de repliegues tisulares blandos. 7.- Ausencia de enfermedad neoplástica. |
| Tejidos
Duros | { | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Sosten óseo adecuado para recibir una dentadura. 2.- Ausencia de bordes afilados 3.- Relación buena de los bordes alveolares superior e inferior. |

Los procedimientos correctivos necesarios para preparar el reborde desdentado o dentado, se divide en tres grupos básicos.

- | | | | | |
|---------------|---|---|---|---------------------------------|
| Tejido Blando | { | <p>Fibroma del surco vestibular</p> <p>Frenillos laterales, bridas y músculos</p> | { | <p>Superior</p> <p>Inferior</p> |
|---------------|---|---|---|---------------------------------|



FIBROMA DEL SURCO VESTIBULAR.

Es el resultado bajo el influjo traumático irritativo de prótesis mal adaptadas. Estos procesos tienden hacia la formación tumoral, persistentes, crecen mientras exista el factor irritativo.

La extirpación se puede llevar a cabo por medio del bisturí, con anestesia local infiltrativa previa, circunscribiendo el fibroma.

En la operación se levanta el labio superior permitiendo amplia visión del proceso. Tomándose el fibroma con una o dos pinzas de Kocher para poder observar ampliamente su base de implantación, y con el bisturí seccionar el proceso de derecha a izquierda en toda su extensión y límites de la cara vestibular.

Para seccionar la porción lingual o palatina se invierte la colocación del proceso ubicándolo sobre el labio, traccionando hacia arriba las pinzas y seccionándolo.

Por último se pasan puntos de sutura de cada lado anudándose fuertemente.

Existe otra técnica, la cual se lleva a cabo con el bisturí eléctrico, infiltrando un poco de anestesia, extendiendo el fibroma y eliminando primero de vestibular y por último de palatino.

FRENILLOS LATERALES BRIDAS Y MUSCULOS DEL MAXILAR SUPERIOR.

La operación puede llevarse a cabo en dos tiempos; para cada arcada. La incisión se hará sobre el borde de la cresta alveolar llevándola profundamente hasta el hueso, seccionando frenillos y músculos.

CLASIFICACION DE LOS FRENILLOS

- 1.- Ancha base en forma de abanico en el labio.
- 2.- Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
- 3.- Ancha base en forma de abanico en el labio y en los incisivos.
- 4.- Amplio frenillo difuso hacia el paladar.

Con una espátula se separa la fibromucosa, evitando que después halla contacto con la región del que fue separado. Para ellos nos podemos ayudar de los siguientes procedimientos:

1.- Suturar el borde libre del colgajo en la profundidad; plegando se sobre sí mismo, de manera que tenga contacto con el hueso descubierto la cara bucal. Después se sutura en el fondo del surco recién creado.

2.- Wassmund.- Propone otra técnica: la cual consiste en mantener el colgajo en el fondo del casco por medio de orificios creados en el hueso del maxilar superior; llevados a cabo con fresas redondas de preferencia del # 3. Las perforaciones se hacen a la derecha e izquierda, que posteriormente servirán para pasar la seda que a su vez toma el extremo libre del colgajo ascendido.

Por último, el hueso al descubiero se cubre con una tira de gasa - yodoformada, que puede ser mantenida con sutura sobre los tejidos blandos vecinos.

3.- Kazanjian.- De preferencia se amplía cuando además hay que corregir la protusión del maxilar superior.

Prácticando una incisión a lo largo del borde alveolar, despegando se de su inserción, los colgajos tanto de vestibular como de palatino.

Realizando la resección del hueso alveolar sobrante, permitiendo - así levantar la altura del surco vestibular, se vuelve el colgajo a su sitio y se sutura.

Ahora para mantener el surco en la posición más alta, propone colocar un tubo de goma flexible a nivel del surco así creado.

Este tubo se fija con suturas que lo rodean, atravesando el labio y fijándose sobre la piel, colocando después encima una gasa para hacer presión en el labio.

Las suturas, gasas y tubo se retiran al 4o. y 5o. día.

4.- QUEREILHAC: Propone practicar sobre el hueso en la parte más alta del surco, sin lesionar el seno maxilar. Dos orificios donde se introducen pequeños clavos inoxidables para sujetar un arco de alambre que se forra con gasa yodoformada, quedando directamente contra el hueso y uno de sus bordes en contacto con la profundidad del surco.

Puede conservarse de 3 a 4 días para evitar la cicatrización no deseada.

5.- Existe otra técnica consistente en una prótesis de acrílico. Para llevar a cabo esta técnica, con anterioridad a la intervención se to

para una impresión del proceso portador de la prótesis, utilizando un portaimpresiones adecuado, que sus bordes sean altos para obtener ese levantamiento de los frenillos y músculos.

Obtenido el modelo de yeso, haremos un desgaste en altura de 3 mm y en profundidad de 2 mm en toda la longitud de la zona correspondiente al surco vestibular. Después haremos una prótesis provista de una cámara de succión; la cual acomodaremos a la mucosa incidida durante la cicatrización.

Esta técnica da buenos resultados pero es muy dolorosa.

MAXILAR INFERIOR.

La ausencia del surco vestibular y o la del surco lingual ocasionan que la prótesis sólo cabalgue sobre la cresta y no sea efectivo para la masticación.

Trazando una incisión sobre la cresta alveolar, a todo lo largo -- del surco por reconstruir, se separan los colgajos, cuyos bordes libres se introducen en la profundidad de la herida labial y lingual suturándose para mantenerlo en ese sitio.

Existe un pequeño problema al encontrarse la inserción del músculo geniogloso muy cerca del borde alveolar; será necesario despegar su inserción y suturarlo al geniohioideo.

La porción ósea al descubierto se protege con una gasa impregnada con un antiséptico manteniéndose en su sitio con unos puntos de sutura.

Posteriormente este hueso se tapiza por granulación y más tarde se epitelizará.

WASSMUND: Propone una técnica para no dañar el nervio mentoniano, -realizando una incisión en toda la longitud del surco labial a excepción de la porción correspondientes a los agujeros mentonianos a ambos lados, -manteniéndose así una especie de puente que cubre el penacho mentoniano.

Esta técnica no siempre es eficaz para ayudarla se puede emplear -interponiendo una gasa en la profundidad del surco.

SASSANJIAN: Efectúa esta intervención realizando un incisión horizontal que corre paralela a la arcada alveolar y con un bisturí disecciona la fibromucosa sobresaliente en la superficie bucal del maxilar.

El colgajo con base en el borde alveolar se extiende sobre el periostio expuesto y se sutura a ese nivel.

El borde externo o labial de la incisión a nivel del labio se desciende al fondo del surco obtenido por la operación y se mantiene en posición con puntos que atraviesan desde la boca a la piel.

ALVEOLECTOMIA.

Es la eliminación quirúrgica de una porción planeada del proceso alveolar, cuando se realizan extracciones múltiples. Los contronos del --borde deberán tomarse en consideración, respecto a necesidades protéticas futuras.

PROCESO DENTADO.

Donde se realizarán extracciones con el fin de preparar los maxilares.

La exodoncia ha de ser planeada y efectuada con miras protéticas - llevando a cabo la alveolectomía sistemática y en toda la altura del proceso alveolar eliminando las aristas y crestas óseas más agresivas.

El número de dientes a extraer dependerán del estado de salud del paciente, estado de los dientes y estructuras circundantes.

Respecto al orden de extracción, se llevarán a cabo primero las -- del maxilar superior, ya que en él la anestesia surte efecto más pronto; - por lo tanto, serán los primeros dientes en extraerse, a excepción de los dientes retenidos.

Los dientes más posteriores se extraen primero para lograr mejor - visibilidad, puesto que la sangre por hemorragia se acumula en la región - posterior a los dientes extraídos.

En pacientes donde los dientes a extraer sean difíciles, como los - caninos y primeros molares, se harán primero los dientes adyacentes, a manera de poder hacer palanca mejor en el diente.

Si se llegara a fracturar el diente o la raíz, nos detendríamos pa - ra recuperar la raíz antes de proseguir con la siguiente extracción.

Por lo general preferimos dividir la arcada en tres segmentos; dos que son posterior derecho e izquierdo; que se extienden desde el espacio - interdentario entre canino y primer premolar hacia atrás. Y un segmento - anterior comprendido entre canino y canino.

Se hacen dos incisiones verticales, una entre el canino y el pri - mer premolar y la otra en el límite distal del último diente (en el caso - de tratarse del segmento posterior, ahora, si fuera en el segmento ante - rior, la incisión se llevará a cabo de canino, canino).

La incisión de la cara palatina es mínima para no traumatizar la -

fibromucosa en las maniobras operatorias, y otra incisión por bucal.

Posteriormente con una espátula roma adecuada, se levanta el colgajo mucoperiosteoc. La cantidad de elevación del colgajo bucal está en directa relación con la extensión de la operación, pero por lo general es suficiente que la separación sea hasta la región del tercio apical de los dientes.

Va que no deberá desprenderse totalmente la fibromucosa gingival - sino dejarla adherida al hueso a lo largo de su unión con la mucosa floja del fondo del surco, evitando así el peligro de desplazar los tejidos móviles del fondo del surco en el momento de suturar. Además evitar los hematomas y edemas posoperatorios.

El colgajo palatino se separa y se fija con un hilo al molar del lado opuesto, se hace la osteotomía de la tabla externa con escoplo o fresa.

Se llevan a cabo las extracciones según señalamos anteriormente, - después de haberlas realizado, se examinarán las placas alveolares bucales y hueso interseptal para buscar protuberancias y bordes afilados, colocando unas pinzas de gubia universales, de lado, a mitad del alveolo vacío y la alveolar labial o bucal. Resecándose para lograr una altura uniforme en todos los alveolos.

Las pinzas se colocan entonces en ángulo de 45° sobre la cresta interseptal con un pico en cada alveolo y se elimina la punta bucal.

Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rota una pequeña cureta en el punto de la hemorragia. Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso.

Posteriormente se eliminan las partículas sueltas, se retira el hilo que detenía el colgajo y se regresa a su lugar de origen sobre el hueso,-

frotándose con el dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alveolo está listo.

Las placas bucal y palatina deberán contornearse aproximadamente a la misma altura para formar un borde plano y ancho.

El tejido blando excesivo y el tejido de granulación crónica se -- eliminarán de los colgajos bucal y palatino, por último se sutura en forma continua o con puntos separados, sin tensión.

PROCESO DESDENTADO.

Pueden subsistir condiciones que no armonicen con la regularidad -- que se requiere para la preparación de una prótesis correcta.

La alveolectomía se puede realizar posterior a las extracciones -- mínimo dos semanas después, ya que las heridas hayan cicatrizado, y dependiendo de la edad de los pacientes.

Preparándola de acuerdo a la ubicación, extensión y forma del excudente óseo que se precise resecar.

La incisión mayor se hace en el borde de la arcada llegando hasta el hueso, y en los extremos de las incisiones otras perpendiculares de manera que se forma una "H"; posteriormente se desprende los colgajos hacia bucal y palatino, dejando perfectamente al descubierto las crestas o resecar. El colgajo debe de separarse para no traumatizarlo.

La osteotomía se hace con pinzas gubias, resecando las puntas, -- crestas o bordes. Con una lima se pule el hueso, de manera que quede completamente liso.

Por último se regresa el colgajo a su sitio y se sutura, previamente lava la zona con una solución salina estéril.

TORUS.

Malformaciones constituidas de hueso y mucosa, que no tienen importancia patológica pero a veces se formulan diagnósticos equivocados, considerándolos tumores, alarmando así a los pacientes.

TORUS PALATINO.

Los torus contra los que choca una prótesis, son fuentes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección o falle la dentadura e incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

La extirpación, previamente deberán estudiarse con radiografías laterales, para descartar la posibilidad de neumatización, ya que si se extirpara en estas condiciones podríamos dar lugar a la producción de una abertura buconasal yatrógena (paladar hundido traumático).

Según THOMA, los torus adquieren distintas formas:

	Nodular.
	Plano.
Torus	Fusiforme.
	Lobular.

La incisión en superiores se practica recorriendo el centro del torus en sentido anteroposterior y en toda la extensión del proceso en cuyas extremidades se abren en forma de "V".

Posteriormente con una espátula de Freer se levanta el colgajo, dejando al descubierto la exostosis, haciendo hemostasis por compresión, el torus no deberá cortarse en masa, para evitar entrada a la nariz, sino que deberá subdividirse en segmentos con una fresa. En este momento, los -

segmentos se retiran con escoplo y martillo terminando por aislar las protuberancias con una lima ósea.

Por último se recorta el colgajo y se sutura laxamente.

El paladar debe cubrirse para evitar formaciones de hematomas y -- sostener el colgajo, cubriéndose óptimamente con una férula de acrílico -- ajustada a los dientes mediante ganchos o ligaduras de acero inoxidable, -- permaneciéndose ahí durante 48 horas. Posteriormente se retirará para limpiar y examinar la herida.

Por último, la férula removible se llevará por unos días más, hasta haber curado bien la herida, quitándose después de cada comida para -- tomar medidas de limpieza bucal.

TORUS MANDIBULAR.

Principalmente se localizan en el área lingual a nivel de los premolares y son generalmente bulbares formándose una gruesa exostosis que -- se extiende hacia atrás desde el canino hasta el 2o. molar.

La incisión irá sobre la cresta del reborde desdentado o alrededor de los cuellos de los dientes, para lograr un cierre adecuado, además deberá ser lo suficientemente larga para abarcar todo el torus y no desgarrar el colgajo.

Los tejidos labiales no se liberan, proporcionando así, tejido labial estable para cerrar y evitar pérdida de la profundidad del surco. -- Una vez descubierto se hará un canal con fresa para desarrollar un plano, desde el cual se dividirá, colocándose un osteótomo de un sólo bisel y dividiéndolo con un golpe de martillo.

Por último se alisan las zonas de desprendimiento con una lima o --

fresa, según el espacio existente.

El área se irriga con una solución salina normal, cerrándose con puntos separados de sutura; y colocando una férula de acrílico sobre la cara lingual, con las mismas consideraciones que para la superior.

EXISTE OTRO TIPO DE ABORDAJE.

- 1.- Haciendo la incisión medio cm. arriba del torus.
- 2.- Despegamiento cuidadoso, por ser tan delgada la mucosa en esa zona.
- 3.- Osteotomía en la base del torus y luego un golpe de escoplo en donde se hizo división.

DEFORMACIONES DE TEJIDOS COMBINADOS, DUROS Y BLANDOS.

Las tuberosidades agrandadas del maxilar superior pueden acompañar casos de hiperplasia fibrosa submucosica o pueden ser el resultado de auténticos agrandamientos óseos, que interfieran en el asentamiento de la dentadura o al choque en el espacio intermaxilar.

La corrección se logra haciendo una resección en forma de cuña del tejido fibrótico hasta el hueso, que se encuentra localizado en la porción de la cresta del borde y resecaando tejido submucósico de los colgajos bucal y palatino.

Las áreas óseas socavadas o de exceso se eliminan con pinzas o fresas quirúrgicas siempre irrigando.

Una vez obtenido el contorno óseo deseado, seutura sin hacer tensión.

HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES

Las prominencias de la tuberosidad del maxilar no permiten que las prótesis se adapten a nivel del surco vestibular, no realizándose por lo tanto el sellado periférico.

Estas pueden ser el resultado de una insuficiente alveolectomía al realizarse la exodoncia del segundo y tercer molares superiores, se realiza una incisión en el borde alveolar llegando hasta el hueso, separando el colgajo bucal, para dejar al descubierto la hipertrofia lateral. Esta se reseca con pinza gubia o con un golpe de escoplo. La superficie ósea resultantes se alisará con escofinas y fresas quirúrgicas.

El colgajo se colocará en su sitio para verificar con el dedo que ya no existen puntas o bordes agudos, siendo así, se suturará.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la presente tesis, podemos determinar la valiosa labor que en nuestras manos está, el procurar que nuestros pacientes conserven la mayoría de sus dientes en buen estado.

Dado nuestro empeño, conocimiento y criterio para cada paciente.

O en el caso que por necesidades de salud o protéticas se tenga -- que perder alguna pieza, cuidar que el diagnóstico sea lo más acertado posible.

Y mediante la realización de las técnicas quirúrgicas adecuadas y con destreza, dar a nuestros pacientes la tranquilidad, confort y seguridad de que su problema oral está bien manejado y que al finalizar estará en las mejores condiciones de salud, función fonética y estética.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ries Centeno Guillermo.
Cirugía Bucal
Editorial Ateneo
Volumen I, 5a. edición.
- 2.- Ries Centeno Guillermo
Cirugía Bucal
Editorial Ateneo
Volumen II, 5a. edición.
- 3.- Kruger O. Gustavo
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
4a. edición.
- 4.- Winther J. E., Birn H.
Manual of Minor Oral Surgery
A step by step atlas.
Published in the USA
by W. B. Saunder Company
1a. edición
- 5.- Dobbes Edward, Prinz Hermann
Farmacología y Terapéutica Dental.
Editorial hispano Americana.
10a. edición.
- 6.- Revista de la Asociación Dental Mexicana.
Volumen XLI # 5 Sept-Oct 1984.

- 7.- *Guyton Arthur C.*
Tratado de Fisiología Médica
Editorial Interamericana
5a. Edición.

- 8.- *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*
Salvat Editores
8a. edición.