

24' 411

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

CIRUGIA PREPROTETICA

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

ROSALVA GOMEZ SANCHEZ



México, D. F.

1981



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.

I N D I C E

- 1.- Introducción.
- 2.- Historia Clínica.
- 3.- Evaluación preoperatoria del paciente.
- 4.- Infección focal.
- 5.- Anestesia en la práctica oral.
- 6.- Instrumental quirúrgico.
- 7.- Corrección quirúrgica de anomalías de los tejidos blandos.
- 8.- Corrección quirúrgica de anomalías de los tejidos duros.
- 9.- Preparación quirúrgica de los maxilares con fines protéticos.
- 10.- Toma de impresiones.
- 11.- Prótesis inmediata.
- 12.- Cuidados posoperatorios.
- 13.- Conclusiones.
- 14.- Bibliografía.

INTRODUCCION

La Cirugía, rama de la Medicina que trata de las enfermedades y accidentes bucales, totalmente o en partes, por procedimientos manuales y operatorios y es como ella ciencia y arte, y se deriva de cheir-mano, y ergon-obra.

Comprende una concepción y orientación general, de acuerdo con la unidad orgánica, y a su vez, un ramaje propio: las especializaciones derivadas de condiciones regionales, las cuales exigen conocimientos especiales, modalidades, instrumental y técnicas operatorias, adaptados todos ellos a las diferenciaciones anatomofuncionales normales y con mayor razón a las patológicas, que obligan, justifican y caracterizan el criterio clínico-quirúrgico.

Hace dos siglos los cirujanos podían disponer para la analgesia de sustancias como el alcohol, opio, beleño, cocaína y mandrágora. Sertenius logra aislar el ingrediente activo del opio y se le da el nombre de morfina en honor de Morfeo, el Dios griego del Sueño. Alexander Wood, médico escocés administra por primera vez el opio con jeringa.

Después de 30 años se logra el uso clínico de la cocaína, extraída de las hojas de coca, conocida desde siglos en América del Sur.

La extracción dentaria es una operación muy antigua. En los primeros siglos debió realizarse por métodos brutales y agresivos.

Mucho se ha avanzado desde aquellos días, hoy está reglada por principios quirúrgicos contemporáneos y técnicas actuales y precisas. De nuestros lejanos hermanos los barberos, hasta el Cirujano Bucal de estos días median siglos de perseverancias y esfuerzos en busca de lejanos horizontes, por lo que en la actualidad podemos ejercer una profesión y especialidad que asombran por su progreso y dignificación.

HISTORIA CLINICA

El interrogatorio y la exploración de los enfermos para ser completa debe ser ordenada, siguiendo una secuencia lóg^{ica}, el cual comprende:

- I.- Interrogatorio.
- II.- Exploración física.
 - 1.- Inspección.
 - 2.- Palpación.
 - a) Signos vitales.
 - b) Cabeza y cuello.
 - 3.- Percusión.
 - 4.- Auscultación.
 - 5.- Medición.
 - 6.- Punción exploradora.
- III.- Métodos complementarios de laboratorio.
 - 1.- Biometría hemática.
 - 2.- Química sanguínea.
 - 3.- Pruebas de coagulación.
- IV.- Métodos complementarios de gabinete.
- V.- Diagnóstico.
- VI.- Pronóstico.
- VII.- Plan de tratamiento.

INTERROGATORIO

La anamnesis es la base fundamental e insustituible del diagnóstico, por medio del cual se recopilan datos, signos y síntomas del paciente.

1.- Datos Personales:

Nombre. _____ Edad. _____ Sexo. _____
Edo. civil _____ Ocupación _____
Dirección. _____ Médico Gral. _____
Raza. _____ Teléfono _____

2.- Antecedentes heredofamiliares

Estado de salud de la familia; padres, hijos, en ocasiones abuelos y tíos. En caso de muerte mencionar la causa probable. Enfermedades familiares, su frecuencia y causa probable como diabetes, obesidad, crisis convulsivas, demencias, padecimientos cardíacos, presión arterial, tuberculosis pulmonar, sífilis, alergias, neoplasias.

3.- Antecedentes personales no patológicos.

Estado socio-económico, situación ocupacional, habitación, alimentación, higiene personal, estudios, ambiente social, ingestiones tóxicas como alcohol, tabaco, medicamentos.

4.- Antecedentes personales patológicos:

Estado de salud en general del paciente en el pasado, enumerando en orden cronológico las enfermedades propias de la infancia, anotando edad de inicio, frecuencia, fenómenos que la acompañaban, poniendo mayor atención en el interrogatorio sobre el problema que aqueja al paciente, antecedentes quirúrgicos, transfusionales o alérgicos.

5.- Padecimiento actual:

Enumerando y describiendo en orden los síntomas y el tiempo de evolución e intensidad del problema, haciendo posteriormente una valoración integral de los síntomas en el momento actual.

6.- Interrogatorio por aparatos y sistemas.

DIGESTIVO:

Síntomas referentes a dientes, encías, labios, lengua, masticación, articulación temporomandibular, sentido del gusto, apetito, náuseas, vómito, dolor abdominal y sus característi--

cas de las evacuaciones, sangrado del tubo digestivo, uso de antiácidos, laxantes.

CARDIOVASCULAR:

Dolor torácico, palpitaciones, disnea de esfuerzo y paraxística, ortopnea, hipertensión arterial, dolor de reposo en las extremidades inferiores, varices, úlceras varicosas, flebitis, coloración de tegumentos, lipotimias.

RESPIRATORIO:

Dolor nasal, obstrucción respiratoria, escurrimiento nasal, epistaxis, catarros frecuentes, fonación, laringitis, disnea, tos, espectoración, cianosis bronco. espasmo (asma bronquial).

URINARIO:

Características de la orina, como dolor, olor, número de micciones o retardo, cantidad, dolor lumbar.

GENITAL FEMENINO:

Menarquia, ritmo, cantidad, dolor, tensión premenstrual, flujo vaginal, menopausia, mamas, tumores, secreción, lactancia, número de abortos espontáneos o provocados, número de partos a término o prematuros normales o cesárea.

GENITAL MASCULINO:

Iniciación de la pubertad, padecimientos infecciosos, sífilis, secreciones, líbido-erección.

SISTEMA NERVIOSO:

Estado de ánimo predominante, ansiedad y tensión en períodos de stress, sueño, somnolencia, insomnio, actitud en general si es dócil, agresiva.

EXPLORACION FISICA.

La exploración tiene por objeto reconocer las anomalías físicas del enfermo y hacer la apreciación correcta de -

Los límites de la normalidad y anormalidad, los signos físicos del paciente, como exostosis y hundimientos, equimosis, hematomas, movimientos involuntarios, edema, piel.

INSPECCION:

Es el examen del enfermo por medio de la vista, se divide en directa o inmediata y en instrumental o mediata. Nos ocuparemos primero en las particularidades de orden general, - como son: actitud o postura, facies, hábito corporal, talla, - estado de nutrición, marcha y movimientos en general, para centrar posteriormente nuestra atención en el órgano supuesto enfermo, en este caso la cavidad oral.

PALPACION:

Es un método de exploración que se vale del sentido - del tacto. Permite el examen de las partes normales o patológicas colocadas bajo la piel o en cavidades naturales de pared flexible. Se divide en directa e indirecta, la indirecta que se hace por medio de instrumentos como sondas, catéteres, estiletes; cuando la palpación de una cavidad es directa con los dedos se llama tacto por ejemplo en faringe vagina o recto.

SIGNOS VITALES:

1.- Pulso.- La frecuencia promedio del pulso en adultos normalmente es de 60 a 80 pulsaciones por minuto; en niños es de 90 a 140; en ancianos de 70 a 80.

2.- Presión Arterial.- La presión arterial promedio es aproximadamente 120/80 a la edad de 20 años y se va elevando - hasta 160/90 a la edad de 60 años.

3.- Temperatura.- La temperatura normal del hombre oscila entre 36.5 y 37.2°C.

4.- Respiración.- El número de respiraciones oscila en el hombre sano entre 17 y 25 por minuto, la cantidad de aire - que ingresa a cada inspiración es la de 500 cm³.

CABEZA Y CUELLO:

1.- Boca.

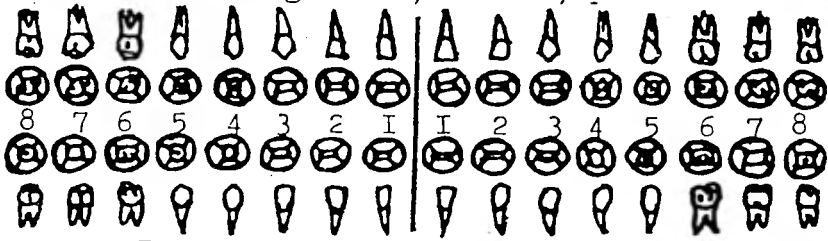
Labios: color, humedad, protuberancias, úlceras, grietas

tas, desviaciones.

Lengua: tamaño, color, sabor, edema, papilas, úlceras, grietas, examinar el XII par craneal (hipoglosso).

Mucosa bucal: coloración, pigmentación, úlceras, nódulos.

Dientes: número, forma, separación, oclusión, condición higiénica, caries, prótesis.



Encías: inflamación, retracción.

Paladar: forma e integridad.

Amígdalas: tamaño, criptas, úlceras, abscesos.

Cuello: forma y volumen, simetría, movilidad.

Ganglios: localización, tamaño, dolor, consistencia, -movilidad.

Tiroides: Tamaño, volumen, consistencia, contorno y nódulos.

PERCUSION:

Este método consiste en golpear suavemente la superficie del cuerpo con el fin de obtener sonidos cuyas cualidades permiten reconocer el estado físico del órgano subyacente. Este procedimiento se efectúa por medio de golpes dados con los dedos o con un martillo, en la cavidad oral se emplea un espejo.

AUSCULTACION:

La cual consiste en aplicar el sentido del oído, para recoger todos los sonidos o ruidos que se producen en los órganos. Que pueden ser directamente o indirectamente usando - el estetoscopio.

MEDICION:

La medición es el método de exploración que permite - comparar una magnitud desconocida con otra conocida, que sirve de unidad.

Las magnitudes que se comparan, pueden ser de peso, - de volumen, de longitud, de presión, de intensidad luminosa.

PUNCION EXPLORADORA:

La punción exploradora consiste en la introducción, a través de los tejidos, de una aguja hueca o de un trocar fino, seguida de una aspiración por medio de una jeringa, con objeto de saber si en la región de que se trata, existe una colección líquida.

METODOS COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO.

BIOMETRIA HEMATICA:

DETERMINACION	VALORES NORMALES
1.- Hemoglobina	Mujeres de 13.0 a 17.0 g. % Hombres de 15.0 a 20.0 g. %
2.- Hematocrito	Mujeres de 40. a 52. c.c. Hombres de 45 a 60 c.c.
3.- C.M.H.G	De 31 a 36 %
4.- Volumen globular medio	De 83 a 104 micras cúbicas.
5.- Leucocitos	De 5,000 a 10,000 por mm ³ .
6.- Linfocitos.	De 24 a 38 %
7.- Monocitos.	De 4 a 9 %
8.- Neutrofilos.	De 50 a 70 %
9.- Eosinofilos.	De 1 a 4 %
10.- Basofilos.	De 0 a 1 %
11.- Mielocitos.	0 %
12.- Metamielocitos	0 %
13.- En banda	De 4 a 7 %
14.- Segmentados.	De 45 a 65 %

QUIMICA SANGUINEA

DETERMINACION	TECNICA	VALORES NORMALES
Glucosa	FOLIN-WU	80-110 mg. %
Urea	KARR	21-32 mg. %
Acido úrico		2.4-5.5 mg. %
Creatinina	FOLIN	1-2 mg. %
N no protéico	KOCH-Mc MEEKIN	25-35 mg. %
Fosfatasa alcalina adultos	BODANSKY	1.5-4.5 U. %
Fosfatasa ácida	GUTMAN	Menos de 4 U. %
Fracción prostática		Hasta 15%
Colestero total	SCHOENHEIMER Y SPERRY.	170-270 mg. %

PRUEBAS DE COAGULACION

DETERMINACION	TECNICA	VALORES NORMALES
Tiempo de Sangrado	DUKE	De 1-3 minutos.
Tiempo de Coagulación	LEE WHITE MOD Mc. Gowan	De 3-8 minutos.
Tiempo de Protrobina	QUICK	De 11" a 15" de 80 a 100 % activi- dad.
Tiempo parcial de Tromboplastina	PROCTOR Y RAPAPORT	De 30" a 50"
Número de Plaquetas	BRECHER y CRONKITE	de 200,000 a 400,000 mm ³ .
Retracción del Coágulo	MacFARLANE	Comienza a los 30' y es completa las 4 Hrs.

METODOS COMPLEMENTARIOS DE GABINETE

Los métodos complementarios de gabinete serán ordenados únicamente los que se juzguen necesarios, de acuerdo con los datos obtenidos y no querer que la profusión de ellos resuelva la situación, como el uso de películas radiográficas.

Terapéutica empleada con anterioridad y resultados -

con ella se hayan obtenido. Diagnóstico postoperatorio en caso de intervención quirúrgica.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas de ésta, y su determinación por medio de inspección, palpación, percusión y auscultación.

PRONOSTICO

Es el juicio más o menos hipotético acerca de la determinación probable de una enfermedad, especialmente en un individuo determinado; basándose en los signos o síntomas que permiten prever un resultado probable.

PLAN DE TRATAMIENTO

Es el conjunto de medios de toda clase, y pueden ser higiénicos, farmacológicos o quirúrgicos; que pondremos en práctica para la curación o alivio de nuestro paciente.

Teniendo como base para la elección del tratamiento - el estudio detenido de su historia clínica.

EVALUACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE

A excepción hecha de las operaciones de urgencia, - - cualquiera que se efectúe en el organismo requiere una preparación previa a fin de ponderar éste en las mejores condiciones para soportar con éxito la intervención. Las operaciones en cirugía bucal no escapa a estas necesidades, aunque indudablemente, por tratarse por lo general de una afección local, - la preparación que exige es menor.

Del punto de vista clínica quirúrgica, la preparación previa enfoca al organismo en su totalidad y así la define Arce: la apreciación del estado de salud de una persona en vistas de operación, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo, y en caso contrario adoptar - las medidas conducentes a que ese riesgo desaparezca o sea reducido

Del punto de vista de la técnica quirúrgica es, en - cambio, el conjunto de consideraciones y medidas a efectuarse con referencia a la región a intervenir.

En caso de tratarse de un paciente con su estado general comprometido por alguna afección general, o como complicación de su enfermedad bucal, debe ser tratado previamente por su médico general para ponerlo en las condiciones que se necesita.

MEDIDAS GENERALES

Evaluación del estado general, el preoperatorio exige, por definición, tomar todas las medidas y precauciones para - cualquier tipo de intervención pueda cumplirse con el menor - riesgo posible.

La edad del paciente frecuentemente modera el tratamiento quirúrgico. En su mayoría, los pacientes jóvenes sanan más pronto que los viejos. Como consecuencia se podrán - aplicar procedimientos quirúrgicos más amplios en el paciente más joven sin que ello constituya obstáculo para una curación satisfactoria. En el paciente de más edad, en quien el catabolismo puede exceder el anabolismo, los procedimientos quirúrgicos extensos no solamente retrasarán la curación, sino - harán que la amplitud y calidad del tejido curado sea menos -

deseable. En esta clase de pacientes se pueden obtener mejores resultados limitando la amplitud de los procedimientos quirúrgicos hechos en una sola sesión.

El estado nutricional del paciente debe ser tenido en cuenta antes de la intervención. La ingestión de una dieta bien equilibrada no significa necesariamente que el organismo absorba o utilice estas materias para reparar los tejidos dañados. La hipoproteïnemia, consecuencia de enfermedad renal, disfunción hepática o ingestión de una dieta pobre, puede impedir la curación rápida.

La anemia, aparte de la causa que la origine puede evitar una curación satisfactoria, incluso aunque la intervención se haga con gran meticulosidad. Es sumamente imprudente extraer todos los dientes y colocar una prótesis completa superior e inferior en el paciente anémico o deficientemente nutrido.

En el paciente anémico, es mejor dejar la intervención hasta que la anemia fundamentalmente haya sido corregida con medidas como dieta suplemento de hierro, no se justifica el hacerle al paciente una transfusión de sangre completa con el fin de quitarle varios dientes de una sola vez.

Cuando el paciente tiene varias enfermedades sistémicas específicas, resulta beneficioso la consulta con el médico. El paciente que aqueja enfermedades reumáticas, congénitas o valvulares, debe ser tratado con antibióticos antes de la intervención para evitar la posibilidad de que se desarrolle una endocarditis bacteriana subaguda, si el paciente no es alérgico al antibiótico se le administra la penicilina.

Los pacientes sometidos a tratamientos anticuagulante para enfermedades como infarto del miocardio, insuficiencia de la arteria bacilar, infarto pulmonar recurrente, también presentan problemas antes de la intervención. Estos pacientes toleran normalmente la extracción de dientes y la alveoplastia conservadora sin exceso de hemorragia, pero debe evitarse el hacer coigajos grandes al extraer varias piezas dentarias de una vez.

El empleo de gelfoam y de suturas contribuyen a mantener la hemorragia al mínimo. La posibilidad de hemorragia-

debe tenerse siempre presente cuando se practican intervenciones en pacientes con discrasias sanguíneas o enfermedades hepáticas graves.

Los tejidos de los pacientes con hepatopatías no cicatrizan rápidamente a causa de la deficiencia de proteínas. - La intervenciones excesivas en pacientes que están tomando - cortisona u otros esteroides pueden precipitar una insuficiencia adrenalínica aguda, con posibilidad de muerte, si no se adoptan ciertas precauciones. Estos pacientes son también - más propensos a sufrir infecciones debido a las propiedades - anti-inflamatorias de los esteroides adrenales.

Interesa establecer si el paciente recuerda haber tenido algún inconveniente en intervenciones bucales o de cirugía general, antes, durante o después de ella; si toleró bien la medicación posoperatoria, si hubo de ser sometido antes de otras operaciones a algún tipo de tratamiento, o si hubo necesidad de interrumpir con cierta antelación de dichas operaciones, alguna medicación habitual que venía tomando.

MEDIDAS LOCALES

Estado de la cavidad bucal, además del diagnóstico de la patología quirúrgica que motiva la intervención, debe hacerse el examen complementario del estado de la cavidad bucal.

Las afecciones de las partes blandas de la cavidad - contraindican asimismo toda operación en esta región, por el peligro que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representan para el operador.

Por lo demás la cavidad deberá reunir condiciones óptimas de limpieza y desinfección, ya que no de esterilización. El tártaro salival, las raíces y los dientes con caries serán removidos u obturados según el caso. Cabe naturalmente la excepción a esta medida, toda vez que la extracción de dichas raíces o dientes constituya el objeto principal de la operación.

Aún en estado normal debe lavarse cuidadosamente la boca con una solución de agua oxigenada o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada-

en un volumen diez veces mayor de agua.

Los espacios interdentarios, las lenguetas gingivales y los capuchones de los terceros molares se lavarán con la misma solución o con un antiséptico cualquiera y antes de la operación se pincelan con titura de merthiolate (timerosal).

Con las medidas antisépticas preoperatorias de la cavidad oral quedará en condiciones óptimas para haber disminuido en gran medida los riesgos y las complicaciones derivadas de toda intervención.

INFECCION FOCAL

El foco de infección es una zona circunscrita de tejido, infectada por microorganismos patógenos exógenos, que suele localizarse cerca de una superficie mucosa o cutánea. Esto ha de ser cuidadosamente diferenciado de la infección focal, que se refiere a metástasis desde focos de infección de microorganismos o sus toxinas que son capaces de lesionar tejido.

FOCOS BUCALES DE INFECCION

En la cavidad bucal imperan una variedad de fuentes de infección y que pueden dar metástasis a distancia. Ellas incluyen:

- 1.- Lesiones periapicales, como el granuloma, periapical es una manifestación de defensa orgánica y reacción reparativa vigorosa del organismo. El quiste es solamente una forma progresiva del granuloma. El absceso se le considera una reacción que ocurre cuando la fase reparativa o de defensa es mínima.
- 2.- Dientes con conductos radiculares infectados, si un granuloma periapical verdadero son una fuente potencial de diseminación tanto de microorganismos como de toxinas.
- 3.- Enfermedad periodontal, con referencia a la extracción o manipulación de dientes la bacteriemia tiene estrecha relación con la intensidad o grado de enfermedad periodontal presente después de la manipulación de la encía o en tratamiento de extracción dental.

IMPORTANCIA DE LOS FOCOS BUCALES DE INFECCION.

Los focos de infección causan o agravan una gran cantidad de enfermedades orgánicas. Las enfermedades con mayor-

frecuencia son:

- 1.- Artritis, en especial de los tipo reumatoide y fiebre reumática.
- 2.- Cardiopatía valvular en particular la endocarditis bacteriana subaguda.
- 3.- Enfermedades gastrointestinales.
- 4.- Enfermedades oculares.
- 5.- Enfermedades cutáneas.
- 6.- Afecciones renales.

FISIOPATOLOGIA DE LA INFECCION.

La invasión por microorganismos es una causa frecuente de la inflamación aguda, la cual es una respuesta fisiológica a la infección. La naturaleza de la reacción inflamatoria depende del sitio, tipo de virulencia de las bacterias. Los signos clásicos de la inflamación son: rubor, tumefacción, calor y dolor.

Los signos y síntomas de la inflamación se explica si se comprende la respuesta tisular a un irritante. Inicialmente hay gran dilatación de los vasos que se acompaña de disminución de la rapidez del flujo sanguíneo por el mayor calibre vascular. Al aumento de volumen capital se deben la tumefacción, rubor y calor. Al disminuir la rapidez del flujo, los leucocitos empiezan a atravesar las paredes de los vasos dirigiéndose a los tejidos adyacentes. Este fenómeno se acompaña de exudación de plasma sanguíneo a través de las paredes que produce el edema inflamatorio. La extravasación del plasma sanguíneo puede deberse a reacción tóxica de las paredes capilares a la infección, o al aumento en la presión osmótica de los tejidos adyacentes. Esta distensión tisular produce presión de las fibras nerviosas y puede destruirlas. Este fenómeno y la liberación de histamina por las células dañadas tienen un papel principal en la aparición del signo del dolor.

La inflamación más común en cirugía bucal es la pióge

na, lo cual significa que forma pus, la mayoría de las infecciones bucales si se permite que progresen sin tratamiento producirán pus.

ANESTESIA EN LA PRACTICA ORAL

En 1810 los cirujanos podían disponer para la analgesia de sustancia como el alcohol, opio, beleño, cocaína y mandrágora (mandrake).

En 1806 cuando Sertunius logra aislar el ingrediente activo del opio y le da el nombre de morfina en honor de Morfeo, el dios griego del sueño.

El alcohol y el opio provocaban una depresión respiratoria, que a menudo terminaba con la muerte.

El 1855 Alexander Wood, médico escocés administra por primera vez el opio con jeringa, pero todavía transcurren 30 años para llegar al uso clínico de la cocaína, extraída de las hojas de coca, conocidas desde siglos en América del Sur.

ANESTESIA LOCAL

La anestesia local es la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una región del organismo. La conciencia del paciente permanece intacta en la anestesia local. Este tipo de anestesia es la más empleada en intervenciones bucales.

Para el logro de dicha anestesia se usa el método de la inyección de sustancia químicas, que al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

Se debe tener en cuenta que las distintas zonas de la cavidad bucal están bajo el dominio del V par craneal o trigémino del cual las ramas maxilar superior y el maxilar inferior corresponden a las zonas sobre las cuales debemos intervenir, por lo que se debe poseer una clara noción del sitio de emergencia de estas ramas como trayecto y distribución.

SOLUCIONES ANESTESICAS

Novocaína:

En cirugía bucal se emplea en soluciones de 2 y 4%, -

pueden inyectarse cantidades relativamente altas, como 25 a 30 ml. de solución al 2%. La novocaína debe emplearse con adrenalina, la cual refuerza su acción anestésica.

La acción farmacológica de la adrenalina desde el punto de vista terapéutico interesa su notable acción constrictora sobre los capilares sanguíneos al ser inyectada junto con la novocaína, por este efecto vasoconstrictor se reduce la circulación local, con lo cual se prolonga la acción de la solución anestésica. La adrenalina se emplea al milésimo 1:1.000.

Xylocaína:

Es el nombre registrado de la lidocaína, enérgico producto anestésico de reciente descubrimiento, y su ventaja reside en la poca cantidad que necesita para alcanzar grandes niveles anestésicos y en la duración de la anestesia.

Se emplea en 1:80.000 al 2%, es un anestésico local eficaz para el uso en cirugía dentaria y oral menor, que en la mucosa bucal produce anestesia superficial.

DISTINTOS TIPOS DE ANESTESIA LOCAL POR INYECCION

La anestesia local se puede realizar de diferentes formas, pero todas con el fin de llevar la solución anestésica a las terminaciones nerviosas periféricas, para permitir realizar sin dolor las maniobras quirúrgicas. El líquido anestésico puede depositarse sobre la mucosa, por debajo de ella, por debajo del periostio, o dentro del hueso. Efectuando así distintas técnicas anestésicas como:

- 1.- Anestesia mucosa: la cual se emplea para abrir abscesos, para evitar el dolor que produce el pinchazo de la aguja, en extracciones de dientes primarios móviles.
- 2.- Anestesia submucosa: se usa para intervenciones sobre la mucosa o para el bloqueo de nervios superficiales.

- 3.- Anestesia subperióstica: se emplea en extracciones sencillas y en tratamientos de conductos.
- 4.- Anestesia intraósea: se realiza una vez que se ha perforado la tabla ósea externa con una fresa, - vía por la cual se introduce la aguja, depositando el líquido anestésico en el interior del hueso; es de escasa aplicación en cirugía bucal.

ANESTESIA REGIONAL TRONCULAR.

Esta se realiza colocando una solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante. Este tipo de anestesia regional no es más que una forma de anestesia infiltrativa. Las anestесias infiltrativas están ligadas casi exclusivamente a dos de las ramas del nervio trigémino que son el nervio maxilar superior y el maxilar inferior, red nerviosa a la que debe dedicársele más atención en la técnica quirúrgica.

ANESTESIA GENERAL

Los anestésicos generales producen una depresión reversible del Sistema Nervioso Central, que lleva a la pérdida de la sensibilidad y la conciencia, la cual permite junto con el bloqueo de la motilidad y de los reflejos efectuar intervenciones quirúrgicas sin sufrimiento para el paciente, durante extracciones de molares retenidos, o preparación quirúrgica para prótesis.

Después que se ha reconocido en la historia clínica y la evaluación del paciente se determinará el tipo de anestesia según el caso de la intervención.

La anestesia general, se puede hacer uso de ella en - pacientes sumamente nerviosos, en el niño rebelde y en enfermos mentales. Para la cirugía menor es más segura la anestesia general que se administra en el despacho del dentista que la administrada en el Centro Hospitalario.

La seguridad del paciente va a depender de la responsabilidad y programación del personal, el cual prestará una -

atención especial al estudio de la fisiología cardiovascular y respiratoria.

PERIODOS DE LA ANESTESIA.

PERIODO	DESCRIPCION
Primero	Analgesia
Segundo	Inconciencia, con reflejos exagerados
Tercero	Anestesia quirúrgica con tres planos: 1.- Plano superficial. 2.- Plano quirúrgico. 3.- Plano profundo.
Cuarto	Parálisis bulbar, con detención respiratoria

El periodo útil para realizar intervenciones de cirugía bucal es en el tercer periodo o sea en el plano normal o quirúrgico.

Cuando el paciente se encuentra bajo anestesia general es posible efectuar gran cantidad de trabajo en poco tiempo.

EQUIPO Y PERSONAL

Es indispensable que el dentista disponga de un equipo adecuado y de un personal capaz, para poder facilitar los métodos de anestesia general y poderla utilizar regularmente y con eficacia.

El despacho debe constar de ser posible de dos a más sillones y un cuarto de recuperación para cada sillón, equipo anestésico, el dispositivo de aspiración quirúrgico, el oxígeno y el óxido nitroso.

El dentista debe contar con tres asistentes de los - cuales son el ayudante, instrumentista y un circulante, que - trabajarán en equipo; una enfermera, recepcionista, todo debe- - rá trabajar en orden para poder desempeñar con eficacia el tra- - bajo dental.

INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS.

Se le indica al paciente que no debe tomar alimentos- - ni líquidos, por lo menos cuatro horas antes de la cita seña^la- - da, deberá ser acompañado por una persona adulta para ser con- - ducido después de la cita.

En caso de que el paciente sea nervioso se le prescri- - be algún tranquilizante menor como el meprobamato (Equanil, - - Miltown) 400 mg. tres o cuatro veces al día por vía oral; el - - clorhidrato de clorodiazepóxido (Librium) 5-10 mg. tres o cua- - - tro veces al día por vía oral; el diazepam (Valium) 2-10 mg.- - dos o tres veces al día por vía oral, o en pacientes apre^hensi- - - vos, la misma medicación.

RECUPERACION

Al terminar el tratamiento operatorio, el paciente de - - berá permanecer en el mismo lugar para poder observarlo hasta - - que todos sus reflejos recuperen la actividad y que el pacien- - - te sea capaz de ejecutar alguna orden. Por lo tanto el tiempo - - de recuperación puede definirse: como el periodo comprendido - - entre la terminación de la intervención quirúrgica y la res- - - puesta inteligente del enfermo a una orden, esto suele ser en- - - tre dos y cinco minutos.

Aunque el paciente que fue anestesiado, sea capaz de - - caminar después de unos minutos, es más seguro llevarlo en si- - - lla de ruedas al cuarto de recuperación donde será vigilado - - por una enfermera.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

La mayoría de las intervenciones en boca se hacen por vía intraoral, y para realizar los trabajos manuales es necesario valerse del instrumental y material quirúrgico apropiado para facilitar la cirugía.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

BISTURI.- el que más usamos es el de hoja corta - - - (Bard-Parker), con la No. 15; bisturí de Mead hoja curva en forma curva en forma de hoz y se usa en sitios poco accesible.

TIJERAS.- se emplean para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la parodontosis.

TIJERAS DE NEUMAN.- son de buena adaptación y permiten alcanzar las regiones palatinas y linguales de difícil acceso.

Tijeras para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos colgajos, y éstas pueden ser rectas o curvas. Los puntos de sutura se cortan con tijeras curvas de hojas pequeñas.

PINZAS DE DISECCION.- pueden ser dentadas y se usan para tomar la fibromucosa bucal sin lesionarla, también están las pinzas de Kocher.

LEGRAS, PERIOSTIOTOMOS.- se emplean para separación y desprendimiento de la fibromucosa. Se puede usar el periostiotomo de Mead, y la espátula de Freer.

Espátulas rectas o acodadas, las cuales se usan en sitios de difícil acceso como en la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior, se usan también para despegar las bolsas de los quistes.

SEPARADORES.- se usan para evitar traumatizar labios-

o colgajos y en estos está el Farabeuf, los de Volkmann.

PINZAS DE ADSSON.- presenta tres dientes que engranan y sostienen firmemente el colgajo.

PINZAS PARA ALGODON.- se emplean para eliminar la san gre con trozos de gasa aplicadas sobre la herida, pueden ser - con ramas en forma de bayoneta.

PINZAS DE KOCHER.- se usan para la hemostasia, entre- éstas están las de mosquito, se emplean también para sostener- colgajos.

AGUJAS PARA SUTURA.- pueden ser curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas, para evitar desgarrar el tejido. Agu jas de mango de Reverdin que se emplean en comunicaciones buco- nasales y bucosinusales.

PORTAGUJAS.- para guiar el movimiento de las agujas - y las apoya de su superficie plana.

SONDA.- su tallo en forma de canal se usa para drenar abscesos ya abiertos por el bisturí o para cortar tejidos en - forma precisa y delicada.

CANULA.- o eyector de saliva, la cual se usa para ir- aspirando el exceso de sangre en la región donde se interviene y facilitar la visión intraoral.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE LOS TEJIDOS DUROS.

ESCOPLO Y MARTILLO.- se emplea para la osteotomía - (sección quirúrgica), y aún la resección (ostectomía) del hueso.

PINZAS GUBIAS.- se usa para la resección del hueso - (ostectomía) y éstas pueden ser rectas o curvas para eliminar- crestas óseas.

FRESAS.- el empleo del torno dental es de utilidad, - la fresa puede sacar el hueso y facilitar la entrada a otros - instrumentos, se pueden usar las fresas No. 5 al 8 redondas de

fisura, la No. 560, las fresas de Schamber para labrar el caucho.

LIMA PARA HUESO.- (escofinas), se usan en la preparación de los maxilares que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

CUCHARILLAS PARA HUESO.- pueden ser rectas o acodadas y se emplean para eliminar granulomas, quistes, dentro de la cavidad ósea.

FORCEPS.- son usados para la extracción de piezas dentarias.

ELEVADORES.- usados en exodoncia y pueden ser rectos o de bandera.

COLOCACION DEL INSTRUMENTAL

Para la disposición del instrumental se divide la mesa en sector derecho e izquierdo.

SECTOR DERECHO.- se coloca el instrumental para seccionar partes blandas como visturí, pinzas de disección y de Adsson, tijeras rectas, pinzas de Kocher, pinzas para algodón, espejo bucal, legras, espátula roma, separadores, instrumentos para ostectomía como escoplos, martillo, pinzas gubias, fresas para hueso, cucharillas.

SECTOR IZQUIERDO.- instrumentos dedicados a la sutura como agujas, portaguñas, gasas cortadas, cápsula de porcelana para colocar suero, jeringa de goma. También en este sector se coloca el instrumental de exodoncia como forceps y elevadores.

Si se va a realizar otro tipo de operación se colocan instrumentos como jeringas para vaciar quistes, pinzas atraumáticas, etc., según el caso.

METODOS DE ESTERILIZACION.

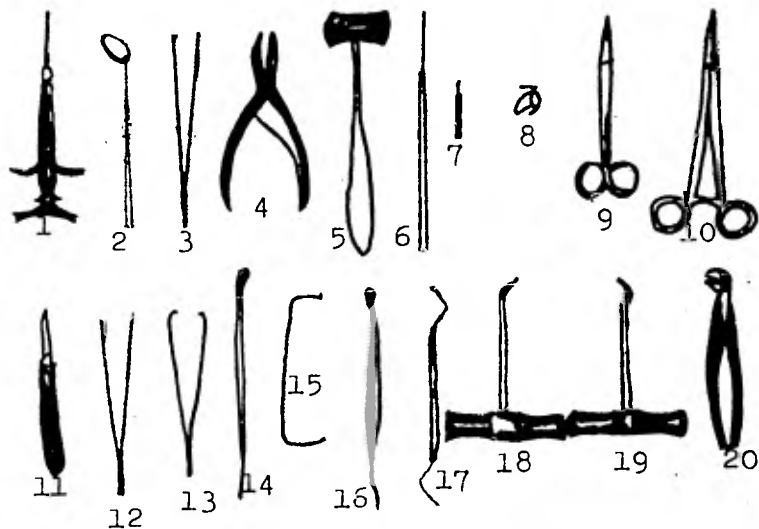
Todos los instrumentos necesarios en cualquier intervención deberán someterse a una asepsia rigurosa, tanto como la ropa del personal y campo operatorio o sea la región a intervenir que en nuestro caso es la cavidad oral, que se realiza con una gasa y solución séptica.

ASEPSIA.- Tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de éstos al organismo, método de prevenir las infecciones.

ANTISEPSIA.- se encarga de destruir los gérmenes cuando ya han penetrado al organismo, para lograrlo se usan agentes químicos llamados antisépticos.

La esterilización se puede realizar por distintos medios, y pueden ser químicos, físicos.

FISICOS.- el lavado mediante agua y jabón, técnica para esterilizar las manos del cirujano y ayudantes y los tegu-



MESA DE CIRUGIA.

- 1.- Jeringa para anestesia.
- 2.- Espejo bucal.
- 3.- Pinza para algodón.
- 4.- Pinza gubia.
- 5.- Martillo quirúrgico.
- 6.- Escoplo recto.
- 7.- Fresa redonda No. 8 de carburo de tungsteno.
- 8.- Aguja para suturar enhebrada y pasada a través de un trozo de gasa.
- 9.- Tijera.
- 10.- Portaaguja
- 11.- Bisturí modelo Bard-Parker No. 3
- 12.- Pinza de disección.
- 13.- Pinza de Adsson.
- 14.- Periostiótomo.
- 15.- Separador de Farabeuf.
- 16.- Lima para hueso.
- 17.- Cucharilla para hueso.
- 18 y 19.- Elevadores No. 14 R y L.
- 20.- Pinza para realizar las extracciones según el - - diente.

mentos del campo operatorio.

Temperatura.- otro agente físico que puede hacerse con calor seco o húmedo; el calor seco es con el flameado para esterilizar las cubiertas de las mesas, bandejas y utensilios; el calor húmedo se usa para la esterilización de instrumental y vestuario quirúrgico, el más común es la ebullición del agua y el vapor de agua a presión, para ello se emplea el autoclave.

QUIMICOS.- como son los antisépticos y desinfectantes.

Alcohol.- se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano, algunos materiales y el campo operatorio.

Tintura de yodo.- el cual se usa en cirugía general, para la antisepsia en la cavidad bucal es poco usual por ser irritante a la mucosa.

Acido Fénico.- se emplea para esterilizar el punto de punción y conservar materiales de sutura.

Tintura de merthiolate.- éste ha sido reemplazado por la tintura de yodo para la esterilización de la cavidad oral.

CORRECCION QUIRURGICA DE
ANOMALIAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

FRENILLOS:

Están formados por dobleces de mucosa en la superficie labial, bucal, lingual del reborde alveolar, funcionan como bridas flexibles que limitan los movimientos de los labios, carrillos y algunas veces la lengua; la frenilectomía está indicada en casos de diastemas en los dientes anteriores superiores, al reabsorberse el hueso alveolar, las inserciones de los frenillos pueden hacerse más limitantes y ser necesario alargarlas o cortarlas.

TECNICAS

FRENILECTOMIA:

Un buen método es la excisión vertical o elíptica, - desde la base de la inserción del frenillo la porción labial es cerrada socavando los bordes laterales y suturándolos entre sí. Una incisión horizontal en el fondo del saco proporcionará mayor movilidad a los tejidos para efectuar el cierre. Puede emplearse el bisturí para cortar la inserción, esto posee la ventaja de reducir el sangrado.

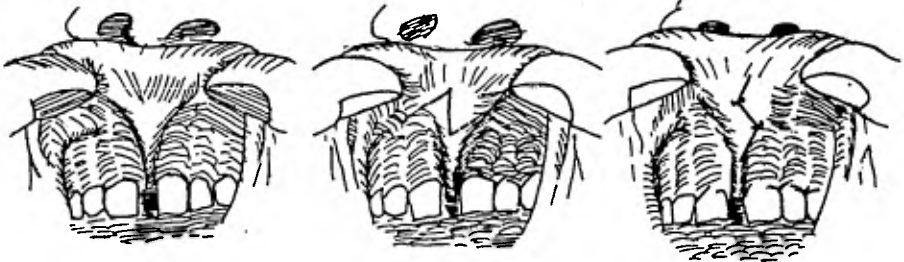
LA Z PLASTIA:

Se utiliza para corregir las bandas fibrosas y musculares anchas. Se hace una incisión vertical a todo lo largo - del frenillo socavándolo en ambos lados, se hacen dos incisiones laterales a cada lado, una en cada extremo opuesta a la incisión vertical, todo esto en forma de Z. Posteriormente se intercambian los colgajos y se suturan, obliterando la banda y - alargándola.

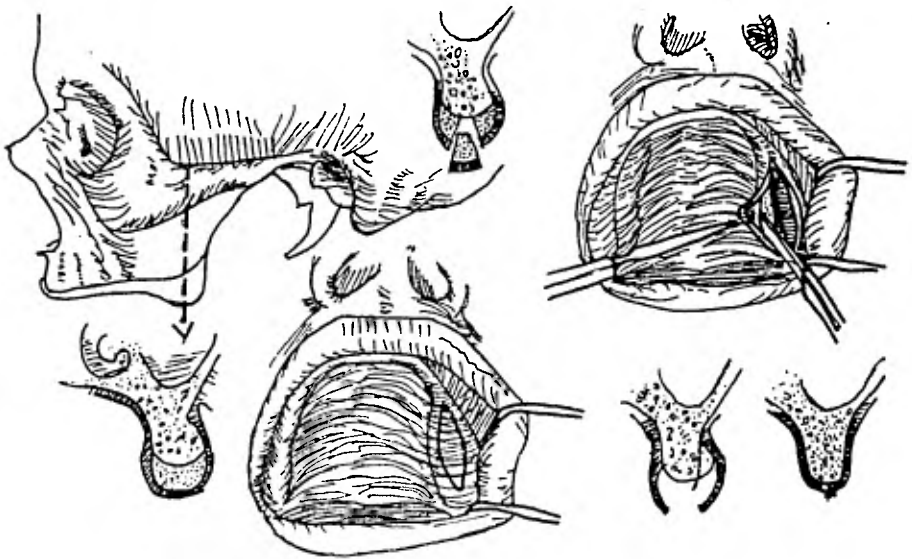
TECNICA CON PINZA HEMOSTATICA:

Esta técnica es un buen método para la eliminación del-

FRENILECTOMIA



Operación plástica en Z
para frenillo tirante:



Reducción de la tuberosidad del maxilar superior

frenillo labial. Una pinza se coloca en la porción labial del frenillo y otra en la porción del borde, con las puntas de las pinzas unidas en la porción más profunda del fondo del saco.

Se pasa un bisturí bajo las pinzas eliminando el frenillo. La porción labial se sutura, no así la porción del borde alveolar, puede colocarse un apósito quirúrgico o vendaje bucal en el vacío alveolar durante algunos días si se desea.

En caso de inserciones de pequeños músculos sobre el aspecto vestibular, puede hacerse una incisión supraperióstica - semilunar invertida en la base de la inserción. Con socavación mínima, se puede levantar la inserción y suturarse al perióstio. Las inserciones de los frenillos linguales sobre la punta de la lengua causan varios grados de anquiloglosia, la que puede interferir con el habla y limitar la capacidad limpiadora de la lengua. En estos casos se puede recurrir al procedimiento de la excisión elíptica, Z-plastia o desplazamiento en V - Y.

REDUCCION DE LA TUBEROSIDAD

La corrección quirúrgica de la tuberosidad bulbosa - se realiza principalmente para proporcionar estabilidad a la prótesis y aumentar la dimensión posterior.

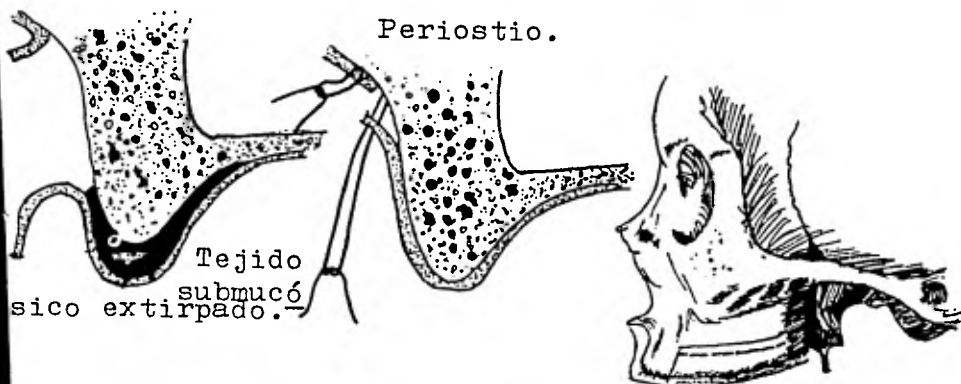
TECNICAS.

La tuberosidad puede reducirse mejor mediante una incisión elíptica con socavación mínima y la extirpación de los triángulos invertidos de tejido. La incisión en forma de V se hará primero a través del centro de la tuberosidad hasta una profundidad en que haga contacto con la cresta del borde. Una vez retirada esta cuña de tejido, debemos calcular el triángulo a manera de V invertida, necesario que deberá ser eliminando en el aspecto vestibular y lingual de la tuberosidad.

Después de la socavación mínima será necesario aproximar en forma adecuada los colgajos de tejido. Esta técnica proporciona reducción lateral como vertical de la tuberosidad. Si es necesario recurrir a la eliminación de hueso, podrá lograrse al mismo tiempo.

Otra técnica para la reducción de la tuberosidad con-

siste en decapitar la porción de los tejidos blandos de la tuberosidad colgantes o que se encuentran a manera de péndulo. Si la tuberosidad está formada exclusivamente por tejido blando, - esta excisión horizontal puede lograrse con un leve contorno y hemorragia mínima.



REDUCCION DE LA TUBEROSIDAD DEL MAX. SUP. Intervención externa.

Línea de incisión original.

En tales casos, el objetivo es el aumentar la dimensión vertical y conservar a la vez, una base sólida para la prótesis.

TEJIDO FLACCIDO.

El tejido flácido bajo una prótesis mal ajustada puede ser problema quirúrgico difícil. Si la prótesis puede retirarse de siete a diez días antes de la operación, el edema y la inflamación se reducirán lo suficiente para hacer menos difícil el procedimiento, necesitando menos corrección quirúrgica.

TECNICAS

Existen varios procedimientos como la excisión, eliminación por electrobisturí o diseño especial de colgajo con socavación y reposición cortando el excedente de tejido, a lo que se le llama procedimiento de cortina.

Como los dobleces hipertrofiados o hiperplásicos de tejido presentan una cubierta epitelial continua, puede hacerse una incisión sobre la cresta de reborde levantando un colgajo de tejido blando. La socavación deberá ser continua hasta que se hayan eliminado todos los dobleces y arrugas. Todo el colgajo es levantado como una cortina cortando el tejido sobrante. Y el nuevo margen del colgajo deberá suturarse y se inserta la dentadura como una férula.

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.

La hiperplasia papilar inflamatoria presenta características específicas. Se observa sobre el paladar y parece ser causada por traumatismo de la prótesis, ocasionando un desplazamiento anteroposterior de la dentadura. Su etiología puede tener alguna relación con el vacío proporcionado en la bóveda palatina durante el procedimiento de construcción, que afecta la presión sobre el paladar. La lesión se agravará con el tiempo, tomando un aspecto enrojecido, adolorido y similar a una zarzamora.

En este caso se proyecta un chorro de aire sobre las lesiones y se observan pequeños tallos pedunculados de tejido.

En la base y en los recovecos de esta lesión se alojan alimentos y líquidos tisulares, aumentando la irritación existente. La lesión puede ser eliminada suprapariosticamente con el contorno de alta velocidad utilizando una fresa quirúrgica.

ca grande de vulcanita o puede ser extirpada.

También puede usarse la unidad de electrobisturí. La dentadura puede ser insertada inmediatamente como una férula - protectora.

VESTIBULOPLASTIA

La cirugía preprotética practica la vestibuloplastia cuando no existe suficiente profundidad del vestíbulo para la - retención y apoyo de una prótesis, también cuando la resorción - alveolar es extensa o en inserciones musculares de frenillos y - mucosas se presentan sobre la cresta del borde alveolar o cerca de la misma. Pueden emplearse varias técnicas para mejorar los bordes alveolares para el soporte de dentaduras y aumentar la - profundidad del surco en relación con el proceso alveolar y las inserciones musculares.

Estos incluyen reposición de la mucosa, así como los procedimientos que se valen del desplazamiento epitelial inmediato de mucosa o piel. Finalmente puede ser necesario recurrir a la reconstrucción de bordes con hueso alveolar en casos extremos de atrofia del mismo.

TECNICA

El procedimiento submucoso para la vestibuloplastia - recomendado por Obwegeser es el mejor método para aumentar la - profundidad del surco en la porción anterior del maxilar.

Se hace la incisión vertical en la línea media justamente hasta penetrar a mucosa, permitiendo una disección supra - perióstica ciega con tijeras. Una vez que se hayan liberado to das las inserciones el tejido deberá fijarse en la porción más - alta del vestíbulo, presionando una prótesis o placa quirúrgica sobre el nuevo borde y fijándola mediante alambre perialveola - res.

El segundo método de epitelialización implica el le - vantamiento de un colgajo supraparióstico desde el aspecto labial del borde, o la preparación de un colgajo de mucosa sobre la superficie interna del labio inferior, permitiendo la cic - atrización de la superficie expuesta por segunda intención. Pos - teriormente se inserta un catéter de caucho en la profundidad -

del surco recién creado, fijándolo con sutura de lado a lado - sosteniéndola a la piel con botones. Después de siete a diez días se retiran las suturas y el catéter, lo que permite hacer una nueva prótesis en cuatro o seis semanas.

Un método más preciso implica la utilización de una férula construida con anterioridad. Eso se logra tomando moldes y haciendo una impresión del borde existente, labrando sobre el modelo el grado de extensión que puede obtenerse quirúrgicamente y construyendo a continuación una férula para ajustarse al modelo. La cirugía se logra en la forma planeada insertando la férula circuncingomático o mandibular.

Técnica de la extensión inmediata presente muchas ventajas. La incisión se hace directamente sobre la cresta del borde a través del periostio, dando vuelta suavemente hacia el fondo de saca mucovestibular en dirección distal hacia la zona a la que se desea la extensión. El colgajo mucoperiostico y las inserciones musculares se llevan hacia arriba hasta el límite deseado de extensión. Esto deja una superficie ósea cruenta que será cubierta por la férula.

El área se llenará con un coágulo sanguíneo que formará tejido de granulación, el cual a su vez forma epitelio sobre toda la superficie de hueso expuesto. Es importante que la periferia de la dentadura sobre-extendida sea gruesa y roma para evitar la creación de fisuras e irritaciones. En el maxilar superior suele ser suficiente usar un solo tornillo de retención en la línea media del paladar para estabilizar la férula. En la arcada inferior se usan dos tornillos o si se quiere tres, colocando uno en cada una de las zonas retromolares y el otro en la línea media.

El desplazamiento de colgajo de mucosa vestibular con pedículo también ha resultado ser un método de vestibuloplastia adecuado. En este caso se marca sobre la superficie del carrillo para el diseño del colgajo, conservando una base amplia cerca de la cresta alveolar en la zona retromolar. El colgajo se levanta de su base ya cortado, llevándolo al nuevo sitio quirúrgico extendiéndolo hacia el surco. El sitio donador es socavado y se cierra con sutura. Nuevamente se inserta la férula la que se mantendrá en su sitio con suturas circummandibulares o con tornillos.

LIPOMA

El lipoma es un tumor benigno formado por tejido adiposo, se desarrolla en cualquier parte de la cavidad bucal donde haya tejido adiposo. Los labios y carrillos son localizaciones más frecuentes de este tumor. La mucosa que los cubre puede estar distendida por la presión del lipoma en crecimiento.

El lipoma es una masa firme y móvil, de color amarillento. Radiográficamente se ve como una masa nebulosa en los tejidos blandos. Este tumor puede ser único o múltiple y puede enviar prolongaciones a los tejidos blandos vecinos, su crecimiento es lento.

TECNICA.

El tratamiento del lipoma consiste en su extirpación quirúrgica, este tumor se disecciona hasta liberarlo de los tejidos blandos vecinos, para el afrontamiento del tejido usamos suturas absorbibles en las capas profundas (catgut) de los tejidos como el músculo.

MUCOCELES.

Los quistes mucosos o mucocelos resultan de la obstrucción de un conducto.

Las glándulas salivales tienen sistemas de conductos cortos, rectos y sencillos, rara vez son afectados por alteraciones inflamatorias pero pueden reaccionar a cualquier factor que ocasione oclusión parcial o rotura del conducto. De ello se ocasiona un mucocelo. La oclusión completa produce atrofia de la glándula.

La obstrucción de un conducto glandular generalmente aparece en el labio, carrillo, puede encontrarse también en la porción anterior de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior. Son tumefacciones pequeñas, redondas o translúcidas ovals, generalmente tienen color azuloso o pueden confundirse con un hemangioma. El mucocelo es móvil y suele encontrarse inmediatamente debajo de la mucosa. Es recidivante.

TECNICAS.

Cuando el mucocelo es superficial, se extirpa haciendo dos incisiones que forman una elipse alrededor de la lesión y convergen formando una V debajo de ella.

Los mucocelos más profundos y los que tienen paredes gruesas y no translucidas pueden extirparse por disección. La incisión suele hacerse en la mucosa bucal, paralela a la línea de cierre de los labios. Debe procurarse localizar y evitar la arteria coronaria. Cuando se alce el labio con compresas de gasa y tensiona el tejido, es más fácil cortar y disecar y se tiene control del sangrado. Antes de suturar, debe dejarse de ejercer tensión, para tener la seguridad de que no se ha doblado la arteria labial.

RANULA.

Una ránula es un quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente de la glándula sublingual. La ránula se forma de una manera similar al mucocelo, pero adquiere un tamaño mayor. Cuando llega a ser de tamaño grande, la mucosa se adelgasa y el quiste presenta un color azulado. Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la masticación y la fonación. La ránula puede perforarse cuando se traumatiza, escurriendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

TECNICA.

El mejor tratamiento es la cirugía en forma de marsupialización.

PAPILOMA

Los papilomas son tumores benignos que se deforman en el tejido epitelial de las membranas mucosas de la cavidad bucal. Pueden ser pedunculados o sésiles y están formados de epitelio queratinizado sobre una base de tejido conectivo. Los papilomas generalmente son pequeños, pero pueden crecer hasta el tamaño de una uva antes de que el paciente solicite tratamiento.

Estos tumores sufren irritaciones por la dentadura natural o por aparatos artificiales. Las alteraciones malignas pueden ser consecuencia del traumatismo.

TECNICA.

El papiloma se trata por extirpación quirúrgica y de electrocauterización de la base de tejido conectivo. Se extirpa por medio de una incisión curva que circunda el tumor y se extiende lo suficiente en el tejido normal para lograr la remoción completa de la base de fijación. El sangrado puede controlarse con el electrocauterio. El cierre se logra por captación con sutura seda 000 no resorbible. Las recurrencias no son frecuentes cuando se ha logrado una excisión adecuada.

CARCINOMA.

El carcinoma espinocelular es el tumor maligno más frecuente entre las neoplasias malignas de la cavidad bucal, se inicia en las mucosas que cubren a los maxilares, mucosas del seno, bóveda palatina, úvula, suelo de la boca, lengua, carrillos y encías o de la piel de los labios o de la cara, con menor frecuencia se desarrolla en los maxilares. Existe en la cavidad bucal una serie de factores evidentes que predisponen al desarrollo de esta afección y en especial las denominadas lesiones precancerosas, sobre las que se desarrollan estos neoplasmas.

El factor traumático alcanza su mayor exponente en las lesiones producidas por los bordes dentarios, aparatos de prótesis, raíces, el tabaco; las lesiones precancerosas tales como cicatrices de quemaduras, lupus y leucoplasia, ésta es de importancia evidente. Por otra parte bocas inmunes de caries y sin lesiones precancerosas, pueden ser asiento de carcinomas.

Estos tumores son de gran gravedad y malignidad. Dan metástasis, infarto ganglionar y se generalizan en tiempo variable, según el tipo histológico del tumor.

TECNICA.

El tratamiento es quirúrgico y radioterápico del cáncer, lo cual escapa a nuestros propósitos.

El diagnóstico precoz es el mejor tratamiento por medio de una biopsia.

CORRECCION QUIRURGICA DE ANOMALIAS DE LOS TEJIDOS DUROS.

Los tumores de origen óseo de los maxilares han sido considerados, estudiados y clasificados por numerosos investigadores, patólogos, cirujanos y fisioterapeutas, los cuales describen de mayor importancia:

TORUS PALATINO.

Es el agrandamiento más frecuente del paladar; esta afección nunca ha sido reportada como un crecimiento maligno, su eliminación es principalmente para evitar la irritación de la mucosa y permitir la recepción de una prótesis.

Los torus palatinos son más frecuentes que los torus mandibulares sin diferencia racial o sexual.

El crecimiento óseo, que se presenta en la línea media recibe considerable daño debido a la masticación de los alimentos contra la parte superior de la boca o la lengua, - así como por el alimento pasado a través de la cavidad bucal. Como los torus pueden extenderse hacia atrás hasta el área - del postdam y adoptar una gran variedad de formas lobuladas; también pueden interferir con una prótesis, evitando el sellado periférico de la dentadura.

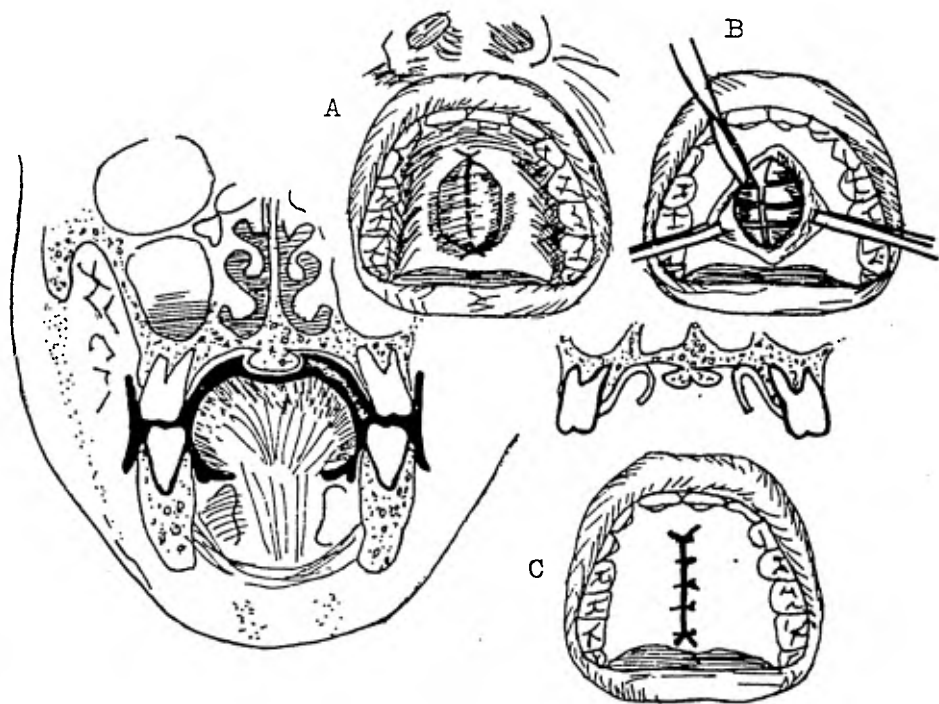
TECNICA

La maniobra quirúrgica para la reducción del torus - puede hacerse bajo anestesia local o general.

Se realiza una incisión en forma de Y en la línea media que proporciona un mejor acceso quirúrgico. Los colgajos mucoperiosticos son muy delgados y se desgarran fácilmente por lo que se deben manejar con cuidado, puede ser útil - hacer una sutura por tracción.

La inyección de un anestésico local cerca de la base

TORUS PALATINO



Técnica de la eliminación
de torus superior.

- A).- Línea de incisión punteada.
- B).- Segmentos divididos y retirados con cincel.
- C).- Sutura terminada.

TESIS DONADA POR

- 40

D. G. B. - UNAM

de la protuberancia ósea limitará la hemorragia en la zona y al mismo tiempo inflará los tejidos lo suficiente para facilitar la disección. La masa tumoral es entonces cortada en segmentos con una fresa de alta velocidad, eliminando los segmentos por separado.

El cincel también puede utilizarse para eliminar segmentos individuales, ya que el torus no se elimina en una sola pieza, debido a la posibilidad de fracturar el piso de las fosas nasales. La fresa de alta velocidad se puede emplear para reducir toda la masa, utilizando gran cantidad de irrigación.

El alisamiento de la superficie ósea se hace con una cizalla, limas o ruedas giratorias para hueso haciendo la desbridación, posteriormente se cierran o se afrontan los tejidos con sutura de colchonero.

Se utiliza una férula quirúrgica para proteger físicamente a los tejidos contra lesiones y detritus de alimento, evitando la formación de hematomas bajo el colgajo, lo que retrasaría el proceso de cicatrización.

Si no se ha preparado la férula, puede ser suficiente un apósito bucal, o insertar una torunda de gasa mojada con tintura de benzofina, la gasa se fija con varias suturas cruzadas de un lado de la arcada al otro a manera de canastita. Si existen dientes, éstos se utilizan para anclar las suturas cruzadas.

TORUS MANDIBULAR.

Es similar al torus palatino, salvo por su localización, se presenta con menor frecuencia, se desarrolla encima del músculo milohioideo y se presenta bilateralmente en la mayoría de los casos.

Su eliminación es similar a la del torus palatino, excepto cuando se presentan con una base estrecha o pediculados, en este caso es mejor utilizar el cincel para su eliminación. De otra manera cortar en secciones es la técnica quirúrgica más segura.

TECNICA

Se deberá hacer una incisión lo suficientemente larga para proporcionar buena visión y acceso quirúrgico. Esto incluye una incisión desde la zona de molares hasta la línea media. Existe menos espacio para la formación de hematomas si no se desinserta el músculo milohioideo y si el excedente del colgajo es eliminado del margen cortado y suturado con firmeza.

La mejor forma de asegurar la fijación tisular correcta es mediante el uso de una férula de acrílico construida con anterioridad para limitar el edema y la formación de hematomas.

Durante la intervención es importante tener en cuenta la presencia de conductos salivales y del conducto lingual, así como la facilidad con que se puede presentar edema posterior e infección en el piso de la boca, dificultando la cirugía en esta zona.

EXOSTOSIS MULTIPLES.

Su eliminación no difieren gran cosa de la técnica empleada para torus, las exostosis no se presentan con uniformidad en un mismo sitio, pueden aparecer aisladas en toda la arcada o en formaciones múltiples, debajo del pliegue mucoc vestibular de la zona de los molares, como pequeñas protuberancias nodulares sobre las cuales la mucosa aparece blanqueada. Clínicamente no son de importancia; si su tamaño interfiere en la preparación o inserción de una prótesis deberá realizarse la extirpación.

ENOSTOSIS.

Al contrario de la exostosis, es también una osificación densa radiopaca, salvo que se encuentra limitada dentro de las tablas corticales y no es palpable.

La tuberosidad maxilar ósea deberá reducirse para aumentar el aspecto vertical entre las arcadas y eliminar zonas retentivas en cirugía preprotética.

TECNICA

El hueso de esta zona suele ser muy esponjoso y puede reducirse fácilmente con cizallas o limas. Puede quedar un colgajo de mucoperiostio excesivo, lo que exige la excisión de una cuña de tejido para lograr un cierre adecuado.

El borde milohioideo o la línea oblicua interna es una prominencia ósea que suele interferir con la prótesis. Su extirpación es un poco más difícil, ya que los tejidos se deben manejar con mucho cuidado.

Se hace una incisión horizontal sobre la cresta del borde para levantar el colgajo mucoperiostico, cuando se observen las fibras musculares se cortan con tijeras o desinsertadas con la legra, posteriormente se reduce la prominencia ósea usando cinceles o limas hasta que se haya eliminado el filo y la retención.

La prominencia ósea lingual en la zona del tercer molar inferior no es igual al borde milohioideo pues no existe ninguna inserción muscular por lo que se debe reducir en el momento de extraer el tercer molar. Cuando esto no se hace, la proyección ósea puede afilarse e irritar la lengua así como interferir en la prótesis, y ser muy dolorosa para el paciente pero deberá evitar la tentación de realizar cirugía. Cualquier operación puede provocar la pérdida total del borde, dificultando aún más la construcción de una prótesis. El ajuste de la dentadura o aparatos protéticos especiales debe ser el indicado para proporcionar comodidad al paciente.

PREPARACION QUIRURGICA DE LOS
MAXILARES CON FINES PROTETICOS.

ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia o alveolectomía: es la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar. Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar se deben tomar en consideración con respecto a necesidades protéticas futuras.

El reborde ideal tiene forma de U, la resorción natural contornea los rebordes, algunas veces y de manera poco uniforme, pero se requiere de un periodo más largo, en ese tiempo el paciente puede presentar molestias, hasta que los rebordes óseos localizados bajo el periostio sensible se redondeen.

El objetivo es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado.

Si existe alguna duda sobre el grado de resorción natural que vaya a producirse, podemos juzgar mejor tres semanas después de haber hecho las extracciones. La mayor parte de la resorción inicial habrá terminado en tres semanas. En ese momento, puede ser aún necesaria la alveoloplastia, pero veremos con más frecuencia que sólo unas cuantas áreas pequeñas requieren contorneado.

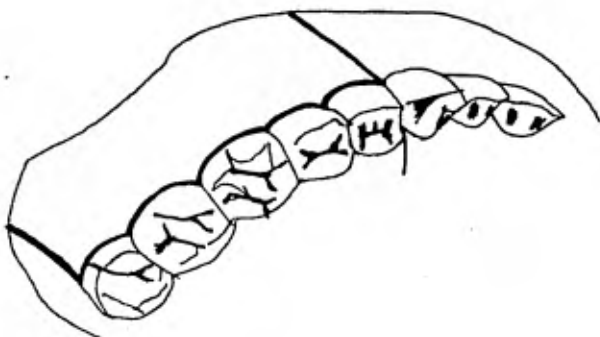
De acuerdo a las indicaciones podemos considerar que existen dos clases de alveolectomía. Una destinada a la corrección de la forma o tamaño del maxilar, a lo que llamaremos alveolectomía correctora; la otra cuyo objeto es eliminar hueso - destinado a la resorción, contribuyendo por lo tanto a la más rápida estabilización del maxilar, a lo que se le llama alveolectomía estabilizadora.

Siempre que no esté indicada la alveolectomía correctora, nuestra alveolectomía estabilizadora se limitará a la eliminación de las aristas y crestas óseas más agresivas.

TECNICA

La alveolectomía y la exodoncia, con el fin de preparar los maxilares con fines protéticos, pueden hacerse en toda la extensión de la arcada, o de otro modo dividir la operación en tres zonas, esto será de acuerdo al número de dientes por extraer y el estado del paciente.

Se inicia trazando dos incisiones, la primera ubicada en el espacio entre canino y primer premolar, ligeramente inclinada hacia adelante.

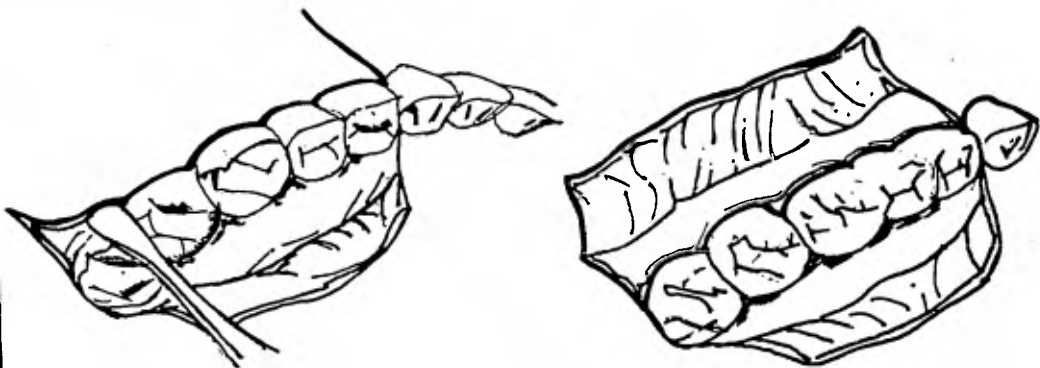


La rama posterior de la incisión se traza en el límite distal del último diente existente en la arcada.

La incisión en la cara palatina, es necesario trazar un colgajo mínimo en la cara palatina para no traumatizar la fi bromucosa en las maniobras operatorias, se trazan incisiones pá ralelas a las bucales aproximadamente de 5 mm. de extensión.

Con una espátula roma (periostótomo espátula de Freer) se levanta el colgajo mucoperiódstico, siendo suficiente separar el colgajo sólo hasta la región del tercio apical de los dientes.

El colgajo palatino se prepara con las mismas formas, ambos se mantienen apartados con separadores. El interno lo po demos sostener con un hilo pinza de Kocher.



OSTECTOMIA: de acuerdo con el tipo de extracción que se realice será la magnitud de la ostectomía de la tabla externa, el hueso se elimina con escoplo o fresa. Posteriormente se realizan las extracciones.

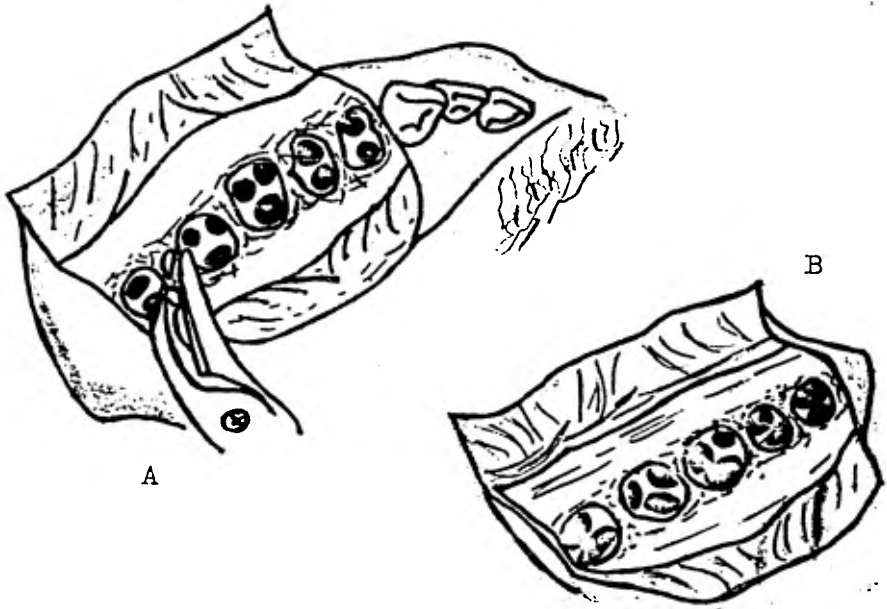
ALVEOLECTOMIA: la cantidad de hueso por reseca para fines protéticos debe ser escaso, pues se aconseja conservar toda la arcada alveolar posible para que sirva de apoyo a la prótesis, se eliminan sólo las aristas óseas, los bordes filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares a una altura prudencial, esto lo haremos con las pinzas gubias. El alisamiento final del hueso se hace con limas para hueso (escofinas).

Para volver los colgajos a su lugar se realiza el corte del tejido excedente del colgajo, una vez regularizada la arcada alveolar, se vuelve el colgajo a su sitio y con tijera se corta el excedente del tejido gingival, bucal y palatino, de manera que los colgajos se adapten sin sobrantes.

Los colgajos se fijan con puntos de sutura a puntos separados o por puntos próximos.

Si después de la operación, ya cicatrizada la herida, se encuentra un borde filoso o punta ósea agresiva, se hace una nueva operación con un colgajo pequeño, dejando así los maxilares en condiciones de recibir un aparato protético.

ALVEOLECTOMIA



Se han practicado las extracciones dentarias. Osteotomía, Fig. A).- Resección del excedente de los tabiques alveolares. Fig. B).- Aspecto de la arcada después de resecado el hueso.

TOMA DE IMPRESIONES.

Los objetivos fundamentales de todos los procedimientos que inciden en el tratamiento de dentadura inmediata son - los mismos de todos los procedimientos incluidos en la dentadura completa normal. La dentadura inmediata simplemente necesita ciertas alteraciones técnicas, no de exposición.

No es nuevo el uso de varios tipos de férulas para el tratamiento del maxilar superior e inferior y para la cirugía - estética y reconstructora, y para una variedad de otros procedimientos quirúrgicos que se realizan en la cavidad bucal.

Para la toma de impresiones los dientes se limpiarán de manera apropiada y se eliminan depósitos de tártaro, después de esto se toma la impresión de los maxilares con alginato, en una cubeta común, o en casos complicados se puede construir una cubeta especial, esta impresión se corre y se obtiene el modelo.

GOTERAS ESPECIALES COMO COMPLEMENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS BUCALES

Estos aparatos protéticos varían desde los tipos relativamente simples, diseñados para soportar y proteger los tejidos después de procedimientos quirúrgicos menores; hasta los tipos más complejos necesarios en una parte del plan de tratamiento en procedimientos quirúrgicos mayores en el maxilar superior e inferior. Algunas de las prótesis que han probado efectividad en el planeo de procedimientos quirúrgicos bucales y estructuras de soporte son las siguientes:

- 1.- Tipos de vástago de acrílicos diseñados para soportar y mantener los tejidos en su posición deseada después de la extensión del reborde o técnicas - quirúrgicas en reposición muscular.
- 2.- La gotera palatina simple de acrílico diseñada para ser colocada de inmediato después de la ciru--

gía en el paladar, en condiciones tales como extracciones de dientes retenidos.

- 3.- Goteras simples de acrílico para protección y soporte de los tejidos y después de cerrar las comunicaciones buconasales y bucosinusal.
- 4.- Goteras planeadas y diseñadas apropiadamente para colocación inmediata después de la extracción de una porción del paladar o maxilar superior.
- 5.- Goteras diseñadas para soportar y prevenir desviaciones de la porción remanente del maxilar inferior después de que se ha resecado una parte.
- 6.- Goteras que sirven para mantener una abertura - - constante, cuando se usa, en el tratamiento de - - quistes amplios, la técnica de la descompresión.

PROTESIS INMEDIATA

Prótesis inmediata es el procedimiento que consiste en colocar los dientes inmediatamente después de las extracciones y regularización de los maxilares. Es imprescindible la preparación previa de la prótesis con el objeto de aplicarla en el acto quirúrgico.

Ventajas de la prótesis inmediata:

El paciente no necesita pasar un tiempo desdentado, con todos los inconvenientes desde el punto de vista estético, psicológico y fisiológico, éste último se refiere al proceso cicatrizal que debajo de la prótesis se realiza con mayor facilidad que sin este requisito. Hay menor reabsorción del hueso alveolar bajo la prótesis, que si se le deja al descubierto. La fisiología muscular no está alterada; la dimensión vertical se conserva y se mantiene el juego de la articulación temporomaxilar.

Indicaciones:

- 1.- La prótesis actúa como un apósito para controlar la hemorragia.
- 2.- La prótesis promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos.
- 3.- El paciente, con una prótesis inmediata realiza mejor la fonación y deglución, que un paciente sin dentadura, aunque sea por poco tiempo.
- 4.- El paciente más rápidamente acepta las extracciones dentarias.
- 5.- No interrumpe sus labores.
- 6.- Psicológicamente el paciente se siente mejor.
- 7.- Se conserva la dimensión vertical.

- 8.- Los dientes en la dentadura inmediata, pueden ser colocados en la misma posición que los que posee el paciente.
- 9.- El hueso es contorneado por la prótesis.

TECNICA

La prótesis inmediata puede realizarse sobre un diente, sobre todo el maxilar y aún sobre los dos maxilares a la vez. Lo ideal es proceder a la preparación quirúrgica y extracciones, desde el canino de cada lado hacia atrás, conservando el segmento de canino a canino para realizar la prótesis inmediata en esta región. Algunos autores recomiendan conservar los primeros premolares de cada lado para mantener la dimensión vertical.

La base transparente de acrílico que servirá para el modelado quirúrgico del maxilar.

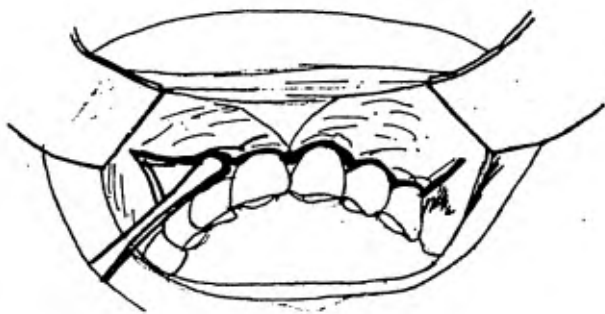
Se inicia realizando la anestesia local o general, lo mejor es realizar dos anestесias infraorbitarias con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis.

Un territorio edematizado resulta doloroso, después de que desaparece la anestesia. Cuando se opera con anestesia general, se coloca anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenirse, con fines hemostáticos, y asimismo para que no resulte dolorosa la primera sensación de la prótesis ya colocada. Al intervenir se realizan dos incisiones desde el surco vestibular hasta la lengüeta distal de cada canino, se seccionan las lengüetas interdentarias y se desprende el tejido gingival del cuello de los dientes. Por el lado palatino se desprende la fibromucosa y se traza una incisión pequeña, en distal de cada canino para que el colgajo sea mínimo, con el ob

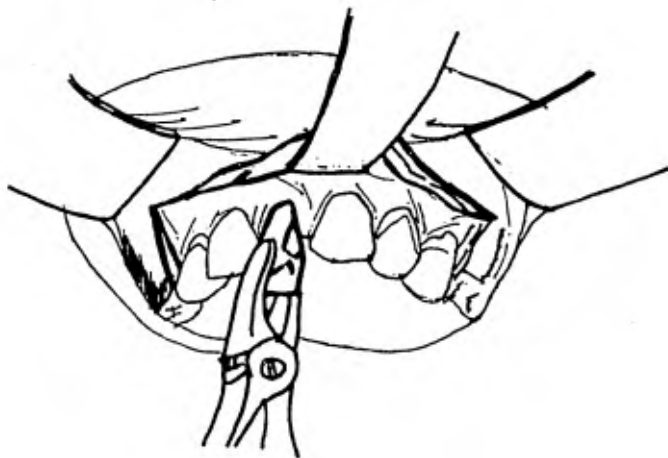


jeto de no traumatizar la fibromucosa.

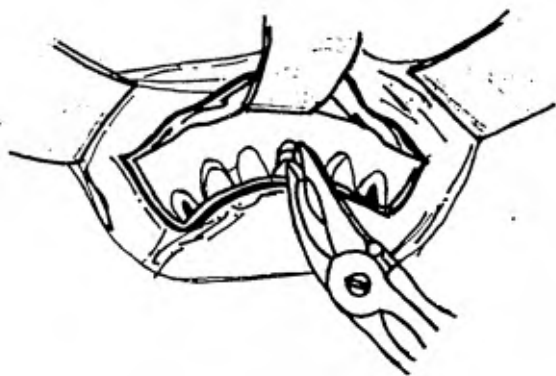
Posteriormente se realiza el levantamiento del colgajo con la espátula y el periostótomo se separa el colgajo buccal hasta el tercio apical de los dientes centrales. Por el lado palatino se desprende la fibromucosa a la misma altura.



Se realizan las extracciones dentarias según corresponda a la técnica de cada diente, evitando la fractura de la tabla externa.



En los casos normales, o sea en aquellos que no presentan protrusión, y no necesitan alveolectomía correctora, la ostectomía se reducirá a la necesaria para la exodoncia y a la eliminación de las crestas interdientarias, utilizando las pinzas gubias y con limas para hueso para alizar los bordes cor--tantes, para ver donde están más prominentes se hace bajando el colgajo y sobre éste investigar con el dedo.



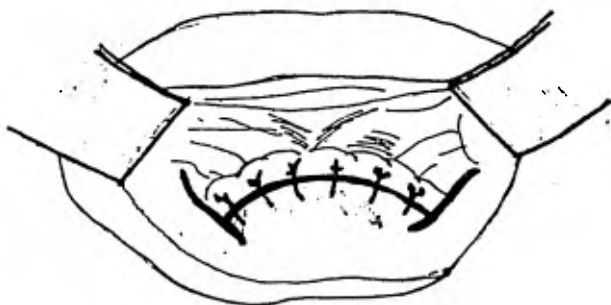
Luego deben ser resecaos los eventuales granulomas-paradentósicos y cohibidas las hemorragias de los vasos óseos, para prevenir el hematoma.

Comprobación de la semejanza proteticoclínica.

Para verificar que el caso clínico ha quedado seme--jante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata, se baja el colgajo y se adapta sobre el maxilar - del paciente una base transparente de acrílico, que tiene la - forma exacta de la prótesis.

En zonas donde empalidece la encía o se nota exceso de presión se realiza una mayor ostectomía y ya en condiciones de adaptar la prótesis, se corta el excedente de encía y se - realiza la sutura; los nudos sobre la cresta alveolar, con seda fina, hilo o nylon, para que no se traumatise el tejido, y - que los colgajos no queden tirantes y no modificar las inser--ciones musculares, para una buena adaptación de la prótesis.

Terminada la operación, se lava la superficie gingival con suero fisiológico o agua oxigenada; se coloca la prótesis directamente, o previo añadido a la placa de cemento quirúrgico. La prótesis debe quedar en la boca sin ser sacada por el paciente por 24 horas, al término de este tiempo se retira, se lava y se desinfecta, sumergiéndola en una solución antiséptica, se lavan las heridas bucales, eliminando los coágulos que se formaron, y se adapta la prótesis con o sin cemento quirúrgico.



Los puntos de sutura se retiran cuatro o cinco días después de la intervención de los tejidos.

CUIDADOS POSOPERATORIO

Los cuidados más importantes en el transcurso posoperatorio son:

- 1.- Control de la hemorragia.
- 2.- Reinstauración de la ingestión normal de líquidos y si son necesarios.
- 3.- Reemplazo de los líquidos que se han perdido.

Es de mucha importancia la colocación de apósito a presión ligera, una gasa estéril suturada con agua y exprimida hasta que esté lo más seca posible.

Indicaciones al Paciente Posoperatorias.

Después de la intervención se le indica al paciente lo siguiente:

- 1.- Déjese la gasa, por lo menos durante 30 minutos.
- 2.- Colóquese una bolsa de hielo o toallas frías en la cara durante 6-12 horas. Cuanto más pronto se haga es más efectivo.
- 3.- No se enjuague la boca hasta la mañana siguiente, pues se podría desalojar el coágulo e interrumpir el proceso normal de curación.
- 4.- En la mañana enjuáguese la boca suavemente, con un vaso con agua caliente con sal (media cucharadita de sal), repetir tres o cuatro veces al día.
- 5.- Siga sus inclinaciones naturales en lo que respecta a la dieta, pero por su propia comodidad son preferible alimentos blandos durante las 24

horas, tome gran cantidad de líquidos pero sin usar popote.

- 6.- Si aparece un sangrado anormal haga una torunda, mójela y colóquese sobre la zona y muerda - durante 20 minutos.
- 7.- Los dientes deben recibir su higiene usual, menos la región operada. En caso de emergencia - llame al Cirujano bucal.

Se deben utilizar drenajes y apósitos a presión en el vendaje posoperatorio de las heridas extrabucales en la cara. Para las heridas profundas se sutura, en la herida un dren de Penrose, para evitar el hematoma. Después de suturar la piel debe colocarse gran cantidad de gasa y fijarla con te la adhesiva para hacer presión sobre la herida.

Tan pronto como sea posible después de la recuperación de la anestesia general, se debe aconsejar la ingestión de líquidos por vía bucal.

Muchas veces la deshidratación motiva que se eleve la temperatura después de la operación, lo que de manera frecuente se le atribuye erróneamente a la infección. Si los vómitos o las náuseas evitan la reinstitución de la ingestión - de líquidos por vía bucal se puede transcribir un antiemético (detiene o previene los vómitos).

También se aconseja ingerir lentamente bebidas carbonatadas o hielo.

El reemplazo de los líquidos perdidos durante la - operación para evitar que el paciente caiga en choque hipovolémico en el cual disminuye la sangre circulante, como resultado de una hemorragia franca, de la pérdida de plasma por extravasación a las partes traumatizada o por la deshidratación.

En caso de prótesis inmediata, se le pide al paciente que deje la prótesis en su sitio hasta que regrese al consultorio al día siguiente. El retiro prematuro puede dar como resultado hinchazón que dificultará la colocación posterior de la prótesis y se hará muy dolorosa; deberán ser administrados los medicamentos adecuados.

CONCLUSIONES

Los temas tratados en esta Tesis se basan en correcciones quirúrgicas para portadores de prótesis orales.

Las correcciones pueden ser en pacientes con varios tipos de malformaciones ya sean congénitas o adquiridas, neoplasias o traumatismos leves o graves.

Por lo que el Cirujano Dentista debe moverse en un grupo de especialistas como patólogos, oncólogos, parodontistas, ortodontistas, anesthesiólogos, endodontistas, protesista.

El objetivo de los temas desarrollados en este trabajo es la rehabilitación de los precesos maxilares superior e inferior y la mucosa oral, para la adaptación correcta de la prótesis y devolver la funcionalidad y estética a la cavidad oral.

Para poder determinar qué tipo de intervención necesita el paciente hay que hacer su evaluación por medio de una Historia Clínica, ya que existen diversas técnicas para el tratamiento quirúrgico de un mismo problema, de acuerdo a la elegida que sea con el fin de obtener lo que se persigue, para el bienestar del paciente durante y después de la intervención, y tratar por todos los medios de no causar dolor, traumatismo por la práctica de una técnica inadecuada para el paciente.

Por lo que en esta Tesis presento las técnicas para intervenciones quirúrgicas que a mi juicio deben ser del conocimiento del Cirujano Dentista en general.

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

DANIEL E. WAITE.

Cirugía Bucal Práctica.

Primera Edición.

Impreso en 1978 México, D.F.

Editorial Continental México.

pp. 137-155 y 234-250.

GUILLERMO A. RIES CENTENO.

Cirugía Bucal

Octava Edición

Impreso en 1979 Buenos Aires

Editorial El Ateneo

pp. 129-130 y 432-450.

GUSTAV O. KRUGER.

Tratado de Cirugía Bucal.

Cuarta Edición.

Impreso en 1978 en México

Editorial Interamericana.

pp. 63-70 y 100-112.

LESTER W. BURKET.

Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento.

Sexta Edición.

Impreso en 1973 en México.

Editorial Interamericana

pp. 6-20.

THOMAS J. STARSHAK

Cirugía Bucal Preprotética.

Primera Edición

Impreso en 1974 Buenos Aires

Editorial Mundi

pp. 82-166.