

24-906



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

U.S.O.

CIRUJIA BUCAL PREPROTETICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Julia Luisa Vázquez Fierros

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pag.
I N T R O D U C C I O N	
CAPITULO I	
DEFINICIONES ESENCIALES	2
HISTORIA CLINICA	3
CAPITULO II	
VALORACION PREOPERATORIA	12
CAPITULO III	
ANORMALIDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS	16
CAPITULO IV	
ANORMALIDADES DE LOS TEJIDOS OSEOS	34
CAPITULO V	
TORUS O EXOSTOSIS	44
CAPITULO VI	
PROTESIS INMEDIATA	51
CAPITULO VII	
SURCOPLASTIA	56
CAPITULO VIII	
RECONSTRUCCION DE LOS PROCESOS ALVEOLARES POR MEDIO DE INJERTOS	66
CAPITULO IX	
PERIODO POSTOPERATORIO	75
C O N C L U S I O N E S	80

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

El arte protésico tiene como fin substituir porciones funcionales o estéticas de la anatomía humana, que se han perdido o que están ausentes congénitamente.

Mi propósito en este trabajo es reafirmar y cimentar los conocimientos para colocar cualquier tipo de prótesis, y así evitar posibles fracasos. En muchas ocasiones, la adaptación de un aparato protésico se ve obstaculizada o imposibilitada por ciertas irregularidades y malformaciones óseas, musculares o mucosas; es por ello que el Cirujano Dentista debe tener los conocimientos, bases fundamentales y adquirir la habilidad necesaria de los procedimientos quirúrgicos para la corrección o eliminación de dichas deformidades bucales, a fin de que sea posible la colocación de la prótesis con la certeza de que le devolverá al paciente la anatomía, fisiología, estética y principalmente la comodidad.

La Cirugía Bucal Preprotética es la conjugación de la rama quirúrgica, con la rehabilitación bucal protésica y la estabilización de todo el Sistema Estomatognático en conjunto, lo que logrará la integración Biológica, Psicológica y Social del individuo en este aspecto.

En este tema expongo las diferentes anormalidades y los tratamientos quirúrgicos preprotéticos que con mayor frecuencia tenemos que realizar en los tejidos blandos y duros de la cavidad oral para satisfacer las necesidades que un paciente requiera, y lograr buen éxito en la adaptación de cualquier prótesis en general.

CAPITULO I

1. DEFINICIONES ESENCIALES:

A). CIRUGIA. Es la rama de la medicina que tiene por objeto eliminar las enfermedades, defectos, o anomalías del organismo humano por medio de instrumentos de uso manual.

B). CIRUGIA ORAL. Ha sido definida por la "AMERICAN DENTAL ASSOCIATION" como aquella parte de la práctica odontológica que trata del diagnóstico y tratamientos quirúrgicos y auxiliares de las enfermedades, heridas y anomalías de los maxilares humanos y estructuras asociadas.

C). TECNICA QUIRURGICA. Se define como la habilidad requerida para efectuar una operación en el menor tiempo posible, sin dolor, con poca o ninguna hemorragia y sin infección consecutiva.

D). CIRUGIA PREPROTESICA. Es la preparación quirúrgica de la boca con el objeto de suprimir las malas disposiciones anatómicas de tejidos blandos y de anormalidades de los huesos maxilares, desfavorables para la estabilidad, contención o montaje de una prótesis dental.

E). PROTESIS DENTAL. Es un aparato que reemplaza las estructuras asociadas y las piezas dentarias cuando se han perdido.

2. HISTORIA CLINICA.

Siempre que iniciemos un tratamiento cualquiera que éste sea, es de vital importancia empezar por la Historia Clínica, ya que a través de ella conoceremos el estado anatómico y funcional del organismo.

La Historia Clínica es la recopilación y ordenamiento de los signos y síntomas obtenidos del paciente, así como la ficha de identificación, antecedentes y hábitos, con el objeto de establecer un diagnóstico, obtener un pronóstico e instituir el plan de tratamiento.

La interrogación se realiza por medio del lenguaje y puede ser directa o indirecta. Directa cuando la información la obtenemos del paciente. Indirecta si los datos son dados por otra persona, ya sean los padres, hermanos, tíos o el acompañante cuando por alguna razón el paciente no puede contestar.

a) Ficha de Identificación

Anotaremos nombre completo del paciente, edad, sexo, estado civil, nacionalidad, ocupación, dirección y teléfono.

NOMBRE. Es importante conocer el nombre del paciente para abrir su expediente y poder archivarlo en orden alfabético facilitando su localización.

EDAD. Los pacientes jóvenes se adaptan con mayor facilidad a las nuevas condiciones, siendo el aspecto estético el más importante, los tejidos sanan rápidamente y su resistencia es favorable.

SEXO. Generalmente la apariencia es de mayor importancia para el paciente femenino, lo que hace más exigente el tratamiento.

ESTADO CIVIL. Las personas casadas tienen más problemas de tipo emocional que repercuten en el tratamiento médico.

OCUPACION. Este punto nos ayudará a determinar sus exigencias sociales y necesidades profesionales.

DIRECCION Y TELEFONO. Es importante conocer estos datos porque através de ellos podremos comunicarnos para nueva cita, cambio de algún medicamento, un recordatorio o cualquier otro caso que se presente.

b). Estado General.

El paciente que goza de buena salud presenta menos problemas en el tratamiento protésico que un paciente enfermo.

Si se trata de mujeres en estado menopáusico pueden presentar problemas psicológicos y emocionales, son inestables, esto hace que se dificulte más la construcción de la prótesis.

Si en el momento de la consulta está siendo tratado por el Médico General, se le preguntará sobre la naturaleza de la afección que le está atendiendo.

c) Antecedentes Heredo-familiares.

Se preguntarán datos de los ascendientes del enfermo (padres, abuelos), las enfermedades que han padecido o padecen. La importancia de esta investigación es porque hay enfermedades que se transmiten por herencia, otras se presentan con suma frecuencia en los miembros de una familia, tales como:

Diabetes, tumores benignos o malignos, tuberculosis, sífilis, hipertensión arterial, cardiopatías, artritis, obesidad, estados alérgicos, padecimientos de la sangre, enfermedades mentales, toxicomanías, etc.

También se preguntará acerca de los hermanos y tíos, si la persona es casada se obtendrá información del cónyuge y los hijos. En caso de que alguno haya fallecido averiguar la causa de su muerte.

d) Antecedentes personales no patológicos.

En este cuadro preguntaremos tipo de alimentación, calidad y cantidad de la misma, higiene personal, grado de escolaridad y trabajo que desempeña. Hábitos como: Tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías de las cuales debe preguntarse, tipo de droga, antigüedad, frecuencia y cantidad. Se preguntarán las condiciones de vivienda, ventilación, número de cuartos, personas que la habitan y costumbres en general.

e) Antecedentes personales patológicos.

La interrogación será sobre todas las enfermedades que ha padecido el paciente, desde su infancia hasta el momento de la con

sulta, ubicando la fecha de dichos padecimientos; y si alguna vez ha estado hospitalizado o intervenido quirúrgicamente a causa de alguna de estas enfermedades:

Infancia. Varicela, sarampión, viruela, tos-ferina, etc.

Otras como: diabétes, tuberculosis, sífilis, cardiopatías, amigdalitis de repetición, parasitosis intestinal, hepatitis, fiebre reumática, transfusiones sanguíneas, antecedentes alérgicos y si es mujer, antecedentes obstétricos y ginecológicos.

f) Padecimiento actual.

Es la narración completa de lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad, debemos dejar que relate su problema con sus propias palabras. En la investigación se deberá seguir un orden general: principiando porque el paciente nos indique el sitio de su padecimiento, observar en qué consiste la manifestación del mismo, su intensidad, extensión, consistencia y color. Preguntaremos fecha de iniciación, desarrollo y evolución.

Se investigará si el padecimiento es acompañado de manifestaciones generales como: fiebre, escalofríos, adinamia, anorexia, etc.

g) Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Aquí se debe explicar al paciente de manera comprensible los términos correspondientes a cada aparato.

1. Aparato Digestivo. Disfagia, polifagia, rectorragia, polidipsia, dispepsia, anorexia, melena, dolor estomacal, estreñimiento, vómito, secreción salival, diarreas, hemorragias, etc.

Características de las evacuaciones intestinales como: color, olor, frecuencia, cantidad, consistencia, presencia de elementos extraños, parásitos, etc.

2. Aparato Respiratorio. Disnea, disfonía, epistaxis, ortopnea, tos su duración y predominio, si es cianósante o hematizante.

3. Aparato Circulatorio. Disnea de esfuerzo, palpitaciones, dolor precordial, edema de tobillos, cefalea, mareos, lipotimias, síncope, fiebre reumática, hipertensión, colapso, hipotensión, shock, etc.

4. Aparato Urinario. Poliuria, oliguria, anuria, disuria, piuria, hematuria, nocturia.

5. Aparato Genital Femenino. Menarquia, ritmo, última mestruación, dismenorrea, leucorrea, hemorragias, embarazo, antecedentes de aborto, menopausia, enfermedades venereas (sífilis y gonorrea).

6. Aparato Genital Masculino. alteraciones que tenga o haya tenido el paciente, también se preguntará sobre enfermedades venereas.

7. Sistema Nervioso. Sueño, parestesias, parálisis, depresión, angustia, temblor, neuralgias, desmayos, memoria, vista, oído, tacto y olfato.

8. Aparato Músculo-Esquelético. Artritis, mialgias, artrealgias, parálisis, petequias, atrofas, calambres, limitación de movimientos, deformaciones musculares y manifestaciones alérgicas.

9. Sistema Endócrino. Evolución de la curva ponderal, acromegalia, exoftalmos, cefalea, polidipsia, poliuria, polifagia, enanismo, apatía, fotofobia, retraso mental, habla defectuosa, pubertad precóz y virilismo en la mujer.

10. Sistema Hematopoyético y Linfático. Sangrado persistente, anemia, adenopatía, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, grupo sanguíneo, tiempo de protrombina, Rh., policitemia, leucopenia, leucemia y hemofilia.

h) Exámenes Previos.

Se preguntará si le han realizado exámenes con anterioridad por el mismo padecimiento o por alguna otra causa.

i) Terapéutica Empleada.

Se investigarán si en la actualidad está tomando algún medicamento, el nombre de éste, la dosis y duración.

j) Signos Vitales.

Se tomará la presión arterial, pulso, temperatura, respiración por minuto, etc.

k) Exploración Física.

Se anotarán datos generales tales como peso, estatura, constitución, conformación, movimientos anormales, marcha, actitud, edad real y aparente.

l) Examen Extraoral.

Inspeccionaremos la cara del paciente, buscando asimetrías, tumefacciones, cicatrices, fístulas o pigmentaciones anormales.

m) Examen intraoral.

Consiste en la inspección y palpación de los tejidos de la cavidad oral, empezando por la superficie interna de los labios, mucosa de las mejillas, surcos vestibulares superior e inferior, paladar, lengua, espacios sublinguales, glándulas salivales, encías y amígdalas. En el cuello inspeccionaremos ganglios linfáticos y la tiroides.

Se registrarán cambios de color, inflamación, aumento de tamaño, ulceraciones, formaciones tumorales, alitosis, etc.

Por último, se hará una apreciación general de los dientes por medio de un odontograma en donde anotaremos caries, zonas de contacto defectuosas, forma de oclusión, dientes faltantes, restauraciones, presencia de gingivitis, fístulas, anomalías de forma y posición. Se efectuarán pruebas de vitalidad, percusión y movilidad.

n) Examen Radiológico.

En el estudio radiográfico la técnica adecuada consistirá en tomar dos películas oclusales, una superior y otra inferior.

Estas películas nos revelan grandes áreas en la cavidad bucal, observaremos si hay dientes retenidos, cuerpos extraños, sialolitos y para evaluar el tamaño de los quistes, Las películas periapicales se utilizan en pequeñas brechas para observar las raíces de los dientes que nos servirán de pilares.

o) Datos de Laboratorio.

Los más importantes exámenes de laboratorio preoperatorios en la práctica de la Cirugía Oral son:

Química sanguínea

Creatinina

Hematocrito

Grupo Sanguíneo

Factor RH.

Tiempo de coagulación

Tiempo de protrombina

Retracción del coágulo

En general de orina nos interesa cantidad de urea y glucosa.

p) Diagnóstico.

Se define como el arte de reconocer un proceso de enfermedad por medio de la historia clínica, hallazgos clínicos, datos de laboratorio y radiografías. En caso de urgencia se requerirá la cooperación de especialistas.

q) Pronóstico.

Según el estudio realizado, evaluaremos nuestro pronóstico en favorable o desfavorable.

r) Plan de Tratamiento.

De acuerdo con el tipo de anomalía y los conocimientos para eliminarla, se indicará paso por paso el tratamiento a seguir.

CAPITULO II

VALORACION PREOPERATORIA.

Consiste en examinar en forma particular cada uno de los dientes, su hueso y tejidos blandos de soporte. Los dientes desvitalizados con caries profundas y restauraciones extensas son frágiles y se fracturan con facilidad, suelen hallarse anclados con firmeza en el hueso esclerótico.

Los dientes con erosión cervical son muy propensos a la fractura durante la extracción. Hay que tomar en cuenta el tamaño, contorno y curvatura de las raíces, como también estructuras cercanas como los senos maxilares, conducto mandibular, reborde milohioideo, dientes adyacentes y lesiones óseas, especialmente los abscesos, quistes, tumores y fracturas, ya que pueden afectar la extracción de los dientes y la cicatrización postoperatoria.

La buena premedicación y la anestesia son esenciales, igualmente el manipuleo cuidadoso de los tejidos vitales puesto que el traumatismo del hueso y el tejido blando pueden tener por consecuencia dolor, retardo de la cicatrización, necrosis e infección.

A. Indicaciones para la extracción de dientes.

- 1). Se deben extraer los dientes con patología pulpar aguda o crónica porque es imposible tener éxito en el tratamiento endodóntico.
- 2). Cuando existe la presencia de enfermedad periodontal demasiado avanzada, como para que permita esperar un tratamiento positivo.

- 3). Dientes con raíces enanas por no tener la fuerza suficiente para sostener la prótesis, igual a los que tienen movilidad dentaria visible.
- 4). Dientes extruídos y en mala posición toda vez que su extracción y reemplazo sea la forma más práctica de tratamiento.
- 5). Piezas retenidas en zonas de soporte se extraerán antes de la confección de la prótesis; en caso de pacientes adolescentes, con terceros molares superiores retenidos, cuya extracción podría destruir el contorno óseo de las tuberosidades maxilares se deben dejar a que erupcionen, después se extraerán y se rebasará la prótesis.
- 6). A veces es necesario extraer algunos dientes en la línea de fractura de los maxilares para reducir las probabilidades de infección, retardo en la consolidación o falta de unión.
- 7). El tipo y diseño de la prótesis dental puede exigir el sacrificio de uno o más dientes sanos para conseguir un resultado protético más conveniente.
- 8). En pacientes con fiebre persistente de bajo grado o con determinadas formas de artritis, después de un examen médico minucioso pueden requerir la extracción de todos los dientes no vitales, así como la vitalidad dudosa.
- 9). Los dientes de pacientes que se hallan bajo tratamiento radiactivo por tumores bucales, faríngeos y regiones cervicales superiores deben extraerse, ya que son más susceptibles a las

caries; la pulpa se necrosa con mayor rapidéz y la infecci3n es mayor.

Por lo general, el hueso irradiado no cicatriza despu3s de las extracciones dentales por la p3rdida de la irrigaci3n en la zona, la reducci3n de la vitalidad del hueso y de las c3lulas del tejido conectivo.

B. Contraindicaciones organicas.

Toda aquella enfermedad no controlada puede ser considerada como una contraindicaci3n para el tratamiento quir3rgico, hasta que la enfermedad no se halle bajo control. Enfermedades tan serias tales como hipertensi3n, cardiopat3as, anemias graves, leucemia, discrasias sangu3neas (hemofilia) y la enfermedad de la arteria coronaria demandan el tratamiento m3dico apropiado.

Las personas muy j3venes y las ancianas exigen una atenci3n especial. Por lo general, los j3venes presentan problemas de manejo que pueden ser superados mediante el uso de sedativos o anestesia general. Los mayores tienen problemas de nutrici3n y por consecuencia de cicatrizaci3n.

Las enfermedades cr3nicas como: diabetes, nefritis y hepatitis complican mucho la extracci3n de los dientes, produciendo la infecci3n de la herida, falta de cicatrizaci3n y empeoramiento del estado de enfermedad.

Las neurosis y las psicosis son contraindicaciones relativas que tienden a hacer el tratamiento dental bastante dif3cil.

C. Requisitos de los tejidos bucales.

Los tejidos bucales deberán reunir todos los requisitos para poder recibir una prótesis y sobre todo para el buen funcionamiento de la misma, se debe diagnosticar el tipo de defecto que tenga y valorizar si se puede corregir la anormalidad por medio de la Cirugía Preprotésica. El Cirujano Dentista debe tener la preparación suficiente y seguridad del tratamiento a efectuar, de no ser así, se debe remitir al paciente con el especialista en Cirugía Buco Dento-Maxilar, haciéndole comprender al paciente el motivo que es necesario para poder colocarle la prótesis.

R E Q U I S I T O S:

1. Las disposiciones anatómicas deben ser normales.
2. No presentar retenciones poco convenientes.
3. No presentar frenillos, fibras musculares o bandas cicatrizales que eviten el asentamiento normal de la prótesis o que la movilicen.
4. No presentar hipertrofias, redundancias o pliegues de tejido blando sobre las crestas alveolares o en los vestíbulos.
5. Ser un soporte adecuado para la futura prótesis.
6. No presentar profundidad deficiente en los vestíbulos linguales y bucales.
7. No presentar crestas o bordes agudos.
8. No presentar neoplasias.

CAPITULO III

ANORMALIDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

La corrección quirúrgica de diversos tejidos blandos normales y anormales ayudan al Cirujano Dentista en la confección de las prótesis, y al paciente en el uso favorable de ellas, del resultado satisfactorio depende el restablecimiento de las funciones masticatoria, fonética y estética del paciente.

1. Inserciones musculares altas.

Las inserciones musculares altas son haces musculares que sobresalen a la cavidad oral sobre la región de los vestíbulos, y van hasta la región bucolabial correspondiente, causando una obstrucción que impide la colocación de una prótesis, por lo cual está indicada su disminución o resección.

T é c n i c a .

Anestesia local o regional o bien la combinación de ambas, según sea la localización de la anormalidad.

I n s i c i o n .

Se practica un corte semicircular efectuado através de la mucosa, se separa la mucosa del músculo con liberación completa del haz muscular del tejido que lo rodea; y con una pinza se toma en su origen el músculo y se secciona un trozo conveniente el cual se elimina, ésto hace que el resto del músculo sufra una retracción cuando retiramos la pinza. Posteriormente se coloca la mucosa en su lugar, cortando el excedente, si existe. Suturamos con puntos separados que se retiran a los cinco días de realizada la intervención.

2. FRENILLO LABIAL SUPERIOR.

Es una banda de tejido conectivo fibroso cubierto por mucosa, es de mayor densidad, parte de la cara interna del labio y se va a insertar sobre la línea media de unión de ambos maxilares. Cuando es pequeño se inserta en la parte superior del surco vestibular, pero cuando es grande se inserta en la cresta del proceso alveolar o en la papila incisiva del paladar, lo que da lugar a diastemas entre los incisivos centrales.

Desde el punto de vista protésico, el frenillo labial puede oponerse a la correcta ubicación normal de una prótesis completa, ya que la desplaza con los movimientos del labio.

T é c n i c a .

Se han descrito una variedad de procedimientos quirúrgicos, como la Z-plastia y la escisión total. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local o general en pocos minutos.

Se levanta el labio, se le da vuelta para dejar tenso el frenillo. Se trabajará mejor con la ayuda de un asistente, el cual estará de pie por detrás del paciente y eleve los dos extremos del labio, la finalidad es la eliminación de la parte fibrosa del frenillo, la mucosa debe ser devuelta a su posición, de manera que cubra el defecto quirúrgico.

Técnica de Federspiel.

Con un bisturí de hoja corta y recta se circunscribe en forma de óvalo la base, a derecha e izquierda y llegando en profundidad hasta el hueso.

La porción circunscrita por la incisión se toma con una pinza de disección y se despega el tejido a researse por medio de una legra. Se afrontan los bordes de la herida con dos o tres puntos aislados de seda negra para sutura número 3-0.

Técnica de Mead.

Se realiza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud, llegando en profundidad hasta el hueso, el frenillo se separa con una legra, disecado el frenillo se secciona en su límite superior. Se afrontan los bordes de la herida y se sutura con seda negra número 3-0.

En caso de que el frenillo sobrepase el límite bucal y se inserte a la altura de la papila palatina, la incisión se prolonga pasando entre los incisivos evitando llegar al agujero palatino anterior.

Técnica de L'Hirondel y Aranowicz.

Al levantar el labio, éste adquiere una forma triangular con base superior y vértice inferior. El triángulo se secciona con una tijera curva en la mitad de su altura, siguiendo una dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular. De esta manera, por la acción de algunos músculos de los labios se obtienen dos triángulos unidos por sus bases a nivel del surco vestibular. Se reseca con bisturí el cordón fibroso del frenillo, se extirpa y cauteriza con galvano la base de inserción. Se afrontan los bordes de la herida y se sutura con 3 ó 4 puntos de seda negra número 3-0. Las suturas se retiran a los 7 días.

3. FRENILLO LINGUAL.

La anguilloglosia o lengua atada, se observa con mayor frecuencia en niños que por lo común se les corrige cuando son pequeños.

Cuando examinamos un paciente adulto, algunas veces se comprueba que tienen un frenillo lingual hipertrófico sin tratar.

El frenillo lingual se compone de un pliegue de mucosa sola o puede contener un tabique fibroso denso que une la punta de la lengua al proceso alveolar. Puede tratarse de un frenillo fibroso corto que restringe el movimiento de la lengua o puede contener fibras de los músculos genioglosos.

Como prueba simple de la función lingual, se pide al paciente que toque su labio superior con la punta de la lengua. Cuando el paciente es incapaz de mover adecuadamente la punta de la lengua o que la punta está unida al proceso alveolar entonces está indicada la eliminación del frenillo.

Esta anomalía impide la estabilidad y retención de la prótesis durante el habla o la masticación en pacientes anodontos.

Su tratamiento se hará mediante una frenectomía lingual extensa, seguida de ejercicios para mantener la movilidad de la lengua, y en ocasiones una terapia de lenguaje.

P r o c e d i m i e n t o .

Se realiza con anestesia local o general, si es local se hace el bloqueo bilateral del nervio lingual y se completa con can-

tidades pequeñas de infiltración para evitar la deformación de tejidos sublinguales. Con la boca abierta se pasa un hilo a través de la línea media a 7 cm. de la punta de la lengua para sostener ésta hacia arriba durante la operación. Mediante este punto de tracción se logra que el frenillo lingual o el músculo geniogloso se mantengan tensos. Iniciaremos con una incisión transversal en la mucosa del frenillo a mitad de canino entre la superficie ventral de la lengua y las curúnculas sublinguales. Emplearemos tijera o bisturí.

4. FRENILLOS LATERALES O BRIDAS.

Estos frenillos son haces fibromucosos de poca densidad que se encuentran a la altura de los premolares a ambos lados tanto de la arcada superior como de la inferior.

Su principal indicación para practicar su resección completa o acortamiento, es cuando se oponen por su tamaño a la colocación de aparatos protésicos, principalmente en la prostodoncia total. Su corrección se puede hacer mediante la V-Y plastia si es que son grandes, pero como la mayoría son pequeños, una incisión transversal a través del frenillo con un bisturí o con tijeras es todo lo que se precisa para reducir una herida con forma de diamante, cuyos márgenes se socavan y se cierran en sentido longitudinal o perpendicular a la incisión original.

Antes de iniciar la operación debemos localizar el paquete vasculonervioso mentoniano dentro del tejido conectivo para evitar traumatizar este nervio. En razón de que la incisión del frenillo se hace en un tejido con libertad de movimiento, la molestia postoperatoria persiste durante varios días.

5. BRIDAS CICATRIZALES.

Son el resultado de quemaduras o heridas y se presentan como una cicatriz deforme que se forma por el traumatismo y la movilidad que tienen los tejidos del vestíbulo o por sus mismos repliegues que forma, a veces su defecto es del tamaño y grosor de un frenillo lateral. Estas deformidades cuando se presentan, obstaculizan el trabajo de una prótesis y de prosthodontia total desde el momento de tomar las impresiones, hasta adaptar una dentadura artificial.

T é c n i c a .

Las técnicas que se utilizan para eliminar estos defectos son las mismas que las de resección de frenillos. Los mejores resultados se obtienen con la Z-plastia, también se utiliza el colgajo en forma de V-Y con el cual sólo se disminuye la deformación. Se practican dos incisiones oblicuas que partan de un punto o vértice formando una V, se levanta el colgajo levantándolo hasta su base, luego se realiza una fuerte tracción de la herida en sentido opuesto al vértice, entonces el colgajo se desliza transformándose la V en Y. Se sutura con puntos aislados, primero la rama vertical de la Y y después las dos ramas laterales.

6. DOBLE LABIO.

El labio doble es un pliegue accesorio de mucosa excedente que se localiza por dentro del borde bermellón del labio. Es una anomalía congénita poco común y también puede ser adquirida mediante la succión del labio entre los dientes, por lo re

gular ocurre en el labio superior, aunque también se presenta en el inferior. Es visible cuando el labio se tensiona al sonreír. Es conveniente eliminar este defecto antes de confeccionar la prótesis para conseguir el resultado estético adecuado de la dentadura y que el paciente se sienta bien.

Procedimiento.

Se lleva a cabo bajo anestesia local en el consultorio dental. Se hace el bloqueo bilateral del nervio infraorbitario evitando la infiltración dentro del labio porque deforma el contorno. Los pliegues excedentes de mucosa labial se toman con suavidad con pinzas de allis y se hacen las incisiones hacia la submucosa, de manera que se retire un bloque o dos de tejido con forma de cuña en corte transversal.

Los pequeños puntos sangrantes se ligan con catgut número 4-0, las heridas se cierran por planos con la misma sutura o con seda para sutura número 4-0. El curso postoperatorio es normal, el edema es moderado y se controla mediante vendaje externo a presión con tela adhesiva y bolsa de hielo. Se mandarán analgésicos para la molestia. Las suturas se retiran a los cinco o seis días. Por lo general la mejoría estética es notable.

7. HIPERTROFIA FIBROSA DE LAS TUBEROSIDADES.

La formación de tejido fibromatoso denso y casi por completo avascular, semeja una estructura a la inspección y a la palpación que se denomina Hipertrofia Fibrosa de la Tuberosidad. Este crecimiento es por lo general bilateral, y cuando se pre

senta impide la colocación de una dentadura que fuere necesario adaptar.

Entre la etiología de este padecimiento, nos damos cuenta que la mayoría de los pacientes que la presentan son personas que han usado prótesis mal confeccionadas por mucho tiempo.

También se encuentra cuando existe Hipertrofia Osea de las Tuberosidades o combinadas ambas, pero en realidad se trata de una hiperplasia del tejido conjuntivo con inflamación crónica.

El crecimiento de esta deformidad puede llegar a tocar la arcada opuesta, ya sea con las piezas inferiores si éstas existen, o bien con el proceso alveolar anodóntico. Este tejido movable se presenta más frecuentemente en la región de la tuberosidad del maxilar superior.

T r a t a m i e n t o .

La operación se basa en la resección submucosa del tejido fibromatoso, con lo que se obtienen resultados satisfactorios para la aplicación de una prótesis.

El tipo de anestesia será regional-local; cuando es muy grande la hiperplasia se utiliza anestesia general. Se practican dos incisiones en forma de huso abarcando toda la zona de tejido por resecar; las dos incisiones se llevan desde un punto situado en la superficie posterior de la tuberosidad, abarcando hasta hueso hacia adelante, y que terminen en un punto anterior a nivel de los premolares aproximadamente a cada lado de la cubierta gingival, posteriormente se elimina el tejido

correspondiente entre las dos incisiones.

Se legra el tejido submucoso para cubrir la zona hueca y para dar al tejido su espesor normal en esta región, teniendo gran cuidado de no reducir la profundidad del vestíbulo de la boca al reponer el colgajo. Se afrontan los bordes y se sutura con puntos separados y que se retiran a los cinco días.

8. HIPERPLASIA MUCOSA DE LOS BORDES ALVEOLARES.

Esta anormalidad nos presenta clínicamente una encía ligeramente tumefacta, con apariencia fibrosa, poco vascularizada y tiende a sobrepasar la cara libre de las piezas dentarias cuando éstas existen, cuando el paciente es desdentado se descubre una masa excesiva de tejido blando que cubre los bordes del hueso alveolar reabsorbido debiendo extirpar esta proliferación para el buen uso de cualquier prótesis. La etiología es por irritación mecánica de prótesis parciales o totales desajustadas y utilizadas por tiempo prolongado.

El tejido hiperplásico se encuentra más frecuentemente en las regiones anteriores de los maxilares, aunque puede encontrarse tejido blando movable en cualquier área situada bajo la dentadura.

T é c n i c a .

Anestesia local, infiltrando el anestésico en ambos lados de la línea media del repliegue patológico, La incisión se hace en la superficie superior de la deformidad a todo lo largo hasta el hueso, luego efectuamos el procedimiento por la su-

perficie inferior, los cortes son angulados en forma de V y cuyo vértice quede en el proceso alveolar. Se elimina la sección cortada, se afrontan los bordes de la herida y se sutura en forma primaria procurando siempre dejar cubierto el hueso por mucosa con un espesor aproximado al normal.

9. ENCIA PALATINA.

La hiperplasia fibrosa de la encía palatina no es común, cuando la lesión existe la encía del paladar presenta un agrandamiento que se extiende por debajo del plano oclusal superior, aumenta la potencia para la enfermedad periodontal. No ofrece problemas importantes pero al extraer los dientes superiores la masa de tejido blando se convierte en la cresta del reborde residual. Se corrige por las siguientes razones.

- a) La remoción de la encía blanda o excesivamente móvil deja un reborde maxilar firme para la buena estabilidad del aparato protésico.
- b) La encía palatina se remodela para quitar espacios muertos en los tejidos blandos.
- c) Se acorta la cresta del reborde maxilar y se obtiene espacio para la base de la prótesis.

T r a t a m i e n t o .

Bajo anestesia local se hacen incisiones elípticas al rededor de las masas gingivales, estas incisiones se profundizan hasta llegar al hueso para poder retirar bloques de encía de es-

pesor total mediante una gubia. Los tejidos blandos se adelgazan por vestibular y palatino. Se hacen incisiones submucosas en el tejido conectivo palatino y vestibular en sentido paralelo a la superficie mucosa y se les profundiza hacia el hueso. Se quitan los bloques de tejido conectivo submucoso, dejando los colgajos vestibular y palatino de grosor adecuado los cuales se vuelven a su lugar y se suturan. Las suturas se retiran a los cinco días, las impresiones se pueden tomar a las 3 semanas posteriores a la cirugía.

10. MUCOSA PALATINA.

La hiperplasia fibrosa aparece con menor frecuencia en la submucosa de la bóveda palatina, cuando se presenta la mucosa de los lados derecho e izquierdo se agranda, esto ofrece retenciones de los tejidos blandos que hacen difícil confeccionar la prótesis.

T r a t a m i e n t o .

Anestesia local, extraídos los dientes la mucosa excedente se incide con un bisturí. Se eliminan los espacios muertos retentivos y se reduce el volumen de la mucosa. Se usa una matriz quirúrgica recubierta por una pasta o ungüento analgésico para cubrir las heridas vivas. Cicatriza en tres semanas.

11. ZONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

La fibromatosis de la tuberosidad en zonas del tercer molar inferior es poco común, cuando se presenta puede llegar a contactar con la tuberosidad maxilar o con los dientes, esto

hace que el espacio intermaxilar se reduzca de tal forma que resulte imposible la construcción de prótesis adecuadas y funcionales.

Antes de efectuar la cirugía en esta zona, se debe realizar un examen radiográfico para determinar el tipo y consistencia del tejido a extirpar y la presencia de un diente retenido o hueso. La reducción en esta zona será en tamaño y forma hasta lograr un reborde razonablemente adecuado para la construcción de las prótesis.

T é c n i c a .

Se utiliza anestesia local, se practica una incisión que comienza en la unión del tejido normal con el tejido fibromatoso y termina en la parte más posterior de la zona. La incisión debe llegar hasta el hueso, posteriormente se adelgazan los colgajos vestibular y lingual mediante la escisión de submucosa para aproximar los colgajos sin ejercer tensión. Se afrontan los bordes de la herida y se realiza una sutura continua con se da negra.

11. DESFLAZAMIENTO QUIRURGICO DEL NERVIO MENTONIANO.

En pacientes con gran atrofia del proceso alveolar inferior, el agujero mentoniano puede hallarse en la cresta del reborde residual o cerca de ella. Cuando esto sucede, el nervio mentoniano está sometido a la presión que ejerce la prótesis durante la masticación.

Los pacientes se quejan de dolores intensos de corta duración

similar a los dolores de la neuralgia del trigémino. El dolor puede comenzar durante la carga funcional de la dentadura durante la masticación. Algunos pacientes experimentan dolor y entumecimiento del labio inferior. En muchos pacientes los síntomas se eliminan al aliviar la prótesis para evitar la presión sobre el agujero mentoniano.

Utilizamos este método cuando la zona de soporte remanente es suficiente. Cuando el soporte de la prótesis es insuficiente no hay que aliviar la dentadura porque se reduciría más el soporte. En este caso habrá que desplazar quirúrgicamente el paquete vasculonervioso mentoniano.

T é c n i c a .

El procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia local, se hace una incisión larga sobre la cresta del reborde residual. Pero si comprobamos por medio de la palpación que el agujero mentoniano se halla sobre la cresta del reborde, se curvará la incisión hacia lingual para evitar el agujero. Se rechaza con cuidado el colgajo mucoperióstico para exponer el agujero mentoniano y el paquete vasculonervioso que tenemos que separar. En el hueso que está por debajo del agujero mentoniano se hace un surco vertical con una fresa dental. Una vez concluido el tallado óseo se acomoda con cuidado el paquete vasculonervioso en el nuevo agujero, se acomoda en su lugar el colgajo y se sutura.

En el período postoperatorio habrá inchazón moderada y dolor que desaparece en pocos días. La parestesia temporaria del labio inferior dura varias semanas y gradualmente se recupera

la sensación total. Una vez completa la cicatrización se rebasa la prótesis o se la confecciona de nuevo.

12. ENCIA SIN SOPORTE O HIPERMOVIL.

Cuando existe atrofia intensa del reborde residual, la encía pierde su soporte óseo y se torna movable, y como consecuencia la dentadura va perdiendo estabilidad.

T r a t a m i e n t o .

Será proporcionar una zona de asiento basal firme para la prótesis. Se realiza bajo anestesia local; se hacen dos incisiones a lo largo de la cresta del reborde residual, una por vestibular y otra por palatino, las dos convergen en los extremos derecho e izquierdo y se profundizan hasta el hueso para eliminar una tira larga de encía. Los bordes de la herida se unen y se suturan, en la parte interna de la prótesis se coloca material de revestimiento blando para compensar el cambio del contorno del tejido.

La evolución postoperatoria es normal, el dolor y la hinchazón de la encía duran una semana, los puntos se retiran en 8 días.

13. HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA MUCOSA VESTIBULAR.

Epulis fisurado.

Es la irritación crónica de una prótesis mal adaptada que produce agrandamiento hiperplásicos de la mucosa alveolar y de la mucosa del surco vestibular en ambos maxilares.

Epulis fisurado es el tejido blando atrapado entre la aleta de una dentadura postiza ajustada y el hueso subyacente que lleva a fibrosis tisular y cicatrización del surco. También la oclusión traumática de los dientes naturales opuestos a la dentadura artificial sería causa de la afección.

La corrección se logra cortando el pliegue si es pequeño, o haciendo una disección submucósica cortante para desarrollar un colgajo y hacer la escisión de los tejidos de cicatrización. El colgajo se sutura al periostio a manera de no perder la altura vestibular.

Muchas de estas heridas cicatrizan por granulación y epitelización secundaria. A veces, la mucosa del labio se puede socavar, adelantar y suturar al periostio al tratar de hacer un cierre parcial de la herida. Hay que acortar los flancos de la prótesis. Se usa una pasta analgésica o revestimiento blando para dar comodidad y proporcionar el contacto adecuado entre prótesis y tejidos.

La evolución postoperatoria es normal, el edema y el dolor remiten a la semana. La cicatrización completa es de cuatro semanas, hasta entonces, se pueden confeccionar las prótesis.

14. HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DEL PALADAR.

Es una enfermedad indolora e irreversible de la mucosa bucal. Es más común en el paladar duro y en especial en pacientes que portan prótesis superior completa. También se presenta en pacientes que usan prótesis parcial y en pacientes con dientes sin aparatos protésicos.

Los pacientes jóvenes parecen ser más afectados. Yrastorza dice que la incidencia es mayor en pacientes de 50 a 60 años. Se manifiesta como proyecciones nodulares o papilares múltiples de mucosa de tamaño y altura diversas y separadas por fisuras. Es frecuente encontrar alimentos en descomposición, mucus y residuos bacterianos en la base de las fisuras, la característica más común es inflamación con enrojecimiento. Muchos autores consideran que la enfermedad es de naturaleza inflamatoria. Cuando hay disqueratosis consideran que es pre-maligna, pero en estudios realizados son raros los casos en que se encuentre disqueratosis.

A veces la enfermedad permanece durante años sin manifestaciones de cambios malignos, pero hay que reconocer que la irritación persistente puede transformar una lesión benigna en maligna.

La etiología no es bien conocida, muchos autores coinciden en una serie de factores contribuyentes como:

- 1.- Mala adaptación de la prótesis que ocasiona irritación constante de la mucosa, al moverse la dentadura durante la función. También se observa disminución de la dimensión vertical y desequilibrio oclusal.
- 2.- El uso de la dentadura durante las 24 hrs. del día. Es importante retirar la prótesis durante varias horas por día para que descansen los tejidos de soporte.
- 3.- Mala higiene bucal. La dentadura natural debe mantenerse limpia ya que la mala higiene ocasiona hiperplasia papilar inflamatoria.

4.- Alivio palatino. Los pacientes que portan prótesis con alivio palatino son más propensos a formar hiperplasia inflamatoria que aquellos que no lo tienen.

T r a t a m i e n t o .

Se puede realizar de varias maneras. En todos los casos está indicada la biopsia para verificar la naturaleza benigna de la enfermedad. El retiro de la prótesis durante varios días ayuda a reducir la inflamación. Yrastorza menciona que la escisión supraperióstica es el tratamiento adecuado para la mayor parte de las lesiones de hiperplasia papilar inflamatoria.

Las lesiones pequeñas se eliminan mediante curetas fibrosas y escisión de espesor total que incluye periostio. Esta última no sirve en las lesiones grandes porque se puede destruir la irrigación de la mucosa palatina.

El curso postoperatorio varía con el tamaño de la lesión y la técnica empleada. En todos los casos hay que emplear la prótesis del paciente o una férula quirúrgica preparada especialmente para cubrir la herida. Hay dolor durante los primeros días hasta que el tejido de granulación cubre el defecto quirúrgico, por lo que se deben recetar analgésicos.

Dentro de la dentadura se coloca una pasta o unguento que calme el dolor. Se indican antibióticos para reducir o prevenir la infección. La limpieza de la prótesis es fundamental para que la cicatrización no presente complicaciones. La enfermedad se puede prevenir si se llevan a cabo los siguientes puntos:

1. La prótesis no debe tener alivio palatino.
2. El paciente debe quitarse su prótesis durante varias horas por día, de preferencia en la noche.
3. La dentadura deberá ser limpiada minuciosamente todos los días.
4. La mucosa bucal debe ser limpiada y estimulada mediante el cepillado diario.
5. Es importante hacer exámenes frecuentes de los tejidos bucales, y el cuidado protético continuo.

15. SOPORTES DE TEJIDO.

Los llamados soportes de tejido son usados después de haber practicado una intervención quirúrgica sobre los tejidos blandos intrabucales, con el fin de que estos no sufran distorsiones, ni deslizamientos, evitando así el exceso de movimiento de los tejidos móviles, y para evitar la formación de hematomas los cuales se presentan muy frecuentemente a pesar de la firmeza que se obtiene con la sutura.

Dentro de los soportes de tejidos tenemos los cementos quirúrgicos elaborados como el Wonder Pack, la modelina puede aprovecharse como buen soporte al igual que los rollos de algodón y la gasa. En algunos casos se podrá utilizar la dentadura propia del paciente.

Cualquier soporte de tejido que se utilice deberá retirarse a los cuatro días o a la cicatrización.

CAPITULO IV

ANORMALIDADES DE LOS TEJIDOS OSEOS.

Como Cirujanos Dentistas debemos inspeccionar minuciosamente el tejido duro de la cavidad oral, ya que a menudo se encuentran alteraciones que deben corregirse por medio de la Cirugía.

Los procedimientos quirúrgicos deben planearse cuidadosamente para lograr los mejores resultados posibles y prevenir los problemas postoperatorios.

Las incisiones en los tejidos blandos que se encuentran encima del tejido óseo, deben realizarse de modo que el colgajo proporcione mayor visibilidad y un cómodo y amplio acceso al tejido a operar.

El hueso no debe fracturarse, quemarse, pulirse o comprimirse durante la operación, si algo de esto ocurriese, debemos extirpar el tejido lesionado para prevenir secuestros posteriores, curación tardía y restablecimiento del paciente.

Cualquier modificación en el hueso debe planearse de manera que quede un contorno óseo lo más normal posible y nos proporcione una buena base y soporte para el aparato protésico que vamos a colocar.

TECNICAS DE ALVEOLOPLASTIA:

W. Harry Archer define los siguientes conceptos.

"ALVEOLOPLASTIA". Es la intervención quirúrgica para dar forma al reborde y prepararlo para el soporte de la prótesis inmedia-

ta o de las que serán colocadas a pocas semanas del postoperatorio.

"ALVEOLECTOMIA". Es la extirpación quirúrgica del reborde alveolar. La eliminación completa del reborde alveolar en un tiempo se indica en los maxilares que serán sometidos a radiación durante el tratamiento de tumores malignos.

"ALVEOLO TOMIA". Significa cortar dentro del proceso alveolar. La alveolotomía se hace para exponer y permitir la eliminación de un diente retenido o de raíces, para exponer un tumor, un quiste o para una apicectomía.

"ALVEOLOPLASTIA SIMPLE". Cuando se dese reducir el margen cortical vestibular o lingual y en ocasiones el margen palatino, el proceso debe ser de la mayor simplicidad. Por lo común está indicado el colgajo en bolsillo, a veces se precisa el colgajo trapezoidal con una incisión liberadora o dos. El colgajo se separa inmediatamente más allá de la proyección ósea porque una mayor separación en dirección apical puede generar hinchazón exagerada, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva. Con un alicate o gubia sostenido en sentido paralelo al margen óseo del proceso alveolar se elimina la cantidad adecuada de hueso.

Los dientes extruídos tienen el proceso alveolar alargado, una vez extraídos la reducción de los márgenes del alvéolo será vertical. El seno maxilar se suele dilatar en la tuberosidad maxilar haciendo que la reducción vertical del reborde maxilar residual se torne difícil. En estos casos hay que tener cuidado en dejar cierta cantidad de hueso para que forme el piso del seno.

"ALVEOLECTOMIA SIMPLE". Cuando se hacen múltiples extracciones a veces la tabla bucal alveolar y el hueso interseptal presentan bordes afilados y protuberancias que si se dejan causarían malestar al colocar la prótesis. Para su tratamiento se levanta un colgajo mucoperióstico bucal de altura mínima. Los bordes y protuberancias expuestos se contornean con alveolotomos y limas.

Las tablas bucal y lingual deben mantenerse aproximadamente al mismo nivel, si es posible, para asegurar una apófisis ancha y plana. Los socavados excesivos en los segmentos superiores e inferiores anteriores deben recibir atención especial. El exceso de tejido blando y el tejido de granulación crónico deben ser eliminados de los colgajos bucales y linguales que entonces son aproximados con suturas sin tensión en las regiones de soporte óseo para mantener un contorno normal.

"ALVEOLECTOMIA RADICAL". Está indicada la reforma o recorte radical de la cresta alveolar debido a socavados prominentes, o a una discrepancia notable en la relación horizontal entre las arcadas superior e inferior por la sobremordida horizontal. Estos pacientes necesitan una remoción completa de la tabla bucal para la construcción de una prótesis estética y funcionalmente satisfactoria. Para su tratamiento se levanta un colgajo mucoperióstico antes de la extracción de los dientes, puede facilitarse quitando la tabla bucal que está sobre las raíces de éstos. El hueso se recorta y contornea a la altura oclusal y bucal deseada, el exceso de tejido blando se recorta de los colgajos labiales y linguales, Se sutura con puntos continuos o separados.

1. Alveolectomía Interradicular o Intraseptal.

Quitamos hueso interradicular y no la tabla bucal. Se extraen los dientes sin levantar un colgajo mucoperiódstico. Con cinco les y alveolotomos se quita hueso interradicular e intraseptal hasta la profundidad de los alveolos, por presión manual la tabla bucal se colapsa contra la tabla lingual. Es posible que haya que quitar una cuña de hueso en cada región de los premolares para que el aumento de la circunferencia de la tabla bucal permita que llegue a su posición correcta. Después de recortar y contornear la superficie incisal de la apófisis se aproximan los colgajos con puntos separados.

2. Alveoloplastia Cortical Vestibular.

Se hace una incisión en la encía y se separa un colgajo mucoperiódstico de espesor total que se extienda por lo menos a un diente de distancia a cada lado de la zona de la cirugía ósea. Se coloca una gubia de corte lateral de modo que un extremo quede por debajo del reborde óseo del alvéolo y el otro en la cresta del reborde. Con la gubia se muerden pequeños trozos de hueso, se tendrá cuidado en no quitar demasiado o que se fracture en trozos grandes. Con lima para hueso se alisa y retaca el contorno óseo.

Se vuelve la mucosa a su lugar mediante suturas individuales que van de vestibular hacia lingual sobre los tabiques óseos interradiculares. Es el tipo de alveoloplastia en el procedimiento quirúrgico pre-protético más común que se realiza después de la extracción de los dientes, y que mejor se presta a casos en que está indicada la mínima reducción ósea.

Alveoloplastia de Dean.

- a) Se reduce la prominencia de los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la recepción de las prótesis.
- b) No se perturba la inserción de los músculos.
- c) El periostio queda intacto.
- d) La tabla cortical se conserva como una capa vital de hueso con irrigación intacta.
- e) Al conservarse el hueso cortical, la reabsorción postoperatoria se reduce.

Dean aconseja eliminar primero el molar posterior y luego trabajar hacia adelante para preservar la tuberosidad, cuando se prepare el reborde posterior. Los caninos se han de extraer antes que los incisivos para evitar la fractura y eliminación de la tabla vestibular que se halla unida a los caninos. Ya extruídos los dientes hay que eliminar el tabique óseo interradicular con gubias o alicates. Para el movimiento de la tabla vestibular hacia palatino se precisa hacer cierto alivio para permitir la proyección de la cortical vestibular.

En ocasiones la tabla cortical no se fractura y permanece en su posición comprimida, pero puede retornar a su posición original. Para prevenir esta situación Dean sugiere que se use un cincel desde dentro del alvéolo para pasar através de la tabla cortical en la región apical, al hacerlo, la cortical vestibular se convierte en un injerto óseo de movimiento libre unido únicamente al mucoperiostio del cual se recibe el aporte sanguíneo.

La línea de fractura horizontal en la zona apical se alisa con limas para hueso desde dentro del alvéolo para dejar una superficie vestibular lisa. Dean usaba esta técnica en rebordes posteriores, así como en rebordes anteriores, haciendo un alivio cortical vestibular en el alvéolo más posterior.

Mackay modificó la técnica de Dean mediante la apertura de la tabla cortical hacia afuera antes de comprimirla hacia palatino. Esta modificación aseguró una capa de hueso de movimiento libre y sin tensión.

3. Alveolectomía parcial en el Maxilar Superior e Inferior.

Cuando las extracciones son recientes el mucoperiostio será levantado con un periostótomo a una profundidad mínima de diez milímetros desde la línea gingival, todo alrededor de la zona que será delineada.

Desde un punto medio entre las superficies vestibular y lingual del diente más distal por extraer, se extiende la incisión através del tejido mucoperiostico vestibular hacia el surco, en un ángulo de cuarenta y cinco grados y de quince milímetros de largo. Se levanta el colgajo, con un periotótomo ancho o con retractores de tejido se mantiene en posición. De la gubia se coloca un bocado contra la cresta y el otro debajo de la protuberancia por extraer, comenzando por la región de los incisivos centrales superiores o inferiores y dirigirla hacia la parte más distal del reborde alveolar. La membrana mucoperiostica se libera de la cresta alveolar llevándola hacia lingual, de modo que se vea la cortical.

Durante toda la operación debe usarse el suctor para eliminar la sangre. Las prominencias óseas se eliminan con la gubia, y la superficie vestibular del reborde se aliza con lima para hueso.

El alvéolo debe explorarse bien con una cureta para eliminar cualquier espícula ósea o dentaria y restos de obturación que se encuentren en él. Bajar el colgajo y colocarlo en posición aproximando y emparejando sus bordes, se elimina la cantidad sobrante de mucoperiostio, se colocan los tejidos blandos en su lugar y con el dedo índice humedecido se emparejan y aproximan los bordes del mucoperiostio para suturar el colgajo en su sitio, de manera que el tejido esté sostenido por hueso interseptal.

Técnica de Obwegeser.

La técnica de Dean en casos de protrusión premaxilar extrema producía un reborde anterior con forma de "V" en lugar del reborde conveniente con forma de "U". Obwegeser la modifica y para evitar el reborde fractura las corticales vestibular y palatina.

Al extraerse los dientes se conectan los alvéolos mediante guías o fresas para eliminar el hueso interradicular medular. Las tablas vestibular y palatina se cortan con fresas en la zona de caninos para debilitar el hueso y formar colgajos de tres lados en las dos tablas corticales. Se introduce un disco montado pequeño dentro de los alvéolos para ranurar las corticales vestibular y palatina, debilitándolas horizontalmente a lo largo de las líneas de fractura. También se utiliza un par

de elevadores gruesos y planos dentro de los alvéolos y sus espacios de comunicación para fracturar la tabla vestibular y la tabla palatina hacia sus mismos lados. se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle la forma adecuada. Las suturas cierran la encía sobre los alvéolos y ayudan a mantener el hueso en posición. Se usa una prótesis con férula para estabilizar el proceso alveolar fracturado que cicatriza en cinco semanas.

4. Reducción de Bordes en Filo de Cuchillo o Serrados.

La atrofia alveolar interna del reborde inferior y a veces del superior, produce crestas alveolares residuales agudas o afiladas que cortan el mucoperiostio desde la profundidad de la superficie cada vez que se ejerce presión sobre la zona. Cuando esto sucede el uso de la prótesis se torna dolorosa, el dolor se alivia al quitar la prótesis, también genera dolor con la presión digital sobre la zona.

T r a t a m i e n t o .

Se práctica una incisión horizontal en la encía por apical a la cresta alveolar, y una incisión liberadora a cada extremo. los colgajos vestibular y lingual se rechazan lo suficiente para exponer el hueso de la cresta, con gubia de corte lateral se eliminan todos los bordes óseos rugosos o filosos y las prominencias, después se alisa el reborde con lima para hueso.

La incisión se cierra sin tensión mediante suturas individuales cuidando de no disminuir la profundidad del surco vestibular.

Se debe evitar la eliminación exagerada de hueso y lesionar el paquete vasculonervioso mentoniano. Si el reborde alveolar atrófico está cubierto por una franja delgada de tejido gingival "cicatriz gingival" debemos conservarla para soporte de la prótesis.

5. Eliminación de Retenciones Inferiores Vestibulares.

La reabsorción del proceso alveolar inferior produce una retención vestibular debido a que hay una mayor reabsorción en la zona apical que en la cresta alveolar. Cuando el paciente lo presenta resulta difícil que pueda usar la prótesis.

T r a t a m i e n t o .

Puede ser de dos maneras, una es la escisión del hueso desbordante en la cresta alveolar, y la otra el relleno y remodelado de la zona retentiva con injerto óseo.

El paciente puede afrontar el sacrificio de poco hueso desbordante vestibular cuando el proceso alveolar es ancho, si el reborde posterior es angosto el soporte de la línea oblicua lo compensará. En la parte anterior si se reduce el tamaño, el reborde deberá soportar una mayor carga de masticación por unidad de superficie y con el tiempo sufrirá una mayor reabsorción.

T é c n i c a .

La incisión se hace en la cresta de los procesos alveolares posteriores, se rechazan los colgajos vestibulares exponiendo los bordes óseos, con un alicate de corte lateral se corta el

hueso sobresalido limando el reborde posterior, las incisiones se cierran con suturas no absorbibles.

En el segundo paso se efectúa otra incisión vertical en la línea media del proceso alveolar, se hace un túnel subperiostico hacia las zonas de caninos derecho e izquierdo, los fragmentos de hueso se atacan dentro de los túneles llenando los espacios muertos, terminando con un par de suturas.

Se le indicará al paciente de no usar la prótesis después de la operación para evitar la irritación mecánica y la infección.

CAPITULO V

TORUS O EXOSTOSIS.

Los llamados torus son exostosis con características propias. Se les denomina así a los aumentos de volumen del tejido óseo, no son de gran tamaño y presentan diferentes formas, son de tipo patológico, se localizan en varias partes de la mandíbula y del maxilar, están adheridos en dichos huesos por medio de un pedículo, pueden aparecer como una tumoración periférica única o múltiple. Son considerados como seudotumores por no alcanzar jerarquía tumoral.

Se diagnostican por presentar una superficie ebúrnea y dura cuando se ponen al descubierto, radiográficamente es difícil identificar este tipo de deformidad. Cuando se presentan en un paciente edéntulo parcial o total es importante eliminarlas para tener buena base en la colocación y adaptación de la futura prótesis.

1. TORUS PALATINO.

Es una proyección ósea benigna de crecimiento lento de los maxilares y a veces de las láminas horizontales de los huesos palatinos. El Torus Palatino es más frecuente que el Torus Mandibular, se localiza en forma bilateral a lo largo de la sutura media en la superficie bucal del paladar duro. Se ha observado alrededor del 20 al 25% de la población adulta y en el 5% de los recién nacidos; prevalece más en mujeres que en hombres.

El factor etiológico se desconoce, se cree que pueden ser la herencia, el traumatismo superficial, la mala oclusión y la respuesta funcional. Su forma y tamaño es muy variable, la clasificación que hace el Dr. Kurt H. Thoma es la siguiente:

1. Torus palatino lobular
2. Torus palatino plano
3. Torus palatino fusiforme
4. Torus palatino nodular

El torus palatino nodular se presenta en forma única o múltiple, en ésta última se dificulta su extirpación quirúrgica debido a que ocupan gran extensión. Al hacer la operación se debe tener cuidado de no perforar la bóveda palatina en todo su grosor para evitar llegar al piso de fosas nasales. Esto puede ocasionarse debido a que la base de tejido óseo del Torus en donde se asienta es muy delgada.

Si la elevación del Torus es de más de 3 milímetros debe extirparse antes de hacer cualquier tipo de prótesis, de lo contrario puede llegar a ser el punto de apoyo para la dentadura y la mucosa que queda encima puede ulcerarse o traer complicaciones de tipo retentivo.

T é c n i c a .

La anestesia depende de el tamaño del Torus, algunos que son pequeños se pueden extirpar con anestesia local, pero es preferible la anestesia local-regional, infiltrando el anestésico directamente en el nervio palatino anterior y en los ner-

vios palatinos posteriores localizados en los agujeros palatinos posteriores.

Se traza una incisión en la línea media, desde el extremo anterior del torus hasta el límite posterior del mismo. En los extremos de la incisión media se trazan incisiones laterales a derecha e izquierda cuidando de no lesionar paladar blando y agujeros palatinos. Se legan los colgajos cuidadosamente para evitar lesionar la mucosa del centro del torus que es muy delgada. Se levantan los colgajos hasta dejar bien descubierto el torus, con ganchos separadores o puntos de tracción separamos el colgajo, la hemostasia se hace por compresión. Si el ensanchamiento óseo ha sido expuesto adecuadamente se procede a la osteotomía formando surcos entrecruzados con fresa quirúrgica.

La profundidad de los surcos se extiende hasta el plano de la superficie palatina que se desea reconstruir, se coloca un cincel o elevador ancho en los surcos y se rompen los fragmentos quitándolos del hueso que queda debajo. El borde óseo que permanece en la perifería del sitio donde se encontraba el torus estará ligeramente elevado y tiene que nivelarse con lima, gubia o piedra de diamante, el área se irriga a fondo, se regresan los colgajos a su posición recortando el excedente, se afrontan lo más posible y se sutura con puntos separados o sutura continua con hilo fino y agujas atraumáticas, porque la mucosa palatina es muy delgada y no soporta el peso de las agujas gruesas.

Es conveniente colocar una tablilla de acrílico o la misma dentadura del paciente revestida con acondicionador tisular

al terminar la cirugía para sostener la mucosa contra el hueso subyacente, prevenir el desarrollo de hematoma bajo los colgajos tisulares y proteger el sitio operado.

2. TORUS MANDIBULAR.

Al igual que el Torus Palatino, se le considera una tumoración benigna, también se le llama Torus Mandibularis, se presentan del 5 al 10% de la población adulta en ambos sexos. Esta exostosis se localiza sobre la superficie lingual de la mandíbula y en el proceso alveolar en la región de caninos y premolares, encima del músculo milohioideo. También se observa como nódulos óseos múltiples desde la zona de incisivos hasta la zona de molares.

La etiología es desconocida, se cree que son una reacción funcional a fuerzas masticatorias. Están compuestos por hueso cortical denso, con cantidades mínimas del núcleo medular, el mucoperiostio que los cubre es muy delgado. Radiográficamente se percibe como una línea cortical, y clínicamente no presenta manifestaciones. El Dr. H. Thoma los clasifica como:

1. Torus Mandibular Unilateral Unico.
2. Torus Mandibular Unilateral Multiple.
3. Torus Mandibular Bilateral Unico.
4. Torus Mandibular Bilateral Multiple.

Los Torus Mandibulares se eliminan cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de la traumatización y no cicatriza; cuando se agrandan generan dificultades en la dicción o en la alimentación y para facilitar la confección de

prótesis removibles compuestas o parciales.

T é c n i c a .

El bloqueo será regional anestesiando los nervios lingual y dentario inferior con puntos locales. Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de molares hasta la región de incisivos en pacientes desdentados o en el surco gingivolabial en pacientes dentados. La incisión deberá ser suficientemente larga para proporcionar exposición adecuada y permitir retracción suficiente del colgajo para evitar lesionarlo al desprender el torus.

Para evitar la formación de hematomas, el colgajo mucoperiostico debe levantarse hasta llegar a un centímetro por debajo del torus. Si es un torus grande se corta en surcos con una fresa de fisura y se fractura en partes con golpes de cincel, pero si es pequeño, se elimina con piedra de diamante hasta encontrar tejido óseo normal. La superficie ósea expuesta se regulariza con lima para hueso para asegurarse que está bien pulida y se obtuvo el contorno adecuado, se verifica mediante la inspección y palpación. El área se irriga cuidadosamente y se aspira para eliminar todos los desechos, el colgajo es llevado a su posición original, se afronta a la parte inmóvil y se recorta el excedente. La sutura es con puntos separados. Si el paciente usa la placa inferior, se debe cubrir con acondicionador tisular para proteger la zona quirúrgica, pero si no la usa no es necesario la férula de acrílico. La sutura se retira a los cinco días.

3. EXOSTOSIS PALATINA LATERAL.

En la superficie palatina del proceso alveolar en la región de molares a veces se encuentran exostosis múltiples pequeñas. En esta zona la membrana es gruesa y el tejido conectivo abundante, por ese motivo son pasados por alto durante el examen inicial. Se eliminan cuando son grandes y afiladas y están sujetas a presiones que generan dolor.

A veces las exostosis se hallan muy cerca del paquete vasculonervioso; la arteria palatina anterior, la vena y el nervio se alojan en un surco plano contra el maxilar en la unión de la apófisis palatina y el proceso alveolar durante el procedimiento quirúrgico. Este paquete debe ser separado con todo cuidado con el colgajo de tejido blando para prevenir el aporte sanguíneo.

T é c n i c a .

La anestesia será infiltrativa, se inyecta en los nervios alveolar superior, palatino anterior y nasopalatino. La incisión se inicia en el lado posterior de la tuberosidad siguiendo el largo de la cresta del proceso alveolar hasta la zona de premolares. No es necesario hacer incisiones perpendiculares o liberadoras en el paladar, cuando se produce hemorragia intensa es necesario ligar vasos. La exostosis se elimina con gubia, fresas o cinceles, se cohibe la hemorragia y se sutura la mucosa.

4. EXOSTOSIS VESTIBULAR.

Este tipo de exostosis es más común en el maxilar superior que en la mandíbula. Se presenta cerca de la cresta del proceso alveolar en la zona de molares y premolares, se consideran

como espasamientos funcionales de la cortical ósea. En ocasiones se observan en pacientes dentados y son tan grandes que atrapan partículas de alimento en el surco vestibular.

En pacientes dosdentados, la reducción de la exostosis vestibular es necesaria para la mejor impresión de la prótesis, estabilidad y retención de la dentadura. Pero existe un problema, la reducción ósea podría producir pérdida excesiva de la cortical ósea dejando hueso esponjoso cubierto únicamente por mucosa. En consecuencia podría producirse la reabsorción excesiva del proceso alveolar reduciendo substancialmente no sólo el tamaño del proceso alveolar, sino también el ancho transversal del maxilar. La solución es una transacción para mantener el tamaño del maxilar superior, se elimina gran parte pero no toda la exostosis.

T é c n i c a .

La incisión se hace en la cresta del reborde, si es necesario se hace una incisión anterior liberadora para conseguir el suficiente acceso a la zona, separado el colgajo mucoso la exostosis se quita con gubias, fresas o un cincel filoso, se alisa el proceso alveolar colocando la mucosa en su lugar y se sutura.

PROTESIS INMEDIATA.

Es el procedimiento que consiste en colocar los dientes artificiales inmediatamente después de las extracciones de los dientes naturales y de la regularización de los maxilares. La prótesis se fabrica previamente ya que se coloca durante y después del acto quirúrgico.

Saizar considera "Prótesis inmediata" a todo aparato que se coloca entre unos minutos y unos días después de las extracciones, pero siempre antes del cierre de las brechas quirúrgicas que puede considerarse terminado con la epitelización del coágulo.

Para Ries Centeno la "Prótesis Inmediata" es una prótesis dental confeccionada antes de la extracción de los dientes naturales para ser instalados inmediatamente después de su extracción.

La dentadura puede ser una prótesis permanente o una temporaria que será reemplazada por otra dentadura, pues ser instalada después de la extracción de los dientes anteriores remanentes o inmediatamente después de las extracciones de todos los dientes superiores e inferiores.

Para obtener buenas impresiones, modelos y relaciones prostodónticas completas, es necesario utilizar los métodos más apropiados. Se debe conservar la relación exacta de los dientes, se perderá si los dientes del modelo se retiran uno por uno y sustituidos por los artificiales definitivos. Los dientes del modelo de yeso sirven como guía precisa para la posición verti

cal, inclinación mesiodistal y posición de giro.

1.- VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA.

Las ventajas que presenta son múltiples, lo que facilita para que el paciente no esté desdentado y uno haya inconvenientes desde el punto de vista estético, psicológico y fisiológico.

Psicológicamente está en relación la facilidad con que el paciente se adapte a la dentadura.

Las consideraciones fisiológicas se refieren al proceso cicatrizal debajo de la prótesis, que se realiza con mucha mayor facilidad; hay menor reabsorción del hueso alveolar que dejándo descubierto.

Heartwell y Salisbury, resumen las indicaciones de la prótesis inmediata de la siguiente manera:

- 1.- La prótesis inmediata actúa como un apósito para controlar la hemorragia.
- 2.- Promueve la cicatrización protegiendo los alvéolos expuestos.
- 3.- El paciente acepta más rápidamente la extracción de sus dientes.
- 4.- Realiza mejor la fonación y deglución.
- 5.- No interrumpe sus quehaceres, psicológicamente el paciente se siente bien.
- 6.- La fisiología muscular no está alterada, la dimensión vertical se conserva y se mantiene el juego de la articulación temporomandibular.
- 7.- El hueso es contorneado por la prótesis.
- 8.- Los dientes en la dentadura inmediata, pueden ser colocados en la misma posición que los que posee el pa-

2. DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA

- a). Es necesario rebasar la prótesis y quizá elaborar una nueva.
- b). Hacer un mayor número de visitas al dentista.
- c). Por el sistema aumentan los costos.

Una de las principales causas del fracaso de la prótesis inmediata es el registro de la relación centrada.

3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ELABORACION DE LA PROTESIS INMEDIATA.

- A) Salud general y edad del paciente.- Los pacientes ancianos y los que tienen enfermedades orgánicas graves no se consideran capacitados para soportar la cirugía, no deben ser sometidos a extracciones múltiples en una sola sesión.
- B) Infección local.- Se debe evitar la infección periodontal aguda y/o periapical mediante medidas quirúrgicas y terapéuticas antes de la instalación de la prótesis inmediata. La dentadura no debe impedir el drenaje libre de los tejidos efectuados.

La preparación de la prótesis se realiza de acuerdo con las técnicas acostumbradas por el odontólogo y su mecánico dental al igual que la base transparente de acrílico que se utilizará para el modelado quirúrgico del maxilar.

4. CIRUGIA PARA LA PROTESIS INMEDIATA

El tratamiento quirúrgico que se realiza antes de la instalación de las prótesis inmediata es la extracción de los dien-

tes naturales con la menor cantidad de alveoloplastia. El tipo de anestesia será local, regional o general. La anestesia local debe inyectarse lejos de la zona a operar para no edematizar la región y causar así una mala adaptación que moleste al paciente. En caso de anestesia general, es conveniente realizar una anestesia local por bucal con fines hemostáticos.

Se trazan dos incisiones desde el surco vestibular hasta la papila distal de cada canino, seccionar las papilas interdentarias y desprender la encía del cuello de los dientes. Del lado palatino, se trazan incisiones pequeñas por distal de cada canino, separando así un colgajo mínimo para no traumatizar la fibromucosa.

Con una espátula o periostótomo se hace la reflexión del colgajo cuidando de no hacerla en exceso, porque habrá hinchazón inmediata acompañada de hematoma y formación de tejido cicatrizante innecesario bajo los tejidos que se encuentran en la zona periférica de la prótesis. Se practican las extracciones dentarias y con el dedo se verifica la existencia de crestas y bordes remanentes, si los hay se eliminan.

Se verifica el maxilar para ver si quedó semejante al modelo de yeso sobre el que se construyó la prótesis inmediata, se desciende el colgajo y se adapta sobre el maxilar, la base de acrílico transparente. La ostectomía será necesaria para la exodoncia y la eliminación de las crestas interdentarias. En los sitios en donde se vean zonas isquémicas será necesario realizar una mayor ostectomía.

Se retira la base de acrílico transparente, se desciende nuevamente el colgajo y se reseca el hueso excedente.

Este procedimiento se hará varias veces hasta que el tamaño y forma del maxilar hagan que éste sea alojado comodamente por la prótesis, una vez que la prótesis quedó adaptada co-

rectamente se recorta el excedente de encía. Para mejor adaptación de la prótesis el colgajo no debe quedar tirante ni modificar el contorno. Con seda negra se sutura mediante puntos aislados sobre cada cresta alveolar y no sobre los alveolos.

Con tijeras o bisturí, seccionar las papilas interdientarias de los colgajos bucal y palatino para la readaptación de los mismos. La superficie gingival se lava con suero fisiológico o agua oxigenada, la dentadura se lava perfectamente con solución salina esteril y se coloca directamente en la boca del paciente; se pondrá cemento quirúrgico o acondicionador tisular según crea necesario el operador.

P o s t o p e r a t o r i o .

Se recomienda dieta líquida durante las primeras 24 horas, durante este tiempo el paciente debe conservar la prótesis en su sitio, haciéndole ver que el retiro de la misma no aliviará las molestias producidas por el trauma quirúrgico, pero sí acarrerá problemas como hinchazón que después dificultará la colocación de la prótesis o lo hará muy dolorosa.

La prótesis se retira de 24 a 48 horas, se lava y desinfecta, también las heridas bucales se lavan con solución antiséptica, eliminando los coágulos que pudieron formarse; se vuelve a adaptar la prótesis con o sin cemento quirúrgico. Las suturas se retiran 5 días después de la operación.

CAPITULO VII

SURCOPLASTIA.

Después de la extracción de los dientes naturales, el remodelado del proceso alveolar produce la reducción de la altura y el ancho del reborde residual. A medida que la zona de asiento basal se empequeñece, disminuye la estabilidad y la retención de la prótesis. En pacientes desdentados muchas veces es imposible la colocación de prótesis totales, porque el surco vestibular o lingual en donde deben llegar las aletas de la prótesis no existe o su profundidad es muy reducida. La causa puede ser por procesos inflamatorios o infecciones del surco vestibular o lingual, resorción exagerada de la apófisis alveolar, exodoncia y alveolectomía excesiva, inserciones musculares o de frenillo anormalmente altas o bajas.

El objeto es dejar al descubierto hueso basal de los maxilares, volviendo a colocar la mucosa, inserciones musculares y músculos en una posición más baja o más alta dependiendo del maxilar que se trate. Esto permite la colocación de prótesis con aletas más grandes, facilitando la retención y estabilidad. El procedimiento se realiza siempre y cuando exista la suficiente altura y cantidad de hueso que permita la recolocación de los nervios mentonianos y músculos milohioideos y buccinador en el maxilar inferior. La espina nasal anterior, el cartílago nasal y el borde antero inferior del maxilar en el maxilar superior.

Para que la extensión del surco vestibular y sublingual sea positiva, el tejido óseo y blando debe quedar tapizado por epitelio y la mucosa del surco debe hallarse libre de cicatrices. Para prevenir la recidiva del surco a su posición

previa, debe haber un mínimo de tejido conectivo entre la mucosa y el periostio en el lado óseo del surco y el tapíz epitelial dentro del surco estará libre de tensión.

1. TECNICAS DE SURCOPLASTIA.

Existen tres técnicas generales propuestas por diferentes autores.

- a) Se adelanta la mucosa adyacente al surco para recubrir ambos lados del surco extendido.
- b) Se adelanta la mucosa vecina para que cubra un lado del surco mientras el otro lado cicatriza por granulación y epitelización secundaria.
- c) Se trasplanta epitelio, sea piel o mucosa como injerto libre para cubrir un lado o dos del surco extendido.

2. VESTIBULOPLASTIA SUBMUCOSA.

Técnica de Obwegeser.

Cuando se va a extender el surco vestibular se adelanta la mucosa vecina para que tapice los dos lados del surco. Para este procedimiento, Obwegeser hace una prueba para saber si dispone de mucosa suficiente o no. Cuando los labios están relajados, coloca un espejo bucal en el surco hasta la profundidad requerida; si el labio superior no se desplaza hacia arriba o desciende quiere decir que hay suficiente mucosa, la prueba es igual en el vestíbulo inferior.

Cuando el reborde alveolar es corto, la cantidad de hueso es

suficiente pero la mucosa y los músculos del surco están insertados demasiado cerca de la cresta del reborde. El objetivo del procedimiento quirúrgico es extender el surco para proporcionar mayor altura al reborde y transferir el tejido conectivo submucoso a una posición más alejada de la cresta y prevenir la vuelta del surco a su posición preoperatoria.

T é c n i c a .

Este procedimiento se puede realizar bajo anestesia local para facilitar la disección de la mucosa y separarla de la submucosa, se inyecta superficialmente una cantidad de solución salina o anestésica diluída en la submucosa del surco, labio y carrillo.

La incisión se hace en la línea media del surco através de la mucosa, se extiende desde la unión mucogingival hasta un nivel del labio que corresponda a la extensión propuesta del surco.

Con el labio revertido en plano horizontal, se introduce una tijera en la incisión y por disección roma se separa la mucosa de la submucosa en los lados derecho e izquierdo, se forma un túnel entre la mucosa y la submucosa que se extiende desde la unión mucogingival hasta dentro del labio y los carrillos, de manera que la mucosa queda completamente liberada. Este túnel se prolonga hacia la apófisis cigomática del maxilar y las zonas del agujero mentoniano de la mandíbula. Se hacen incisiones verticales adicionales en las eminencias caninas y los rebordes cigomáticos maxilares para facilitar la extensión posterior de la disección.

Se profundizan las incisiones verticales hasta el hueso y la línea media. Si la espina nasal anterior es prominente, se reduce mediante una incisión medial, se hacen túneles supra-periósticos hacia la derecha y la izquierda con tijeras, separando el tejido conectivo y los músculos del perióstio. Entre los dos túneles queda una banda de tejido conectivo con forma de cuña que se puede cortar con tijera cerca del hueso. La mucosa de movimiento libre se adapta hacia el surco profundizado mediante presión digital y se elimina por succión la sangre del campo quirúrgico. Se sutura la incisión vertical, debe colocarse un rollo de gasa dentro de cada surco para sostener temporariamente la mucosa y prevenir la formación de hematomas mientras se confecciona la prótesis.

Se hace una impresión de compuesto de modelar del nuevo surco, usando la prótesis que tenía el paciente o una férula preparada con anterioridad. Se enfría y recorta el compuesto de modelar. La prótesis o férula con los flancos extendidos se asegura al maxilar superior o inferior durante una semana con pins, alambres peralveolares o circunmandibulares.

Habrá dolor e hinchazón moderados durante 5 días, a las dos o tres semanas se confeccionará la nueva prótesis.

Técnica de Wallenius.

Procedimiento quirúrgico a cielo abierto. La incisión se hace a lo largo de la unión mucogingival a través de la mucosa. La disección supraparióstica se realiza hasta la extensión deseada cuidando en no cortar o desgarrar el periostio. Separar la mucosa de la submucosa por disección hacia el labio, haciendo suturas de posición en el colgajo para fijarlo al periostio

en la profundidad del surco. Se vuelve a su posición original el colgajo y suturamos.

3. VESTIBULOPLASTIA POR EPITELIZACION SECUNDARIA.

El éxito de la vestibuloplastia submucosa de Obwegeser y la operación de adelantamiento mucoso de Wallenius dependen de la presencia de la cantidad suficiente de mucosa sana en el vestíbulo. Cuando hay hiperplasia inflamatoria y tejido de cicatrización, los procedimientos de adelantamiento mucoso están contraindicados. Por lo que se utilizará la técnica de epitelización secundaria. Existen dos tipos:

1. En una técnica Kazanjian rechaza un colgajo mucoso en el labio y se transfiere para que cubra el lado óseo del surco profundizado.
2. En la otra Clark separa un colgajo mucoso alveolar y se lo transfiere para que cubra el lado de tejido del surco que se encuentra blando.

Técnica de Kazanjian.

La incisión la hace en la mucosa del labio y rechaza un colgajo grande de mucosa vestibular y labial. Realiza una disección supraparióstica para profundizar el surco. El colgajo mucoso es llevado hacia abajo de su inserción y colocado directamente contra el periostio donde se sutura. Se coloca un tubo de modo de férula en el surco profundizado, se fija através del labio a la superficie externa con suturas percutáneas. El tubo ayuda a sostener el colgajo en la nueva posición y mantiene la profundidad del surco.

El tubo se retira a los siete días, el lado donador labial se pinta con tintura de benzoina y queda descubierto para que granule y cicatrice por epitelización secundaria.

Técnica de Godwin.

Godwin rechaza un colgajo de mucosa labial, profundiza el surco por denudación superióstica. Elimina el periostio y el tejido conectivo que a él se inserta o lo desplaza hacia abajo, coloca el colgajo de mucosa vestibular o labial directamente contra el hueso y lo sutura en el tejido conectivo más allá del surco profundizado con sutura reabsorbible. El hueso expuesto lo alisa con limas antes de poner el colgajo en el surco. Coloca un catéter de goma a lo largo del fórnix del surco profundizado y lo fija mediante suturas percutáneas durante once días. Coloca un apósito durante tres días. Los tejidos vivos cicatrizan por granulación y epitelización secundaria. El apósito será de pasta de óxido de zinc y eugenol y se coloca sobre la zona donadora.

Técnica de Cooley.

Esta técnica también es utilizada para alisar irregularidades óseas sobre la cresta del reborde y hacer el desplazamiento del nervio mentoniano. La incisión se hace en la cresta del reborde mandibular desde la zona del segundo molar hasta la misma zona del lado opuesto. Se hacen incisiones relajadoras laterales cortas en los extremos posteriores de la primera incisión. Se rechaza un colgajo mucoperióstico vestibular hacia abajo, hasta el nivel propuesto para la extensión del surco, el nervio mentoniano se desplaza hacia abajo

a cada lado. La mucosa vestibular se socava minuciosamente, se perforan tres orificios en el reborde alveolar, uno en la línea media y uno en cada zona de caninos. El margen gingival del colgajo vestibular se sutura a través de los orificios peralveolares hacia el periostio lingual dejando al desnudo la cresta del reborde.

Se coloca una férula de acrílico preparada con antelación con flancos extendidos para adaptar la mucosa vestibular excavada al surco profundizado, asegurando la mandíbula durante seis días mediante alambres.

Para el maxilar superior la técnica es similar. La incisión primaria es en el lado palatino de la cresta, las dos incisiones relajadoras laterales cruzan el reborde. Se separa un colgajo de espesor parcial hacia el reborde hasta encontrar la cresta, diseccionar la mucosa por instrumentación y se moviliza. Perforar tres orificios, el margen gingival del colgajo se fija a través del hueso a los tejidos palatinos mediante suturas. El nuevo surco lo sostiene con catéter de goma y suturas percutáneas. Retirado el catéter y confeccionada la nueva prótesis, el paciente deja de usar la prótesis con flancos extendidos.

VENTAJAS DE ESTA TECNICA.

1. Se deja la cresta del reborde descubierta para que granule y cicatrice por epitelización secundaria.
2. No forma cicatriz en lado labial del surco.
3. Es posible corregir las irregularidades óseas de la crest

ta y de la superficie vestibular del reborde.

4. Se puede desplazar el nervio mentoniano bilateralmente cuando está indicado.

SURCO VESTIBULAR INFERIOR.

La pérdida del surco vestibular inferior es muy común en personas de edad avanzada y en edéntulos. El prostodoncista tiene problemas para la adaptación de la dentadura artificial por lo que tiene que recurrir a procedimientos quirúrgicos para corregir el defecto y poder adaptar y ajustar el aparato protésico.

Técnica de Clark.

Está adaptada especialmente para la parte anterior de la mandíbula de premolar a premolar, se basa en cuatro procedimientos plásticos.

1. Las superficies vivas de tejido blando se contraen
2. Las superficies vivas que cubren hueso no se contraen
3. Los colgajos epiteliales deben ser socavados lo suficiente como para permitir el desplazamiento y la fijación sin tensión.
4. Los tejidos blandos operados plásticamente tienen tendencia a retornar a sus posiciones previas, de manera que es necesario sobreextenderse y hacer fijación firme.

T é c n i c a .

Se hace una incisión de la fibromucosa hasta el hueso siguiendo una línea situada por debajo de la cresta alveolar, sobre

su vertiente labial, se extiende de la región canino-premolar hasta la misma región del lado opuesto. A partir del labio anterior de la incisión se disecciona un colgajo mucoso labial y se desprende cuidadosamente de sus adherencias con los tejidos más profundos, se eliminan haciendo la hemostasia necesaria. El colgajo mucoso se rebate contra la cara interna del labio y el borde libre se fija al fondo del nuevo vestíbulo mediante suturas transcutáneas haciendo el nudo sobre un rollo de algodón o mediante puntos pasados por los planos musculares profundos.

Las suturas se retiran al séptimo u octavo día. La epitelización y la granulación de la superficie perióstica y la cicatrización son completadas en 15 ó 20 días.

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO LINGUAL.

Trauner, afirma que la extensión del surco lingual está indicada cuando la mucosa del piso de boca nace a la misma altura del reborde inferior cuando se levanta la lengua y cuando el músculo milohioideo está insertado a la altura del reborde. El procedimiento consiste en seccionar los músculos milohioideos cerca de sus inserciones musculares y abatirlos hacia el borde bacilar.

T é c n i c a .

La incisión se hace en la mucosa del piso de la boca por dentro a lo largo de la cresta alveolar, desde la zona del tercer molar de un lado hasta la misma zona del lado opuesto. Si se desea, la incisión puede ser interrumpida a un centímetro

tro de la línea media, según sea la altura del reborde inferior anterior, cuidando de no lesionar el nervio lingual que está muy atrás o el conducto de Wharton que está muy adentro.

La mucosa del piso se reclina por dentro mediante dos ganchos, una vez que el músculo milohioideo se localizó a nivel del borde alveolar. Se introduce una sonda acanalada o una espátula roma y se levanta el músculo, se incide con el bisturí contra el hueso, si es necesario se rebaja la línea milohioidea con lima para hueso.

Se pasan dos hilos en U distantes unos dos centímetros a través de la mucosa y el músculo que ha quedado libre; se toman sus puntas con una aguja recta y se llevan hasta atravesar la piel en la región submaxilar, al ras del reborde bacilar se anuda sobre un rollo de algodón. Las suturas se retiran al octavo día.

CAPITULO VIII

RECONSTRUCCION DE LOS PROCESOS ALVEOLARES POR MEDIO DE INJERTOS.**D e f i n i c i ó n .**

Injerto es un trasplante de piel o de órganos de una región a otra del organismo. La parte trasplantada o injerto puede quedar adherida o no, por uno de sus extremos a la zona del cuerpo en que se hallaba fijada primeramente.

El injerto se divide en tres tipos que son:

1. Injerto autoplástico. Procede del mismo individuo.
2. Injerto homoplástico. Procede de un individuo distinto pero de la misma especie.
3. Injerto heteroplástico. Procede de una especie distinta.

También se utilizan materiales aloplásticos como substitutos del hueso o se usan junto con él.

- a) Materiales sintéticos absorbibles y no absorbibles incluyendo gelatina, varios tipos de esponja y los nuevos materiales plásticos polimerizados.
- b) Sales de calcio inorgánico tenemos el yeso de paris.
- c) Metales, están las aleaciones de cromo, cobalto y pltino.

Los inconvenientes potenciales de estos materiales son: que el metal debe ser cuidadosamente mezclado o templado para

ser inerte, algunos de los nuevos plásticos no son absorvibles.

CLASIFICACION.

1. INJERTO LIBRE. Es un fragmento de tejido vivo separado completamente de su sitio original y que por lo tanto pierde toda relación con el organismo para ser reimplantado en otra zona, en la cual ha de nutrirse y formar una unidad integral.
2. INJERTO PEDICULADO. También se le llama de colgajo, este injerto no se separa completamente de su sitio de origen ni pierde su relación con el resto del organismo, conserva un pedículo por el cual recibe su irrigación.

El objetivo del injerto es restituir la morfología y rehabilitar la función.

3. INJERTOS DE PIEL.

Durante años se han utilizado injertos de piel para cubrir heridas de tejidos bucales en la reparación plástica de traumatismos y cirugía de tumores.

I n d i c a c i o n e s .

- a) El injerto de piel se debe tomar de alguna zona sin pelos como la zona interna de los muslos.
- b) Es mejor un injerto fino que un grueso
- c) El receptor o huesped debe hallarse libre de infecciones.

- d) La zona receptora debe tener buena irrigación.
- e) Antes de colocar el injerto se debe conseguir la homeostasia de la zona receptora.
- f) El injerto se coloca sobre periostio y no sobre hueso.
- g) El injerto debe cubrir toda la zona viva expuesta.
- h) No se debe mover hasta que se produzca la cicatrización.
- i) El injerto de espesor dividido prenderá mejor que uno de espesor total, pero el injerto de espesor total se contrae menos que el de espesor dividido.

Cuando se trasplanta un injerto de piel de espesor dividido para cubrir un defecto de los tejidos bucales, se forma una cicatriz contraída en la unión de la piel injertada y la mucosa bucal. La contracción es mínima cuando la unión mucocutánea se halla apoyada sobre hueso. Obwegeser y otros autores prefieren colocar injertos de piel sobre hueso y no sobre tejido que tiene libertad de movimiento. Pero esto depende del criterio de cada operador.

INJERTOS OSEOS.

En Cirugía Maxilo-Facial los injertos óseos autólogos utilizados son:

1. A nivel del reborde costal (8a., 9a. y 10a. costilla)
2. A nivel de la cresta ilíaca.

- a) toma de la fosa ilíaca externa.
- b) toma de la totalidad de la cresta ilíaca.
- c) toma de la fosa ilíaca interna.
- d) toma de las dos caras del ileon.

3. A nivel de la tibia, en la cara anterointerna.

A) INJERTOS HOMOLOGOS OSEOS.

Este injerto es tejido muerto, procede de un individuo distinto pero de la misma especie; su función es de una estructura mecánica, proporciona un molde temporal bastante fuerte para la formación del nuevo hueso y la invasión de vasos sanguíneos del huésped. Este material proviene de personas fallecidas por traumatismos craneoencefálicos, se toma de las cero a las ocho horas después de su deceso, de preferencia de personas de 18 a 35 años de edad. Mediante la autopsia sabremos si la persona fué sana, que no tuvo padecimientos transmisibles, su tipo de sangre, química sanguínea y factor Rh.

El hueso se toma de las diáfisis tibiales o del iliaco, se secciona en fragmentos de distintas dimensiones, se colocan en un envase doble de vidrio para no contaminar el material. Se conserva por congelación a temperatura de 20 a 30 grados centígrados, de una semana a tres meses; se conserva en el Banco de Hueso, su transporte se logra colocando el envase conteniendo el injerto dentro de una caja refrigeradora accionada con hielo seco.

B) INJERTO HETEROLOGO OSEO.

Procede de una especie distinta al receptor. En el año de 1960, fué utilizado en el hombre con el nombre de Boplant y cuyos estudios fueron realizados por Bassett, Anderson y Dingwall.

BOPLANT.

Es un hueso obtenido del ganado bovino para uso quirúrgico, es fabricado por la casa Squibb. El hueso cortical y esponjoso se obtiene de terneras de 6 a 8 semanas de edad. Antes de sacrificarlas se les examina para ver si están exentas de tuberculosis y brucelosis.

En un departamento especial se examinan los miembros del animal para llevarlos al quirófano, se le cortan las pezuñas, se lava con jabón antiséptico y se coloca en un tanque que contiene solución yodada estéril, el hueso debe quedar completamente limpio. Se corta el hueso según el tamaño y forma de la región a la que va destinado el injerto, se ponen en solución estéril, se almacenan en temperatura ambiente. El hueso se congela a menos de 40 grados centígrados, luego se seca al vacío y se envasa en frascos estériles al vacío, Bajo luz ultravioleta se cierran y se sellan para conservarlos a temperatura ambiente.

Se practican pruebas de control para verificar que no haya contaminación ni residuos de las sustancias químicas que intervienen en el proceso. Este tipo de injerto se utiliza en

Cirugía Ortopédica, Plástica, Neurológica y Maxilo-Facial.

En Cirugía Maxilo-Facial el injerto óseo se utiliza cuando existe prognatismo (micrognacia, apertognacia), en reabsorción ósea en maxilar superior e inferior, reconstrucción de un hemimaxilar, injertos de apoyo, relleno y reconstrucción.

FACTORES QUE INTERVIENEN.

1. La zona debe tener buen lecho y buena cobertura para el injerto.
2. Reconstitución previa, si es necesario.
3. Acondicionamiento de la boca.
4. Supresión de los fenómenos inflamatorios crónicos.
5. Control del estado general; supervisión del régimen alimenticio, higiene bucal estricta.

INTERVENCIONES EN EL MAXILAR INTERIOR.

A nivel de la rama horizontal.

En todos los casos se utilizará anestesia general con intubación naso-traqueal. La incisión es cutánea, a 1.5 cm por debajo y por dentro del reborde óseo. Se hace disección de los planos superficiales, se descubren las extremidades óseas que se avivan y modelan con gubia, eliminado el tejido fibroso interfragmentario se realiza la muesca en cola o media cola redondeada.

El injerto se pone en baño de suero fisiológico, evitando

el contacto manual, después se embute en el espacio interfragmentario introduciéndolo a la fuerza entre las dos muescas, se verifica el montaje y se cierra plano por plano la herida cutánea.

A nivel del Angulo.

La incisión subángulo maxilar es a 1.5 cm por detrás del reborde óseo. Al injerto se le dá ligera angulación, tallando la extremidad distal del mismo, se aplica sobre la cara interna o externa de la rama montante bien lograda, se fija mediante sutura ósea.

A nivel de la Sínfisis.

Los muñones mandibulares se colocan en buena posición mediante tracciones elásticas. La reducción se mantiene con un bloqueo intermaxilar, la inmovilización se completa con barras intermediarias con una ligadura metálica bañada en masa de resina. Se hará incisión arciforme por detrás del reborde óseo, disección de los planes de recubrimiento y liberación de las extremidades óseas. Los muñones óseos se preparan a manera que se pueda acuar el injerto en los tres planos del espacio vertical, transversal y antero-posterior.

RECONSTRUCCION DEL ARCO MANDIBULAR.

Este procedimiento se logra en tres tiempos.

1. Hacer una incisión cutánea bilateral bajo el ángulo retromaxilar. Fijar de cada lado una tracción sobre

el ángulo para colocarlo en su sitio.

2. A partir de la reproducción de las incisiones precedentes, hacer una tunelización bilateral de los tejidos en dirección de la región mentoniana, introducir el injerto y fijarlo atrás sobre los muñones óseos mediante sutura metálica, cerrar plano por plano las partes blandas.
3. Después de tres meses hacer una incisión horizontal submentoniana, las extremidades anteriores de los injertos ubicados en posición se descubren con anterioridad. Se interpone un fragmento iliaco o tibial preparado que se mantiene mediante sutura ósea.

INJERTOS EN MAXILAR SUPERIOR.

Para intervenir esta zona se pueden realizar injertos de apoyo y de complemento para pseudoartrosis de reconstrucción y pérdida de sustancia, los injertos de relleno para hundimiento y abatimiento óseo.

Injertos de apoyo y de relleno.

Estos injertos permiten volver a levantar el proceso de osificación en contacto con el foco de pseudoartrosis previamente avivada, se coloca un injerto osteo-perióstico en posición por vía cutánea o mucosa. La vía cutánea varía según el emplazamiento del foco, se hace en un pliegue natural lo menos múltiple posible para evitar los filetes del nervio facial, procedimiento que se realiza en una pseudoartrosis al

nivel de la sutura fronto-nasal y fronto-malar, que es secuela de una disyunción craneo-facial alta. Se utiliza injerto plano delgado de origen cortical extraídos de la tibia o de la cresta iliaca.

La vía mucosa está indicada para una pseudoartrosis subnasal y submalar consecutiva a una fractura. Por tunelización, se aviva con cuidado el foco de pseudoartrosis, se coloca un injerto libre flexible de origen cortical, tibial o iliaco de 3 a 4 cm de longitud por 1.5 de ancho en su sitio a todo lo largo del foco. La mucosa se sutura con cuidado.

CAPITULO IX

PERIODO POSTOPERATORIO.

D e f i n i c i ó n .

Es el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los resultados de la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico y colaborar con la evolución natural del restablecimiento del paciente.

El cuidado postoperatorio apropiado determina el éxito o el fracaso de todo procedimiento, la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente puede modificar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica, deben aplicarse a la herida y al estado general del paciente.

CAVIDAD BUCAL.

Una vez terminada la intervención, con una gasa humedecida en agua oxigenada se limpia bien la sangre o sustancias que cayeron en la cara del paciente. La cavidad bucal se lava perfectamente con una solución tibia de agua oxigenada por medio de un atomizador o jeringa, eliminando así la sangre, saliva, restos de medicamento, sustancia o material que se utilizaron en la intervención. Enfocándose más en los surcos vestibulares, espacios interdentarios, debajo de la lengua y en la bóveda palatina.

FISIOTERAPIA.

Se preparan bolsas de hielo o toallas humedecidas en agua

helada y se colocan frente al sitio donde se encuentra la herida, en período de 10 a 15 minutos cada media hora. Se recomienda usarlo durante 8 horas. El frío evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye o limita los edemas. También es recomendable poner compresas de agua caliente una vez que se deja de poner lo frío, por lo menos en las 12 horas siguientes para que maduren los procesos infecciosos. También se utilizan los rayos infrarrojos y los rayos ultravioleta. Se recetan analgésicos para el dolor y antiinflamatorios para combatir el edema.

Si la evolución de la herida en la cavidad bucal es normal, no requiere de ningún tratamiento, el organismo provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo, por medio del cual se tiene mejor defensa contra la infección y el dolor postoperatorio.

Antes de despedir al paciente, se le debe entregar una hoja impresa con las indicaciones postoperatorias.

I n d i c a c i o n e s .

1. En cuanto llegue a su casa, debe guardar reposo por algunas horas, manteniendo la cabeza en alto.
2. Aplicar compresas frías o una bolsa de hielo en la cara frente al sitio de la operación, durante 10 a 15 minutos cada media hora, debiendo aplicarse durante 8 horas.

3. Dieta líquida el primer día, no debe usar popotes. Dieta blanda sin irritantes ni grasa en los tres días siguientes.
4. No realizar enjuagatorios antes de las primeras 6 horas a menos que se haya prescrito lo contrario. Después de las 6 horas se podrán realizar colutorios de agua tibia con sal.
5. No debe asolearse.
6. Si se dejó gasa protectora en la boca debe retirarla al cabo de una hora.
7. En caso de un sangrado mayor de lo normal, debe colocar un trozo de gasa esterilizada sobre la herida y morderla durante 30 minutos.
8. En caso de dolor, tomará los analgésicos prescritos y la dosis indicada.
9. En caso de hemorragia o cualquier otra situación que considere anormal, comunicarse a los teléfonos del consultorio, si no son horas hábiles comunicarse al teléfono....

El paciente debe citarse en 48 horas, después de la operación, para lavar o irrigar las heridas con suero fisiológico tibio con el objeto de limpiar y realizar una revisión en la zona operada. Los puntos de sutura se retiran a los 8 días.

El Dr. Ries Centeno recomienda una técnica para retirar los puntos de sutura.

T é c n i c a .

Se pasa sobre el hilo a extraerse un algodón mojado en tintura de yodo o de mertiolato, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado. Con la pinza de disección manejada con la mano izquierda se toma un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida y se tracciona el hilo. Con la mano derecha se toma la tijera y se corta el hilo y con la mano izquierda se tracciona el hilo para extraerlo del interior de los tejidos, procurando que el hilo infectado no pase por el interior de los tejidos, no lastimar la encía, ni entreabrir los labios de la herida. Las suturas festoneadas o continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta, extrayéndolas con precaución.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS LOCALES.

Hemorragia postoperatoria.

Puede aparecer inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o después de un tiempo (hemorragia secundaria)

El tratamiento de la hemorragia primaria se realiza de dos maneras. Uno es mediante ligadura o aplastamiento del vaso sangrante con instrumental. El otro procedimiento es mecánico, por medio de taponamiento y compresión con un trozo de gasa.

La hemorragia secundaria aparece después de unas horas o días después de la operación. Puede ser por la caída del coágulo o por haber finalizado la acción vasoconstrictora del anestésico.

T r a t a m i e n t o .

Se hace practicar al paciente colutorios de agua tibia, la región se lava con un poco de la misma, se descubre el lugar por donde fluye la sangre. La hemorragia se controla por taponamiento y compresión mediante un trozo de gasa que el paciente muerde durante 30 minutos, si existe dolor se pondrá un punto local de anestesia en la zona. El anestésico es vasoconstrictor y facilita para colocar un agente hemostático como el gelfoan y suturar la herida.

C O N C L U S I O N E S

La realización de este trabajo amplió más los conocimientos que tenía de la gran cantidad de anormalidades que existen en la cavidad bucal, tanto en tejidos blandos como en tejidos duros, y que hacen difícil la colocación de una prótesis, también el procedimiento quirúrgico adecuado para mejor resultado del tratamiento.

Todo Cirujano Dentista de práctica genral, debe estar preparado para realizar algunos tratamientos quirúrgicos que el paciente requiera. Las intervenciones pueden ser realizadas en el consultorio dental, siempre y cuando se cuente con el instrumental necesario y una buena asepsia para no poner en peligro la salud del paciente.

En caso de que el tratamiento sea más complicado y no se tenga la preparación suficiente como para realizarlo en el consultorio, el paciente debe ser remitido con el especialista en Cirugía Maxilo-Facial, teniendo plena seguridad de que regresará listo para adaptar cualquier tipo de prótesis que le brinde funcionamiento y estética.

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

CIRUGIA BUCAL TOMO I

ARCHER W. HARRY
EDITORIAL MUNDI
2da. Edición, 1978

CIRUGIA BUCAL

DR. EMMETT R. COSTICH
DR. RAYMOND P. WHITE JR.
EDITORIAL INTERAMERICANA
1978

CIRUGIA BUCAL

GUILLERMO A RIES CENTENO
EDITORIAL "EL ATENEO"
7a. Edición, 1975

CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA

THOMAS J. STARSHAK
EDITORIAL MUNDI
1974

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

KRUGER GUSTAV. O.
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. Edición, 1978