

237
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CIRUGIA PREPROTESICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
RENE OROZCO COLUNGA



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.....	1
Cap. 1 CLASIFICACION DE PACIENTES.....	3
1.1. Clasificación de Jamieson.....	4
1.2. Clasificación de House.....	6
1.3. Clasificación de Blum.....	7
1.4. Educación del Paciente.....	9
Cap. 2 HISTORIA CLINICA.....	10
2.1. Finalidad de la Historia Clínica.....	11
2.2. Elaboración de la Historia Clínica.....	12
Cap. 3 EXAMEN BUCAL.....	14
3.1. Inspección Visual.....	15
3.2. Técnica de la palpación.....	17
3.3. Ventajas y Desventajas de las Estructuras Bucales.....	18
Cap. 4 ESTUDIOS DE GABINETE.....	23
4.1. Biometria Hemática.....	24
4.2. Glucosa en Sangre.....	27
4.3. Análisis de Orina.....	28
4.4. Estudios Histopatológicos.....	31
4.5. Estudios Radiográficos.....	35
Cap. 5 INSTRUMENTAL QUIRURGICO.....	37
5.1. Material de Anestesia.....	38
5.2. Instrumental para Tejidos Blandos.....	39
5.3. Instrumental para Toma de Injertos Dermo Epidermicos.....	41
5.4. Instrumental para Cirugía Osea.....	42

Cap. 6	CIRUGIA PREPROTESICA.....	44
6.1.	Reborde Leedentado Ideal.....	45
Cap. 7	TECNICAS QUIRURGICAS DE TEJIDOS BLANDOS.....	47
7.1.	Epulis Pisuratum.....	48
7.2.	Frenilectomías.....	50
7.3.	Hiperplasia Papilar Inflamatoria.....	55
7.4.	Tuberosidad Fibrosa.....	58
7.5.	Fibromatosis del Paladar.....	60
7.6.	Bordes Escasos (Vestibuloplastías).....	62
7.6.1.	Sutura Perimandibular.....	70
7.7.	Intervención Sobre el Piso de la Boca.....	72
Cap. 8	TECNICAS QUIRURGICAS DE TEJIDOS DUROS.....	74
8.1.	Alveoloplastías.....	75
8.2.	Tuberoplastías.....	81
8.3.	Regularización de Proceso.....	83
8.4.	Balcón Lingual.....	85
8.5.	Torus ó Exostosis.....	86
Cap. 9	INJERTOS OSEOS.....	90
9.1.	Toma de Hueso del Reborde Costal.....	94
Cap. 10	INJERTOS DE TEJIDOS BLANDOS.....	98
10.1.	Injertos de Piel.....	99
10.2.	Injertos Mucosos.....	109
Cap. 11	IMPLANTES.....	114
	CONCLUSIONES.....	124
	BIBLIOGRAFIA.....	126

INTRODUCCION

Hoy en día, la odontología moderna ha dado una alternativa más a los problemas de los pacientes edentulos que sufren alteraciones biológicas ocasionadas por la edad del paciente, la pérdida prematura de dientes y por problemas parodontales. Así como deformidades en hueso, frenillos y mucosas de los procesos alveolares y paladar duro.

Estas alteraciones mencionadas son un obstáculo para poder devolver funcionalidad, estética y fonética a los pacientes que requieren de la elaboración de una protodoncia correcta, ya que, al existir este tipo de interferencias no podremos obtener una adaptación exacta entre la dentadura completa con la superficie bucal correspondiente, ya sea superior o inferior. Así pues, no va a existir una succión necesaria para su fijación correcta, por estos mismos problemas la placa puede presentar desplazamientos, o en su defecto va a presentar molestias al existir prominencias óseas como torus o bordes alveolares muy agudos. O por el contrario, al haber una reabsorción ósea muy severa en los procesos alveolares vamos a tener una retención de nuestra placa muy deficiente.

La idea de éste trabajo, es la de poder dar una solución a estos problemas mediante tratamientos quirúrgicos específicos, con el fin de reducir los fracasos en el área de la protodoncia y así mismo terminar nuestro tratamiento con éxito.

Para realizar éste tema tomaremos en cuenta solo algunos casos, ya que el área de la cirugía es demasiado extensa y sólo nos referiremos a los casos más comunes en la práctica general como son:

El abordaje a las técnicas quirúrgicas en tejidos blandos y tejidos duros bucales. Así como el cuidado preoperatorio y postoperatorio que requiere el paciente, estudiaremos también su valoración de salud general y física mediante -- una historia clínica, y estudios de gabinete para poder llegar a un diagnóstico mas certero y no caer en el fracaso.

Entre las técnicas quirúrgicas de los tejidos duros -- mencionaremos: La alveoloplastía, Tuberoplastía, Regularización del Proceso, Reducción del Reborde alveolar, Balcón -- Lingual y Torus Palatino y Mandibular.

Y entre las técnicas de los tejidos blandos mencionaremos: El Epulis Fisuratum, Prenilectomias, Papilomatosis, Tuberosidades Fibrosas, Fibromatosis, Intervenciones sobre el Piso de la Boca y la Vestibuloplastía.

Otras opciones para los tratamientos de bordes escasos o atrofiados en el proceso alveolar, serán los injertos óseos, injertos de piel y de mucosa, así como también se hablará algo acerca de los implantes dentarios metálicos.

Capítulo *I*

CLASIFICACION DE PACIENTES

I. CLASIFICACION DE PACIENTES

Las experiencias desagradables obedecen a menudo a la preparación inadecuada del paciente para el tratamiento, y al fracaso en conseguir una comunicación con reservas entre el paciente y dentista. Por lo tanto es indispensable que la introducción del paciente en el medio ambiente del consultorio sea una experiencia placentera.

Para establecer una buena relación con el paciente -- hay que incluir un diagnóstico y un plan de tratamiento -- perfectos, una actitud tranquilizadora, pero no prematuramente optimista, los estímulos sin exageraciones, las explicaciones claras y definidas al paciente, y la consideración en actuar según las necesidades de éste.

La entrevista personal constituye un importante paso preliminar en todo tratamiento dental. Proporciona la mejor oportunidad para ganarse su confianza y para comenzar a evaluar su temperamento. La conversación concerniente a la salud del paciente, a sus anteriores experiencias dentales, y a las razones por las cuales solicita tratamiento -- permite astibar los factores que entran en juego para determinar la personalidad de aquél.

Los temperamentos de los individuos varían ampliamente. Este nos va a orientar sobre su capacidad de cooperar, y de aceptar la responsabilidad que le incumbe si desea -- que el tratamiento resulte eficaz.

1.1. CLASIFICACION DE JAMIESON

Jamieson ha clasificado a los pacientes según su temperamento de una forma lógica y utilizable, enfocandolos dentro de las categorías siguientes:

A) Filosófica - Racional

A estos pacientes se les clasifica como personas inteligentes y comprensivas que aceptan el hecho de que necesitan restauraciones removibles y tratamiento quirúrgico.

Les interesa conocer sus problemas, hacen preguntas lógicas, e intentan comprender y sacar el mejor partido posible de sus desfavorables situaciones orales. En muchos casos aceptan el consejo y las recomendaciones del dentista, y confían en que éste les prestará el mejor servicio -- que su situación permite.

B) Emocional - Nerviosa

Pertenece a esta categoría los pacientes que al parecer ser incapaces de relajarse. Para calmar a estas personas hay que adoptar una actitud amable y simpática. A menudo explican una larga historia de molestias continuas y -- creen que nunca se sentirán cómodos con la intervención -- quirúrgica, ni con las dentaduras postizas. Para tratar a estos pacientes el dentista ha de desplegar una paciencia sin límites.

C) Crítica - Metódica

Este grupo comprende a los pacientes perfeccionistas. Estos a menudo exigen que el dentista les garantice el éxito del tratamiento. Tienen la idea equivocada de que una restauración le ha de prestar igual servicio que los dientes naturales sanos. Las mujeres pertenecientes a este grupo son sumamente exigentes en lo que concierne al respecto, y con frecuencia insisten en modificaciones que hacen imposible la armonía o que violan los principios mecánicos.

D) Indiferente

El descuido en la actitud, las asociaciones y la indumentaria caracterizan a este grupo de pacientes. No son capaces de asumir la responsabilidad que les corresponde en el cuidado de la dentadura y constituyen pacientes mediocres. Generalmente muestran despreocupación por su estado de salud oral presente o futura. A menos que se pueda cambiar radicalmente la actitud de indiferencia, el tratamiento de estos pacientes es una experiencia descorazonadora y con frecuencia dirigida al fracaso.

1.2 CLASIFICACION DE HOUSE

Otra clasificación es la que hace House (1937). Se basa de acuerdo con la mentalidad que presenta el paciente. Entre éstos vamos a encontrar a los siguientes grupos:

A) Mente Filosófica

Estos pacientes al igual que los que clasifica Jamieson en el grupo Filosófico - Racional, son aquellos que tienen la mente equilibrada, que han tenido experiencias satissfactorias anteriormente, y que gozan de buena salud. Llegan al consultorio dental serenamente y con la confianza que les ha inculcado su dentista.

B) Mente Exigente

Son pacientes difíciles que solo acuden al consultorio cuando su estado de salud se encuentra mal. Debido a su deg

confianza, dudan hasta tal punto, de que la habilidad de su dentista no les pueda dar un servicio satisfactorio, que incluso insisten a veces en que se les de una garantía por escrito, o esperan que el dentista haga repetidas pruebas sin que les cobre algo.

C) Mente Histérica

Son pacientes de temperamento sumamente nervioso, y -- muy exigentes. Estos igual que los de mente exigente se presentan al consultorio dental en malas condiciones de salud y abandono oral. El problema principal de los pacientes que pertenecen a este grupo, es que la mayoría han intentado -- llevar dentaduras artificiales, que constituyeron un fracaso, por lo cual están completamente desanimados en tratamientos prostodónticos, ya que ellos esperan de las dentaduras artificiales suma eficacia y un aspecto igual al de las mas perfectas de las dentaduras naturales.

D) Mente Indiferente

Este grupo es el más deprimente, ya que los pacientes son sumamente despreocupados en lo que respecta a su salud, y a su aspecto, son poco perseverantes y sienten poca o ninguna necesidad de usar dentaduras completas.

1.3. CLASIFICACION DE BLUM

Blum (1960). Sugiere un esquema para clasificar al paciente como razonable o poco razonable, realista o poco regalista. Estos estudios se dirigen a sus investigaciones, di-

ciendo que la educación, vocación, y sueldo son indicadores del número de pacientes razonables y poco razonables en --- cualquier población.

Personas con poco sentido común se encuentran con más frecuencia en las clases bajas y en la clase media baja; --- las personas sensatas se encuentran más a menudo entre las clases alta y media alta.

Se pondra más importancia al estudio y observación de los pacientes poco razonables o poco realistas, ya que son los que nos van a presentar más problemas.

A) Individuo Neurótico

Es el paciente más difícil de atender por ser poco razonable. Estos sujetos esperan lo imposible, requieren toda la capacidad del dentista y le culpan de cualquier resultado que no sea el que ellos esperaban.

B) Individuo Paranóico

Este paciente cree que todo el mundo está contra él y que nadie quiere ayudarle, es también difícil y puede ser --- peligroso si el tratamiento o sus resultados no son lo que él esperaba.

C) Individuo Depresivo

Estas personas son pacientes también difíciles, porque no poseen consistencia en su comportamiento: de pronto su --- dentadura está bien, y el dentista es un héroe; al poco rato ve que sus dientes no estan bien, que su boca está irri-

tada y dice que así no llegara a tener un buen tratamiento dental y que el dentista es el culpable de todo.

1.4. EDUCACION DEL PACIENTE

Habr  de hacerse de un modo en el cual el paciente aumente sus conocimientos sobre la cavidad oral y sus cuidados hasta el punto en que sea capaz de comprender las razones de los servicios dentales que se le proponen.

Dirigirse al paciente con entusiasmo y sinceridad, su le dar por fruto la aceptación por este plan de tratamiento y de los problemas inevitables o de las limitaciones del servicio. La educación del paciente comienza con su impresión inicial acerca del dentista, continúa durante el tratamiento y se refuerza en las visitas de revisión subsiguientes.

La idea principal de esta educación es la de concientizar al paciente del grado de cooperación y comprensión del tratamiento. El paciente plenamente conciente de su papel - considerará que el éxito o fracaso no es solamente responsabilidad del cirujano dentista.

Es una creencia fundada en los deseos, más que en los hechos, dar por supuesto que en un paciente posee de manera espontánea los conocimientos indispensables para proporcionar los cuidados necesarios a las estructuras orales y a la conservación de las prótesis.

Capítulo *2*

HISTORIA CLINICA

2. HISTORIA CLINICA

La historia clínica es una recopilación de datos dados por el paciente durante un interrogatorio médico, en el cual nos vamos a dar una idea del estado general de su salud, así como poder descubrir algunas enfermedades de las cuales se ignoraba, en el supuesto caso de que existieran.

Debemos saber que la historia clínica bien llevada será la base fundamental para llegar a conocer el estado real de salud o enfermedad del paciente, y que con el orden y claridad con que se escriban los datos obtenidos durante el interrogatorio y la exploración, así como la interpretación que se le dé podremos llegar a establecer el tratamiento adecuado. Sin embargo nunca debemos menospreciar los estudios complementarios como son los estudios de gabinete, de los cuales hablaremos mas adelante.

Gracias a la buena elaboración de la historia clínica podremos valorizar con exactitud al paciente, con ésto, sabemos como actuar en determinado momento del tratamiento sin interferir ni agravar su estado de salud.

2.1. FINALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

- A) Tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar. -- (disminución y quizá hasta la eliminación de los casos de urgencia que ocurren en el consultorio como son desmayos, ataques cardíacos, coma diabético, etc.)
- B) Al descubrir un trastorno de índole general antes de -- realizar un tratamiento dental, el odontólogo podrá retrasar éste tratamiento hasta que el paciente sea examinado por su médico de cabecera.

- C) El dentista tendrá más conocimientos acerca de los padecimientos, para establecer diagnósticos médicos básicos como método auxiliar de la odontología.
- D) Los pacientes llegarán a la conclusión de que su dentista se preocupa por el estado general de su salud.
- E) Los enfermos pensarán que el exámen dental será más completo y no se quejarán del tiempo adicional que ésto implica.
- F) El dentista tendrá mayor sentido de satisfacción personal y habrá buena voluntad por parte de su paciente.
- G) Para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

2.2. ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA

Para poder elaborar una historia clínica, hay que seguir ciertos lineamientos con el fin de poder ordenar y especificar un buen plan de tratamiento. Estos lineamientos - están regidos por:

A) Ficha de Identificación

- | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| a) Nombre | b) Edad | c) Sexo |
| d) Ocupación | e) Lugar de Nac. | f) Edo. Civil |
| g) Dirección | h) Teléfono | i) Tel. Médico Gral. |
| j) Nombre del Médico Gral. | | |

B) Antecedentes Heredofamiliares

- | | | |
|-----------------|----------------|----------------|
| a) Luéticos | b) Fímicos | c) Diatésicos |
| d) Hemorrágicos | e) Quirúrgicos | f) Oncológicos |
| g) Neurológicos | h) Traumáticos | i) Alérgicos |

C) Antecedentes no Patológicos

- a) Vivienda: Tipo, Habitantes y Servicios.
- b) Alimentación c) Hábitos d) Inmunizaciones
- e) Higiene: Baño, Cambio de ropa, Cepillado Dental
- f) Tabaquismo g) Etilismo

D) Antecedentes Patológicos

- a) Luéticos b) Fímicos c) Diatésicos
- d) Hemorrágicos e) Quirúrgicos f) Oncológicos
- g) Neurológicos h) Traumáticos i) Alérgicos

E) Estudio por Aparatos y Sistemas

- a) Ap. Digestivo b) Ap. Cardiovascular c) Ap. Respiratorio
- d) Ap. Genitourinario e) Sist. Ematophoyetico
- f) Sist. Endócrino g) Sist. Nervioso

F) Historia Obstétrica

- a) Embarazos b) Abortos c) Mestruación

G) Ultima Consulta

H) Motivo de la Consulta.

Al hacer la historia clínica debemos aprender a escuchar al paciente, se le dará libertad de hablar con sus propios términos como base para nuevas preguntas, y aceptar o rechazar lo que contribuye, o lo que es inútil al diagnóstico de la situación clínica. Así mismo el odontólogo debe dirigirse al paciente con preguntas sencillas y directas, sin utilizar términos médicos.

Capítulo *3*

EXAMEN

BUCAL

3. EXAMEN BUCAL

El exámen oral, es una fase más del tratamiento dental completo, ya que éste es tan importante como la historia -- clínica, nos va a ayudar a diagnosticar enfermedades generales y anomalías bucales como lesiones neoplásicas, deformidades congénitas y adquiridas, así mismo podremos pronosticar que tan favorable o desfavorable puede ser nuestro tratamiento.

Como sabemos, cada paciente es completamente diferente de cada otro individuo en el mundo, por lo cuál no podremos estandarizar a todos éstos, siendo así tendremos que elaborar exámenes orales individuales, escritos y archivados como parte de su historia clínica acompañado de sus estudios radiográficos.

La fase inicial del exámen debe incluir una completa - revisión de todas las membranas mucosas de la cavidad oral y faríngea que se pueda ver. La búsqueda irá dirigida a descubrir anomalías de color, tejido, contorno o continuidad - que se puedan presentar como manifestaciones de la enfermedad. Tienen especial importancia el suelo de la boca y la - base de la lengua; estas zonas, más difíciles de observar, han demostrado tener una incidencia más elevada de cáncer - que la mayor parte de las áreas que son examinadas. Por las mismas causas está indicado un exámen digital y visual cuidadoso.

En este exámen debemos llevar un orden para que no se nos pase por alto alguna zona de los tejidos orales y periorales, por esto vamos a utilizar la técnica de la inspección visual y la de palpación.

3.1. INSPECCION VISUAL

A) Exámen Perioral

- a.- Mírese la piel del cuello y de la cara. Obsérvese la -- presencia de ulceraciones, tumefacciones y manchas. Si el dentista no conoce la causa o la naturaleza de una -- anomalía, deberá aclararla remitiendo al paciente a un médico o al especialista dental adecuado.
- b.- Dígase al paciente que abra y cierre la boca mientras -- se observan las articulaciones temporomandibulares y -- los movimientos de la mandíbula para describir las asimetrías. También cabe describir las asimetrías observang la relación de los incisivos centrales maxilares con -- los mandibulares.

B) Exámen Oral

- a.- Obsérvese los labios del paciente y la mucosa labial par ra descubrir posibles tumefacciones, ulceraciones o manch chas. Para su exámen hay que doblar los labios hacia afuera.
- b.- Con los labios vueltos hacia afuera examínese la encía vestibular y los pliegues mucovestibulares.
- c.- Las mucosas vestibulares se observarán después de poner las tensas con los dedos. Diciendo al paciente que vuelv va la cabeza en la dirección del lado que se va a observ var, y así se facilitará la inspección.
- d.- A continuación se examina la lengua. Cuando está en posici ción normal solamente puede examinarse el dorso. La superficie ventral de la lengua se hace visible cuando el paciente dirige la punta de ésta al paladar. Es importa tante el exámen del borde posterolateral, porque la mayoría de cánceres de la lengua se desarrollan aquí.
- e.- Al mismo tiempo se examina el suelo de la boca. Así puge de verse la parte anterior del suelo de la boca cuando la lengua toca el paladar. De manera similar se hace visi sible la parte posterior del suelo de la boca cuando se aparta la lengua para observar sus bordes posterolatera

les, también como se ha descrito en el paso d.

- f.- Las encías linguales mandibulares se observan con la ayuda de un espejo. Mientras se observa la encía en la cara reflejante del espejo, el dorso de ésta separa la lengua. La mucosa gingival retromolar se inspecciona durante la exploración gingival.
- g.- Las encías palatinas y la mucosa del paladar duro pueden observarse por visión directa o indirecta con espejo.
- h.- El paladar blando, la úvula y la orofaringe no pueden ser observados adecuadamente a menos que se deprima la lengua. La visualización de los pilares del paladar y de la faringe se facilita mediante la depresión de la lengua con un espejo e indicando al paciente que diga (ah).

3.2. TECNICA DE LA PALPACION

- a.- Pónganse las manos planas sobre la cara, con los índices apoyados con firmeza sobre la articulación temporomandibular y la glándula parótida, y palpense las masas. Mientras las manos permanecen en esta posición, el paciente debe abrir y cerrar la boca.
- b.- Búsquense los ganglios linfáticos colocando los dedos de ambas manos sobre la piel del cuello, aproximadamente de 2 a 5 cm. por debajo del borde inferior de la mandíbula. Los dedos han de estar en posición perpendicular al cuello y han de presionar con firmeza. Luego se hacen subir lentamente hasta llegar al borde inferior de la mandíbula. De esta forma, se utiliza la mandíbula como pared sobre la cuál se mueven los ganglios linfáticos. Los ganglios aislados, móviles, palpables tienen escasa importancia y se encuentran en 40 a 60% de todos los pacientes sanos. Los ganglios linfáticos palpables múltiples y los ganglios inmóviles o fijos se han de e-

xaminar con todo cuidado.

- c.-- La zona cervical se palpará en busca de ganglios linfáticos y de neoformaciones colocando los tejidos que rodean el esternocleidomastoideo entre el pulgar y los otros dedos, apretando suavemente a medida que la mano se mueve en sentido vertical. La palpación de las regiones posteriores auricular y occipital se efectúa moviendo los dedos de ambas manos en dirección posterior desde el músculo esternocleidomastoideo hasta que se encuentren en la zona mediooccipital.
- d.-- Los labios, la mucosa bucal, la lengua y el piso de la boca se palpan bimanualmente o bidigitalmente. Si solamente se usa un dedo, una masa subyacente podría desplazarse ante su empuje y escapar a la detección. Con la palpación bimanual, en la que un dedo o una mano empujan el tejido contra el segundo dedo o mano, se evita que esto ocurra.

3.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS QUE OFRECEN LAS ESTRUCTURAS BUCALES PARA ALOJAR A LA PROTESIS TOTAL

A.-- El tamaño del arco guarda una relación directa del pronóstico. Cuanto más amplio es el arco, mayor área superficial podrá ser cubierta y mayor será la posibilidad de retención y estabilidad.

Si el arco y el tamaño de la cara no son armónicos, es difícil obtener resultados estéticos favorables. Si el arco es muy pequeño con relación al tamaño de la cabeza y los músculos de la masticación están bien desarrollados y poderosos, las exigencias de las prótesis pueden causar pronto daños a los tejidos.

B.-- Los rebordes bajos en el asentamiento de la base pueden causar problemas en la retención de la dentadura o en

la incursión, por lo cual deben ser evaluados con relación al tamaño, número, forma, lugar, densidad de la mucosa y la estabilidad anticipada de la prótesis.

Los rebordes bajos grandes, agudos, o contrarios o con vexos presentan mayores problemas. Los rebordes contrarios o bajos generalmente se tendran que arreglar mediante cirugía.

C.-- La relación del arco puede ser normal, lo cual indica un pronóstico favorable, o puede que haya una protusión man dibular o una protusión maxilar, disminuyendo las posibilidades de éxito.

La protusión maxilar es la circunstancia menos probable al éxito; a menudo se encuentran relaciones de mordida cruzada extrema; el área de contacto oclusal en las regiones molar y premolar está disminuida, y la mandíbula frecuentemente busca mayor espacio para los movimientos, y a menudo impide movimientos parafuncionales complicados.

La protusión mandibular incita a la rápida lesión en el tejido de reborde anterior maxilar: la tensión de las -- fuerzas funcionales tienden a concentrarse en esta zona.

D.-- La forma de la bóveda afecta a la retención de la dentadura maxilar. Una bóveda plana resiste el desplazamiento vertical utilizando mejor las fuerzas de adherencia y cohesión que son consecuencia de la superficie de contacto casi paralela entre la dentadura y la mucosa; pero proporciona poca resistencia al desplazamiento lateral.

Una bóveda muy arqueada va a soportar una relación más vertical y, por lo tanto, resiste bien los esfuerzos laterales, pero las fuerzas laterales tienden a desajustar fácilmente la dentadura.

Una bóveda en forma de "U" es la que tiene un pronóstico más favorable, ya que soporta el desplazamiento lateral y vertical hasta su grado más elevado.

E.-- Un torus maxilar puede crear problemas de resistencia en el tejido de presión de la dentadura. Raras veces es ne-

cesario extirpar un torus maxilar, pero en ocasiones se puede ver un torus que ha sido extirpado quirúrgicamente a causa de sus grandes traumatismos y lesiones.

F.-- Las tuberosidades maxilares requieren una inspección cuidadosa. Las grandes tuberosidades ofrecen la mejor oportunidad de éxito, permitiendo una protección amplia del área y proporcionando unas superficies buenas de soporte.

En ocasiones las tuberosidades maxilares están formadas por tejido fibroso que cuelga, este debe ser extraído quirúrgicamente ya que contribuye a un excesivo movimiento vertical y horizontal, comprometiendo seriamente la estabilidad de la dentadura.

G.-- Cuando hay frenillos bajos opuestos, uno en la superficie lateral de cada tuberosidad, tienen que ser extirpados. Si el declive labial del reborde anterior también presenta frenillos bajos, normalmente es más conservador quitar los frenillos opuestos en las tuberosidades. Los frenillos de la tuberosidad unilateral, si son grandes, a menudo tienen que ser reducidos.

H.-- Una distancia entre bordes pequeña, en contraste con la distancia grande entre los mismos, aumenta la retención y la estabilidad, el problema que existe va a ser a la hora de colocar los dientes.

Una distancia grande entre bordes, cuando obedece a una intensa resorción de los rebordes, también representa una amenaza para la retención y la estabilidad.

I.-- La forma del reborde definitivamente afecta la retención y la estabilidad. La más favorable es la de forma de U. Su altura resiste, el desplazamiento lateral, y el paralelismo de sus lados mantiene el cierre en una considerable distancia para resistir el desplazamiento.

Los rebordes planos y lisos dan poca estabilidad lateral, mientras que la anchura del reborde es importante para un resultado favorable.

Los bordes en forma de V consiguen poca resistencia en todas las zonas simultáneamente.

El reborde afilado como un (cuchillo) ofrece el peor pronóstico por su deficiencia de soporte, y por estar compuesta de tejido fibroso en la punta del reborde va a ser fácilmente deslizable.

J.-- Las espículas óseas en el reborde residual, presentan muchas variaciones de tamaño, agudeza, localización y número. Todas son indeseables como origen potencial de daños al tejido y de crear incomodidad para el paciente. Es necesario palpar las mucosas y el reborde residual subyacente para valorar la respuesta del paciente a las espículas que no se descubren en un examen visual.

K.-- La mucosa de soporte debe tener un espesor medio y una elasticidad uniforme para obtener un pronóstico más favorable. Si es delgada, las ulceraciones y la incomodidad aparecerán fácilmente en las zonas del asentamiento de la base.

Si la mucosa palatina es excesivamente gruesa, la estabilidad resulta más problemática que la retención, ya que la dentadura se moverá con la mucosa resbaladiza.

L.-- Los tejidos colgantes y laxos en el reborde no son deseados, ya que contribuyen a la inestabilidad de la dentadura, estos deben ser extirpados quirúrgicamente para obtener una área de soporte más estable.

M.-- La relación entre el pliegue mucobucal y el frenillo en la cresta del reborde alveolar constituye un índice de la altura del reborde: cuanto más alto es el reborde, mayor es la oportunidad de éxito.

En ocasiones, el pliegue mucobucal puede estar demasiado bajo, pero el frenillo puede ser que se encuentre unido arriba, cerca de la cresta del reborde. En este caso, el pronóstico mejorará con una frenulectomía.

Una reducción en la altura del reborde y en la profundidad del vestíbulo se considera desfavorable, en este caso

es aconsejable el tratamiento quirúrgico.

N.-- La lengua, que a menudo presenta anomalías de tamaño, forma, función y posición, debe ser examinada. Una lengua estrecha y pequeña contribuye a hacer la impresión con facilidad, pero compromete el cierre lingual para la dentadura mandibular.

Por el contrario, una lengua gruesa y ancha, cuando se hace la impresión, constituye un excelente cierre para la dentadura. Una lengua sumamente grande crea problemas cuando se hace la impresión y disminuye la estabilidad de la dentadura.

Cuando la posición de la lengua es baja en relación con la cresta del reborde mandibular, la retención de la dentadura será mala. La costumbre de adelantar la lengua o retirarla es desfavorable para el pronóstico del tratamiento.

O.-- El piso de la boca presenta variaciones de forma, elasticidad y posición relativa a la cresta del reborde. Esto ocurre también en cada individuo entre la relación funcional y de descanso.

Si el suelo de la boca está cerca de la cresta del reborde, la retención y la estabilidad de la dentadura empeorará. El pronóstico puede ser mejorado con la educación del paciente y notablemente beneficiado mediante tratamiento quirúrgico.

P.-- Un pliegue sublingual bien desarrollado y un espacio de pliegue sublingual elástico son favorables.

Q.-- Los tori Mandibulares deben ser extirpados más frecuentemente que los tori maxilares, ya que están cubiertos con una mucosa muy fina; la ulceración ocurre a menudo y la curación es lenta. Debe aliviarse la dentadura en esta zona, pero no en exceso, pues se elimina el cierre periférico.

Capítulo *4*

ESTUDIOS DE GABINETE

4. ESTUDIOS DE GABINETE

En este tema vamos a dar un bosquejo de como pueden obtenerse datos más importantes y más certeros, cuando se sospecha de una enfermedad generalizada o hereditaria del paciente. Ya que no es suficiente la historia clínica en pacientes que refieren trastornos hemorrágicos, diabéticos, o lesiones epiteliales u óseos, va a ser necesario apoyarnos en algunos estudios de gabinete como son:

- 4.1. BIOMETRIA HEMATICA
- 4.2. GLUCOSA EN SANGRE
- 4.3. ANALISIS DE ORINA
- 4.4. ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS
- 4.5. ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

Si hacemos caso omiso a estos estudios se corre el riesgo de causar más daño al paciente que lo que pensamos ayudar. Por éste mismo hay que poner mucha atención al evaluar a nuestro paciente antes de realizar cualquier tratamiento quirúrgico.

4.1. BIOMETRIA HEMATICA

En éste punto hablaremos de como debemos ordenar las pruebas de laboratorio, y de como debemos interpretarlas.

A) Trastornos Hemorrágicos

Un paciente puede presentar estos trastornos por diversas causas: cuando la sangre no se cuagula; cuando no hay plaquetas suficientes para taponar los capilares lesionados; cuando existen diversos trastornos hemorrágicos, deben ordenarse las pruebas siguientes:

Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina Parcial, Recuento de Plaquetas, Prueba del Torniquete, Concentración de Fibrinógeno y Retracción del cuáguulo.

a.- Interpretación de éstas pruebas:

Un tiempo de tromboplastina parcial anormal con un -- tiempo de protrombina normal, indica una alteración de la formación de tromboplastina. La causa del trastorno muy a menudo es algún tipo de hemofilia.

Un tiempo de tromboplastina parcial normal, un tiempo de protrombina anormal y una concentración de fibrinógeno normal, suele indicar que está alterada la formación de trombina. Puede ser consecuencia de una enfermedad -- gastrointestinal grave o un tratamiento prolongado con aspirina o con dicumarol.

Si la concentración de fibrinógeno es baja, debe sospecharse la presencia de una enfermedad grave del hígado o un defecto congénito en la formación de fibrinógeno. Los pacientes con un nivel bajo de fibrinógeno tendrán un tiempo de tromboplastina parcial anormal, y lo mismo ocurrirá con el tiempo de trombina.

Las pruebas del torniquete, de la retracción del cuáguulo y el recuento de plaquetas se usan para evaluar la función de las plaquetas y la integridad vascular. Si -- la retracción del cuáguulo y el recuento de plaquetas -- son normales y la prueba del torniquete es anormal, es señal de que está alterada la estructura de las paredes vasculares. Un déficit de vitamina C podría explicar esta alteración.

Si el recuento de plaquetas, es inferior a $100\ 000/\text{mm}^3$ la prueba del torniquete y la retracción del cuáguulo -- son anormales, hay un déficit de plaquetas circulantes. En raras ocasiones es posible hallar un recuento de plaquetas normal y una prueba del torniquete y de la retracción del cuáguulo anormales: indica un defecto en la ca--

lidad de plaquetas.

B) Enfermedad de los Eritrocitos

La principal enfermedad de los eritrocitos es la anemia; Al sospechar que el paciente padece este mal deberán hacerse las siguientes pruebas:

Hemoglobina, Hematócrito, Recuento de Reticulocitos y Extensión Hemática, con el fin de averiguar la morfología de los eritrocitos.

a.- Interpretación de éstas pruebas:

Una hemoglobina y un hematócrito bajos son signos de anemia. Si la cifra de reticulocitos es normal o baja, está indicado que el número de glóbulos rojos inmaduros liberados por la médula ósea no aumenta, la etiología de la anemia ha de relacionarse con el proceso destructivo que afecta a la médula ósea. Si el recuento de reticulocitos es alto, señal de que la médula ósea ha aumentado la producción de glóbulos rojos inmaduros, la base de la anemia probablemente será hemolítica; la causa de la anemia también puede ser un defecto en la maduración de los glóbulos rojos.

Se define la anemia como la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno por parte de la sangre, estado debido con mucha frecuencia a la disminución del número de glóbulos rojos circulantes.

C) Enfermedades de los Leucocitos

En los pacientes que se sospecha con enfermedades como la leucemia, neutropenia, mononucleosis infecciosa, o alguna infección aguda o crónica, en las cuales se produce una alteración de los glóbulos blancos, se practican las siguientes pruebas:

Recuento Leucocitario, Fórmula Leucocitaria y Extensión Sanguínea, para examinar la morfología y el grado de madurez de los glóbulos blancos.

a.- Interpretación de estas pruebas:

Los pacientes con una infección bacteriana aguda presentan a menudo una elevación de la cifra de leucocitos (recuento leucocitario = RL) con un notable aumento de los neutrófilos. Los enfermos con infecciones víricas también pueden tener una leucocitosis, pero en esos casos se deben más bien al aumento de las cifras de linfocitos que de neutrófilos. Tanto en las infecciones víricas como en las bacterianas las células son de tipo maduro. En la leucemia puede existir un aumento del RL, pero las células son de tipo inmaduro.

La disminución del RL, también puede indicar un problema médico grave. En la fase precoz de la leucemia, el RL suele disminuir. Los pacientes con agranulocitosis o con anemia aplásica secundaria debidas al efecto de sustancias tóxicas sobre la médula ósea, o asociadas con una reacción alérgica, presentan una disminución no notable del RL. Asimismo, en casos raros, un paciente puede presentar una depresión cíclica de neutrófilos que coincida con cambios clínicos como las infecciones orales recurrentes, las ulceraciones o la enfermedad periodontal.

4.2. GLUCOSA EN SANGRE

Cuando se sospecha una diabetes mellitus hay que hacer en primer lugar un análisis de orina, que puede efectuar el propio dentista. Si el resultado es negativo debe realizarse la determinación de la glucemia dos horas después de la

comida. Cuando las cifras obtenidas quedan dentro de los límites normales, pero síntomas clínicos mantienen la sospecha de diabetes, se efectuará una prueba de tolerancia de la glucosa.

La glucosa normal en la sangre va a ser de 80 - 120 miligramos/100ml.

4.3. ANALISIS DE ORINA

El dentista puede realizar la prueba inicial para comprobar si un paciente sospechoso de afección renal o diabetes mellitus realmente padece la enfermedad. En el comercio existen tiras preparadas con los reactivos pertinentes para averiguar la presencia de glucosa, proteínas, acetona, sangre oculta y pH; para ello basta sumergir dichas tiras en la muestra de orina y observar la modificación del color, instantáneamente o al cabo de unos segundos según la sustancia que se investiga.

El hallazgo de proteína en la orina suele indicar una enfermedad renal. La orina de un diabético no compensado contiene cantidades notables de glucosa por lo común. Sin embargo, algunas personas tienen un umbral renal para la glucosa bajo y pueden eliminar azúcar con la orina. Por consiguiente, la presencia de glucosa en la orina no basta por sí sola para hacer el diagnóstico de diabetes mellitus

— Algunas otras indicaciones para mandar a realizar las pruebas de laboratorio son las siguientes:

Cuando el paciente reporta dolor de lengua, puede plantearse un problema de difícil diagnóstico; Una vez descartadas las causas de irritación local como posible factor etiológico, se ha de pensar en las enfermedades generales como anemia perniciosa, diabetes mellitus o la leucemia.

Los pacientes que reportan pérdida de peso, irritabilidad, disnea, sequedad de la piel, ictericia, palidez, poliuria polidipsia, polifagia, prurito, o sequedad bucal, deben ser examinados para descubrir una posible anemia ferrópenica, una leucemia, diabetes mellitus, anemia alástica o una agranulocitosis.

Los datos de la historia clínica que orientan sobre la necesidad de aclarar si existe un trastorno hemorrágico -- son la hospitalización o las transfusiones de sangre por hemorragia, una enfermedad hepática reciente, un tratamiento prolongado con aspirinas, las hemorragias excesivas tras extracciones o heridas pequeñas, la aparición de equimosis -- con facilidad, la hemorragia gingival espontánea sin causa local aparente, o los episodios recientes de emistaxis.

Entre los hallazgos clínicos que sugieren una enfermedad general y pueden ser necesarios algunos análisis de laboratorio figurar la atrofia generalizada de las papilas -- linguales (anemia), la ictericia, palidez, las uñas en vidrio de reloj (inicio de anemia); los abscesos periodontales múltiples, la enfermedad periodontal rápidamente progresiva, sugiere una diabetes mellitus o una discracia sanguínea; y la hiperplasia gingival, las úlceras orales, las petequias, la equimosis y las hemartrosis (discracias sanguíneas).

Al ser confirmada cualquier enfermedad general, el cirujano dentista hará una mejor elección del especialista al cual ha de remitir al paciente. Si los resultados de las -- pruebas de laboratorio indican una enfermedad general importante, no debe decirse al paciente el diagnóstico probable, sino que se informará al médico general sobre la impresión clínica y sobre dicho diagnóstico probable, y se remitirá -- el paciente para su diagnóstico definitivo y tratamiento.

Si las pruebas de laboratorio permiten descartar una -- enfermedad general, el dentista puede proceder al tratamien

to dental. Así el paciente será objeto de observación durante el tratamiento dental para descubrir cualquier indicio de enfermedad general.

En el siguiente cuadro veremos las pruebas de laboratorio que se utilizan en el diagnóstico de las enfermedades generales.

Tabla 11. PRUEBAS DE LABORATORIO UNIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES GENERALES

<i>Problemas clínicos</i>	<i>Pruebas</i>	<i>Marcas de variación</i>
	PRUEBAS HEMÁTICAS	
Problemas hemorrágicos	Tiempo de protrombina	10-14 seg (hecho con control)
	Tiempo de tromboplastina parcial	35-45 seg (hecho con control)
	Recuento de plaquetas	150 000-300 000/mm ³ cub.
	Prueba del torniquete	Pocas petecias o ninguna
	Concentración de fibrinógeno	100-500 mg/100 ml
	Retracción del coágulo	Completa en veinticuatro horas
Enfermedad de los eritrocitos: anemia	Hemoglobina	Varón: 14-16 g/100 ml Mujer: 12-16 g/100 ml
	Hematócrito	Varón: 40-54 % Mujer: 37-47 %
	Recuento de reticulocitos	Inferior a 1 % del recuento de eritrocitos
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los GR	
Enfermedades de los leucocitos: leucemia, neutropenia, mononucleosis infecciosa, etc.	Recuento de leucocitos	5000-10 000/mm ³ cub.
	Fórmula leucocitaria:	
	Neutrófilos	54-62 %
	Eosinófilos	1-3 %
	Basófilos	0-1 %
	Linfocitos	25-33 %
	Monocitos	0-9 %
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los GB	
Diabetes mellitus	Prueba de la glucemia a las dos horas de la comida	80-120 mg/100 ml
	Prueba de la tolerancia de la glucosa	
	ANÁLISIS DE ORINA	
Diabetes o enfermedad renal	Glucosa	Negativa o indicios
	Proteína	Negativa o indicios
	pH	6,8-7,2
	Acetona	Negativa
	Uropig	Negativa

4.4. ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS

Este tipo de estudios, al igual que los análisis clínicos son de suma importancia, ya que podremos diagnosticar - enfermedades de mucho cuidado a tiempo, antes de cualquier - intervención quirúrgica, o simplemente para saber a que caso nos presentamos cuando existe una lesión oral o en zonas vecinas.

La citología bucal es útil en el tratamiento de pacientes en los que se sospecha un herpes simple o una candidiasis, y también ayuda a observar la mejoría lograda en los - pacientes a los cuales se trata una anemia perniciosa. La - citología oral es asimismo un método para detectar precozmente las lesiones cancerosas. Sin embargo, el diagnóstico de cáncer no puede basarse solo en los hallazgos citológicos, sino que hay que efectuar una biopsia.

La biopsia es un medio de diagnóstico que consiste en tomar en el organismo vivo un fragmento de un órgano, tejido, o tumor, por escisión quirúrgica o por punción con una aguja y aspiración con jeringa para hacer luego su estudio anatomopatológico.

Algunas de las causas que aconsejan hacer una biopsia son las siguientes:

- a.- Permite establecer el diagnóstico y determinar el mejor curso de la terapia.
- b.- Faculta al médico, para hacer un pronóstico adecuado a la lesión.
- c.- Permite al clínico comprobar si la lesión ha sido o no completamente extirpada.
- d.- Con un diagnóstico definitivo del tejido, es posible -- calmar la aprensión de muchos pacientes que sufren de -- cancerofobia.

En ocasiones la biopsia, tan vital para el diagnóstico acertado, deben ser evitadas porque causan más daño que beneficio. Por ejemplo, cuando vemos a un paciente con una lesión grande fulminante, que es casi seguro maligna, es mejor mandar al paciente, directa y rápidamente, al óncologo, quien diagnosticará la condición y tratará al paciente.

Cuando se sospechan discracias sanguíneas, como leucemia, es mejor antes efectuar unos análisis clínicos de sungre, con el fin de evitar una posible hemorragia grave. También se debe prestar atención a la posible hemorragia masiva antes de la biopsia de tumores vasculares extensos. Esto es particularmente cierto cuando se trata de un hemangioma cavernoso intraóseo.

Al patólogo se le debe facilitar la cantidad adecuada de tejido representativo, de modo que pueda hacer un diagnóstico cierto. Por tanto, el cirujano debe tratar de seccionar y extraer una porción de tejido suficientemente grande y representativa de la lesión y del tejido normal adyacente que permita al patólogo establecer una base de comparación.

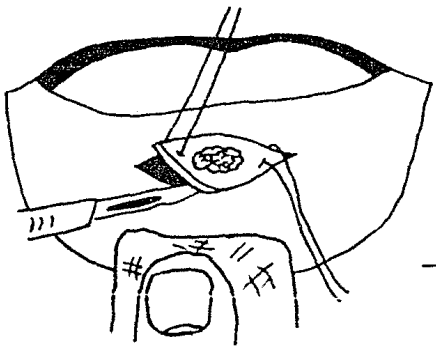
Ya que se ha obtenido la muestra, no debe dejarse seccar, sino colocarla inmediatamente en un fijador (como formalina al 10%) para que conserve el detalle celular. Después de esta muestra se ha de proporcionar al patólogo una historia detallada de la lesión: síntomas causados, color, tamaño, textura, cambios radiográficos asociados, y cualquier hallazgo de laboratorio que pueda serle útil. Frecuentemente, el dibujo o esquema de una lesión y su localización, pueden ayudar al patólogo a establecer un diagnóstico definitivo.

A causa de la accesibilidad de las lesiones alrededor de la cavidad oral, la mayor parte de las biopsias se hacen por incisión o excisión. Con las biopsias punzantes y por aspiración, a menudo no se obtiene suficiente cantidad de -

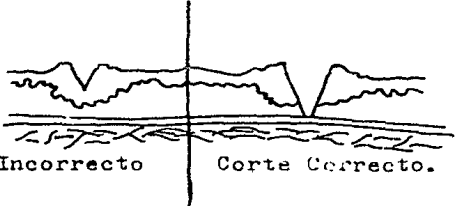
tejido o de la porción representativa de la lesión. Si la lesión es pequeña debe realizarse la biopsia por excisión, ya que esta a su vez puede conseguir curación. En este tipo de biopsias se debe tener cuidado en incluir un margen amplio de tejido normal de no menos de 0.5 cm. en todas las direcciones. Esta incisión será de forma elíptica al rededor de la lesión para facilitar el cierre primario después que la lesión haya sido totalmente excidida.

Las biopsias por incisión están indicadas cuando las lesiones son excepcionalmente grandes y el diagnóstico es dudoso. La extirpación del tejido va a ser en forma de cuña. El vértice de la incisión debe estar en el centro de la lesión que se tiene que examinar; la periferia deberá incluir una cantidad de tejido normal, se procurará tomar la muestra lo suficientemente profunda para que el patólogo pueda examinar la parte más recóndita de la lesión.

Siempre que exista una duda sobre una lesión por muy pequeña que parezca, debe practicarse una biopsia. Esta, como elemento auxiliar de la historia clínica y de las exploraciones clínicas y radiográficas, puede ser de gran utilidad: Proporciona información acerca de los tejidos epiteliales y conjuntivo, indica si una lesión es benigna o maligna, y revela la extención de la lesión o de la enfermedad. También puede ser útil para instituir el tratamiento. El resultado de las biopsias pueden indicar que no es necesario ningún tratamiento, que hay que utilizar una determinada terapéutica, hay que emplear procedimientos diagnósticos adicionales, o que hay que remitir al paciente a otros especialistas, con el fin de que pongan en práctica métodos diagnósticos o terapéuticos que no entran en el campo de acción del dentista general.

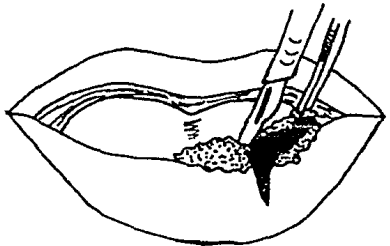


Biopsia Excisional.



Corte Incorrecto

Corte Correcto.



Biopsia Incisional.

4.5. ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

El estudio radiográfico oral no puede ser excluido de la historia clínica, ya que gracias a éste podremos obtener un diagnóstico más completo, así se trate de un paciente -- desdentado o no.

En el caso del paciente desdentado nos interesa bastante poder observar el soporte óseo que es lo más importante para el tratamiento de dentaduras completas.

Las radiografías de buena calidad también nos van a revelar las formas básicas con que el tejido calcificado reacciona a los procesos patológicos. Estos tejidos reaccionan desintegrándose o proliferando. Así, las zonas excesivamente radiolúcidas indican la existencia de procesos destructivos en el hueso, mientras que las radiopacidades normales presentan procesos proliferantes.

Entre estas alteraciones patológicas óseas vamos a poder observar la existencia de ameloblastomas, osteomas, osteofibromas, sarcomas, osteomielitis, etc., que son imposibles de detectar sin la ayuda de una radiografía.

El exámen también debe mostrar las raíces retenidas y los dientes impactados (si es que llegaron a existir), y -- las astísculas óseas. Las raíces retenidas y los dientes impactados no tienen siempre que ser extraídos en pacientes -- de edad avanzada o de estado físico depauperado. Ya que cada paciente requerirá consideración individual, se podrá observar que las personas mayores no poseen la suficiente flexibilidad ósea que le da un joven, y podrá existir mayor incidencia de fractura al extraer un diente impactado o una -- raíz retenida, si es que éstos están en una posición muy -- profunda. Sin embargo, en todo caso el paciente debe ser informado de su existencia y de las causas de la retención.

Con el estudio radiográfico se proporciona información sobre el grosor del tejido blando que cubre la cresta de --

los bordes alveolares, y algunas alteraciones de éste tejido, tales como la calcificación en los conductos o en las glándulas salivales. Los cálculos del conducto de la parótida y de la submandibular pueden demostrarse mejor con la radiografía que con cualquier otra técnica de exploración. De manera similar, la localización en los tejidos blandos de cuerpos extraños, tales como agujas rotas, materiales dentales, etc.

Para planear una intervención quirúrgica debemos realizar un estudio radiográfico, más si se sospecha alguna alteración en los tejidos blandos o duros se realizarán Rx. periapicales o panorámicas. Las radiografías panorámicas también nos van a informar sobre el tamaño del seno maxilar, la localización del agujero mentoniano y la posición del canal alveolar inferior.

Capítulo *5*

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

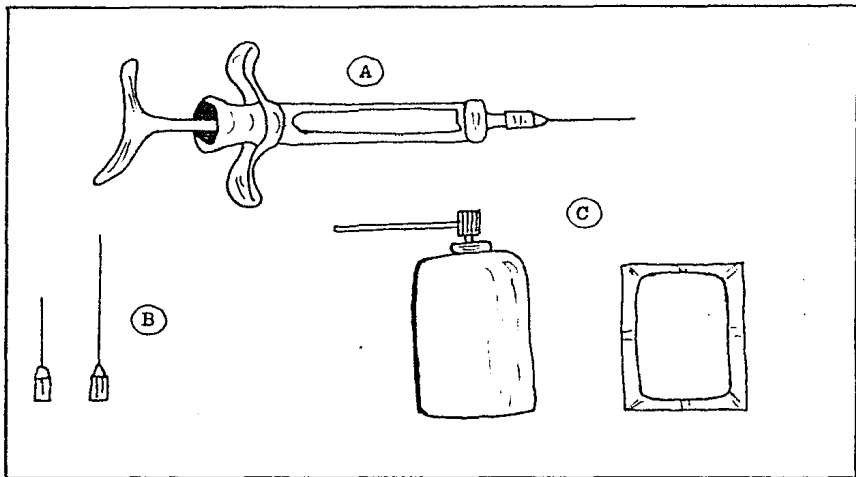
5. INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Antes de hablar sobre las deformidades de los tejidos blandos y de los tejidos duros, así como también, de sus maniobras quirúrgicas preprotésicas correspondientes, debemos conocer el instrumental adecuado que se va a utilizar en cada intervención que se va a practicar.

A continuación, se dará una lista mínima de instrumentos utilizados en las técnicas quirúrgicas realizadas en éste tema.

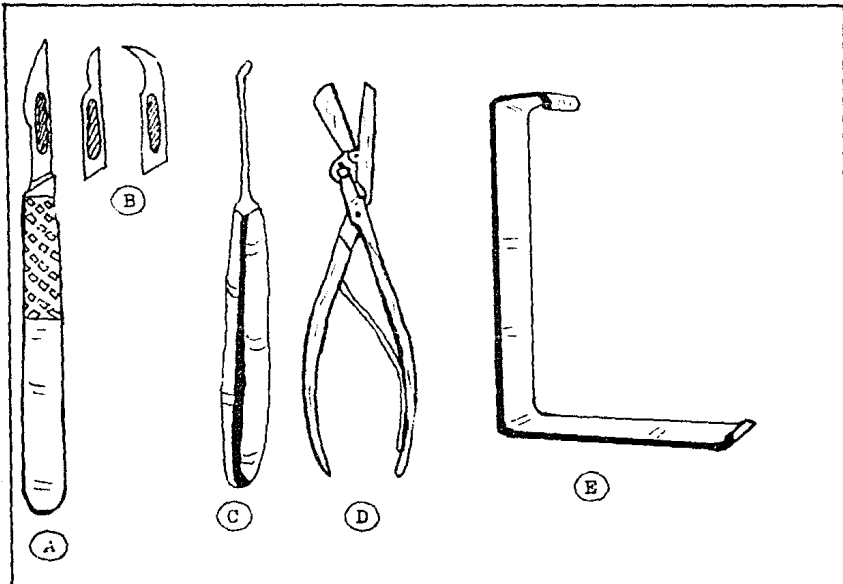
5.1. MATERIAL DE ANESTESIA.

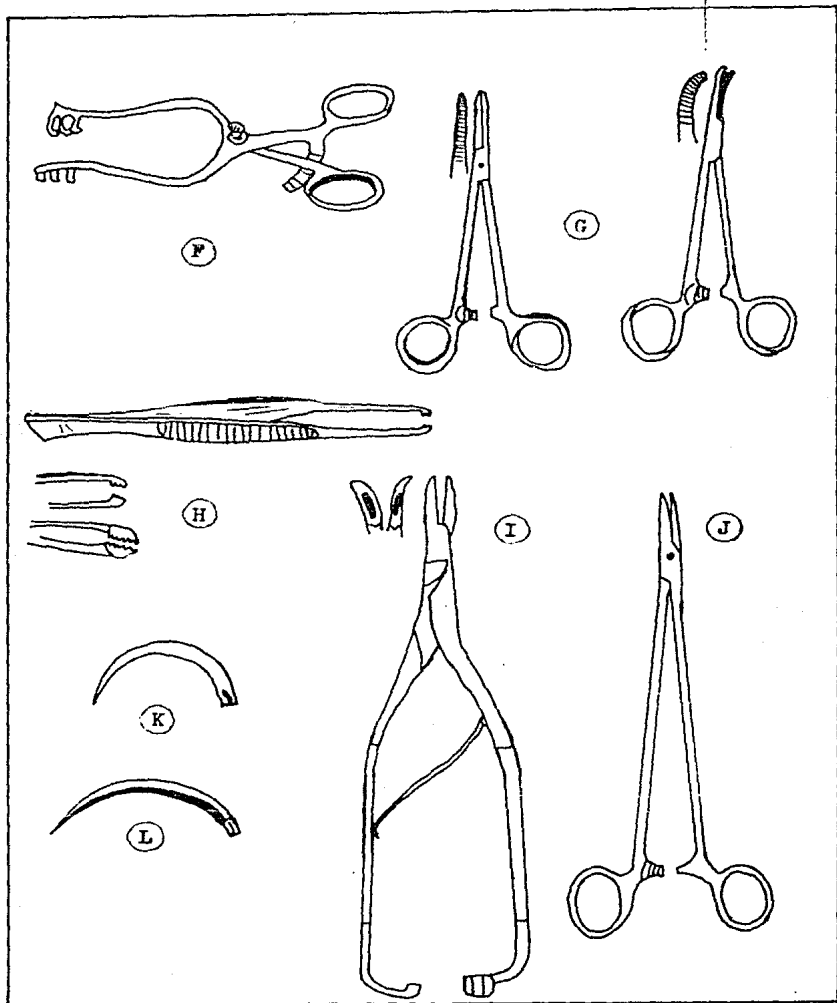
- A.- Jeringa Dental tipo Carpule
- B.- Agujas corta, y larga para Jeringa Carpule.
- C.- Anestesia Tópica (Spray, o unguento).



5.2. INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.

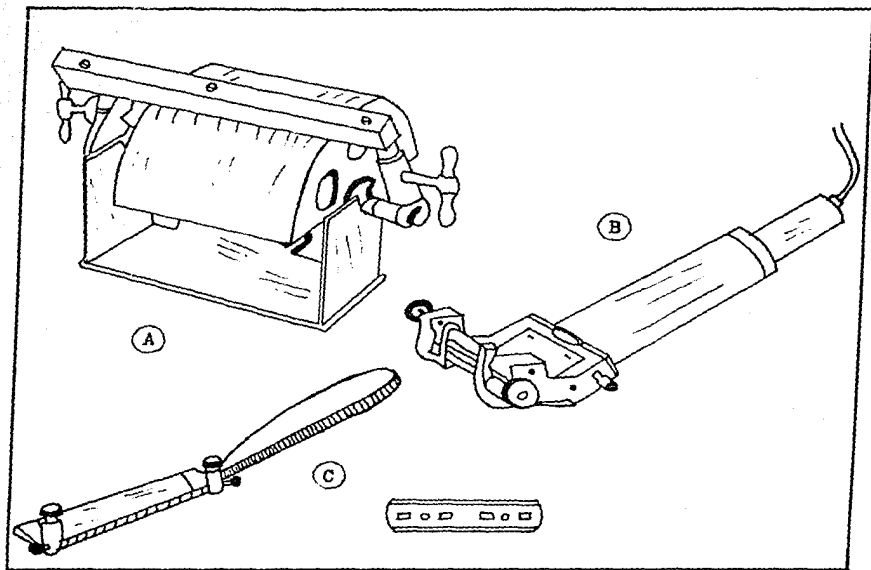
- A.- Mango de Bisturí Tipo Bard-Parker # 3.
- B.- Hojas de Bisturí Tipo Bard-Parker # 15, 11, y 12.
- C.- Legra o Elevador de Periostio.
- D.- Tijeras Tipo Dean.
- E.- Separador Tipo Parabeuf.
- F.- Abreboca de Whitehead Autostático.
- G.- Pinzas Hemostáticas Rectas o Curvas.
- H.- Pinzas de Disección.
- I.- Portaguñas de Bocados Curvos y Acanalados.
- J.- Portaguñas de Bocados finos con Ramas largas.
- K.- Aruja de Hagedorn Semicircular (Nº 1 a 10).
- L.- Agujas Curvas 3/8 (25 mm.), Triangulares.





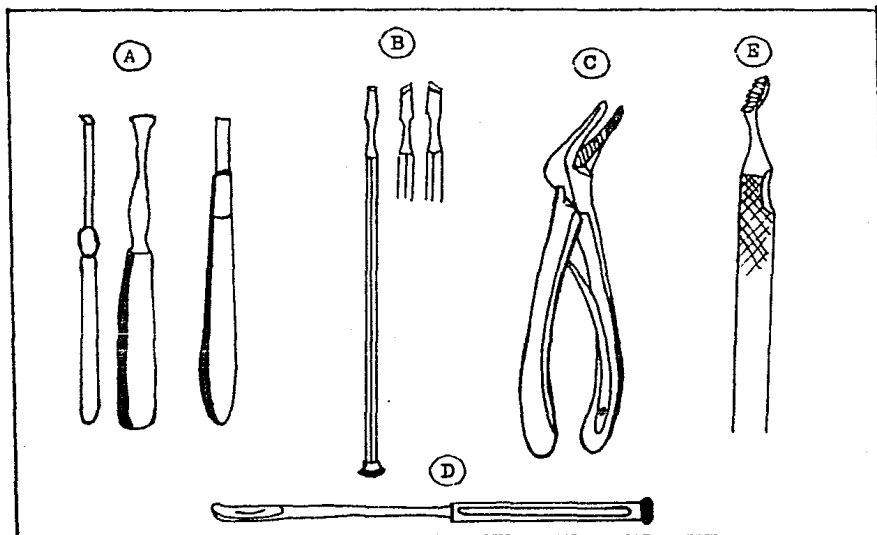
5.3. INSTRUMENTAL PARA TOMA DE INJERTOS DERMO EPIDERMICOS

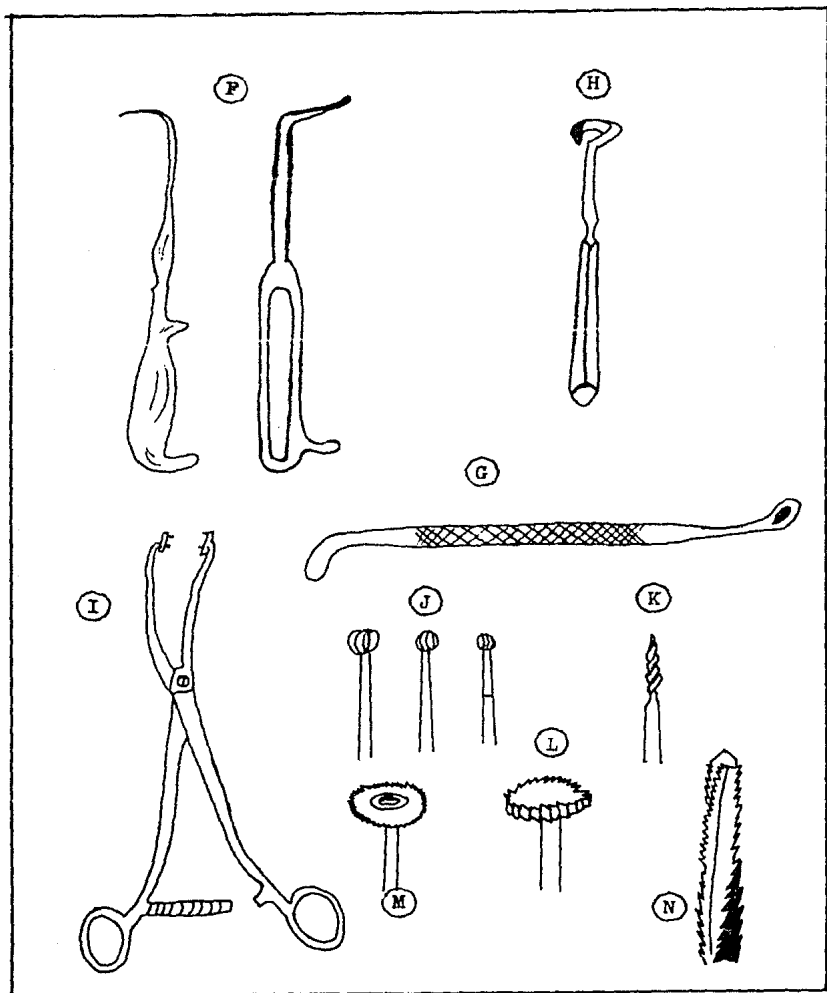
- A.- Dermátomo de Padgett. Permite la toma de grandes injertos de una magnífica regularidad, permite notable progreso en la técnica de injertos cutáneos.
- B.- Dermátomo Electrico. Asegura con facilidad, rapidez y precisión la extracción de grandes injertos de cualquier zona del cuerpo.
- C.- Cepillo con Navaja Manual. A estos cepillos se les ha mejorado especialmente en el reglaje del espesor del levantamiento y la utilización de hojas intercambiables.



5.4. INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA OSEA

- A.- Legra de Ginestet. Tres anchuras diferentes.
- B.- Cinceles para Hueso de Mango Largo.
- C.- Gubia acanalada (Palfer-Sollier).
- D.- Pinza Gubia Acodada de Lombard.
- E.- Lima Para Hueso.
- F.- Elevadores Apicales.
- G.- Cucharillas o Curetas Quirúrgicas.
- H.- Legra Costal de Doyen.
- I.- Pincilla Kojcher para Osteosíntesis.
- J.- Fresas Quirúrgicas Redondas # 8, 9 y 10.
- K.- Fresa-Caladro Helicoidal, modelo Meisinger.
- L.- Fresa-Rueda Dentada.
- M.- Sierra Rotatoria de 24mm. para Pieza de Mano.
- N.- Fresa-Sierra de Lindemann.





Capítulo *6*

CIRUGIA PREPROTESICA

6. CIRUGIA PREPROTESICA

Después de haber realizado una historia clínica a conciencia, y una gran valoración del estado de salud favorable del paciente, o en su defecto desfavorable y que requiera de algún tratamiento preoperatorio, se realizarán los estudios pertinentes o por el contrario, se remitirá al especialista indicado para que así podamos continuar con nuestro tratamiento.

Cuando el paciente se encuentre en perfectas condiciones de salud, estará ya listo para la intervención quirúrgica que se requiera según el caso.

La prostodoncia apunta a restaurar las porciones funcional y estética del sistema gnatólógico, que se han perdido o están congénitamente ausentes.

Dado que una prótesis no puede ser mejor que la base ósea sobre la que se apoya con su correspondiente cubierta de tejidos blandos, es evidente que el odontólogo debe realizar todos los esfuerzos que estén a su alcance para preparar, mejorar, preservar y hasta reconstruir los maxilares - para lograr un uso prolongado de la prótesis.

Muchas dentaduras que se usan con molestias, podrían volverse confortables y funcionales si se realizan modificaciones quirúrgicas para mejorar su uso.

6.1. REBORDE DESDENTADO IDEAL.

Goodsell señala los siguientes criterios de un reborde desdentado ideal:

- A.- Soporte óseo adecuado para la prótesis.
- B.- Hueso cubierto con tejido blando adecuado.
- C.- Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes.

- D.- Ausencia de rebordes agudos.
- E.- Surcos vestibular y lingual adecuados.
- F.- Ausencia de bandas cicatriciales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su superficie periférica.
- G.- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis.
- H.- Ausencia de hipertrofias en los rebordes o en los surcos.
- I.- Ausencia de enfermedades neoplásicas.

En los siguientes capítulos se hablará de las técnicas quirúrgicas mas comunes para poder elaborar posteriormente nuestras placas totales satisfactoriamente, estos temas son:

- Técnicas Quirúrgicas sobre Tejidos Blandos. --
- Técnicas Quirúrgicas sobre Tejidos Duros. ---
- Injertos de Tejidos Blandos. --
- Injertos Oseos. --
- Implantes.---

Capítulo *7*

TECNICAS QUIRURGICAS SOBRE TEJIDOS
BLANDOS

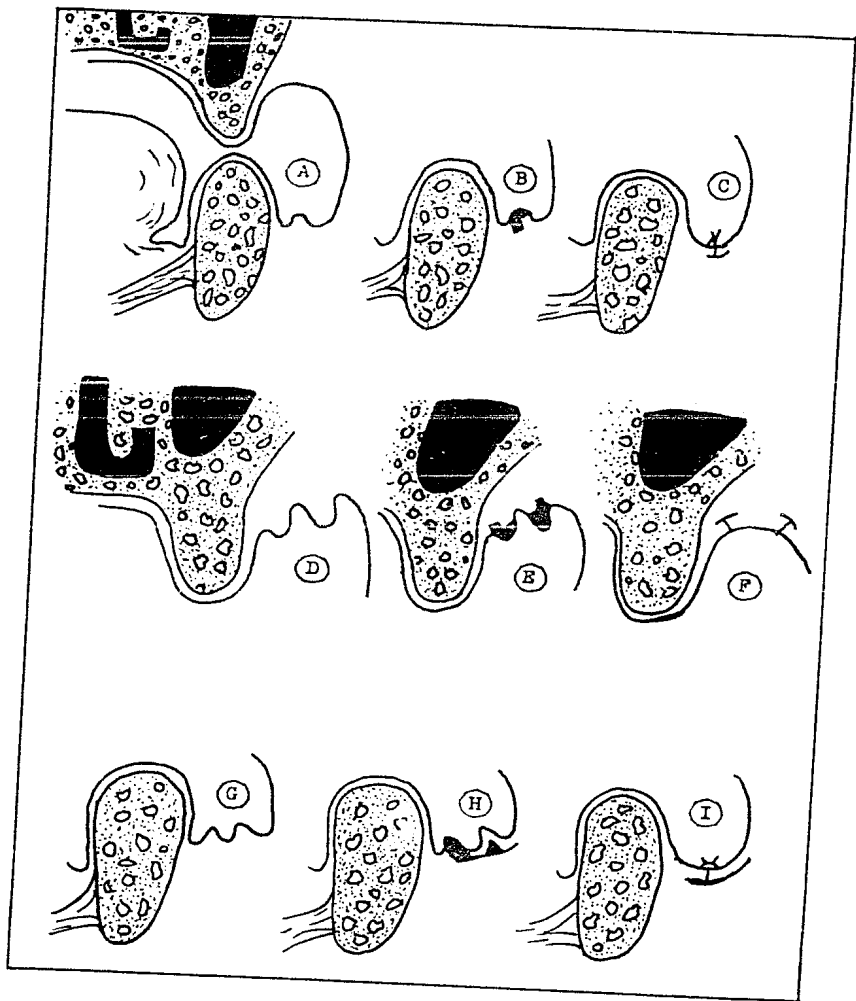
7. TECNICAS QUIRURGICAS SOBRE TEJIDOS BLANDOS.

7.1. EPULIS FISURATUM.

El tejido blando atrapado entre el flanco protésico -- mal adaptado y el hueso subyacente va a llevar a una fibrosis tisular y a la formación de cicatrices en el surco, lo cual se conoce como epulis fisurado.

Técnica:

- a.- Pliegue único en el surco vestibular.
- b.- Se socaban los bordes y se delimita la sección que se va a desecar.
- c.- Se sutura la herida.
- d.- Dos pliegues en el surco.
- e.- Se elimina el tejido que se va a resecar. La resección de estos pliegues en una pieza sin conservar nada de la membrana del pliegue interno va a traer como resultado una grave pérdida de profundidad del surco.
- f.- Se hacen las suturas.
- g.- Método alternativo para eliminar el doble pliegue.
- h.- Se reseca el pliegue interno, y se disecciona la mucosa desde el segundo pliegue. El tejido fibroso subyacente al pliegue externo es diseccionado cuidadosamente y descartado.
- i.- Se desliza el colgajo a través de la zona desnuda y se sutura en su sitio. Se inserta entonces la vieja prótesis del paciente con cemento quirúrgico fijado en su periferia.



7.2. FRENILECTOMIAS.

La inserción baja o hipertrofia del frenillo labial, - como la adherencia alta o hipertrofia del frenillo lingual, son los tejidos blandos que mas interfieren en la colocación de las prótesis. Por lo consiguiente veremos como liberar - éstos frenillos por medio de las técnicas quirúrgicas conocidas como frenilectomias.

A) Frenilectomía del Frenillo Gingivo-Labial Superior. (Ginestet)

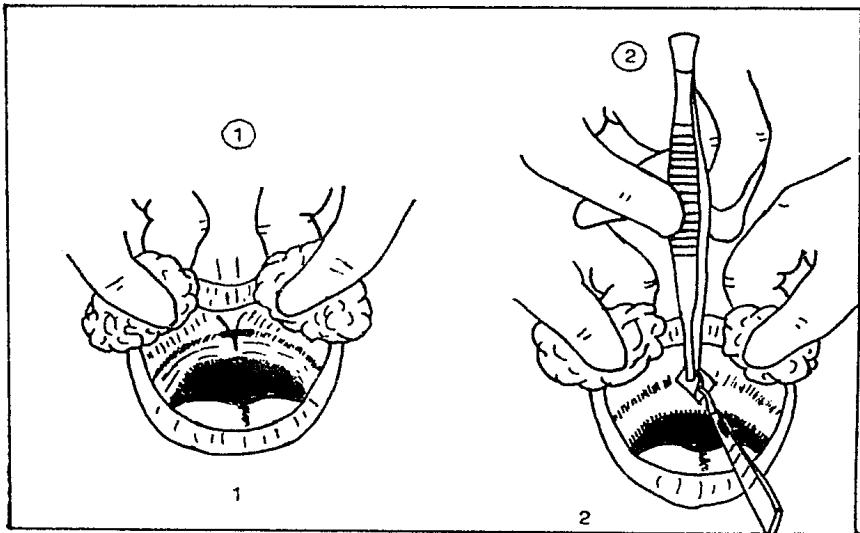
Limpieza de la zona y anestesia local con novocaína adrenalizada. Levantar el labio superior para estirar el frenillo. A media altura y perpendicularmente a su eje mayor, seccionar, solo con bisturí la mucosa según un trazo horizontal de un cm. aproximadamente (fig. 1). Liberar con un - desprendedor el manajo fibroso que aparece en medio de la - herida en rombo creada por la incisión horizontal.

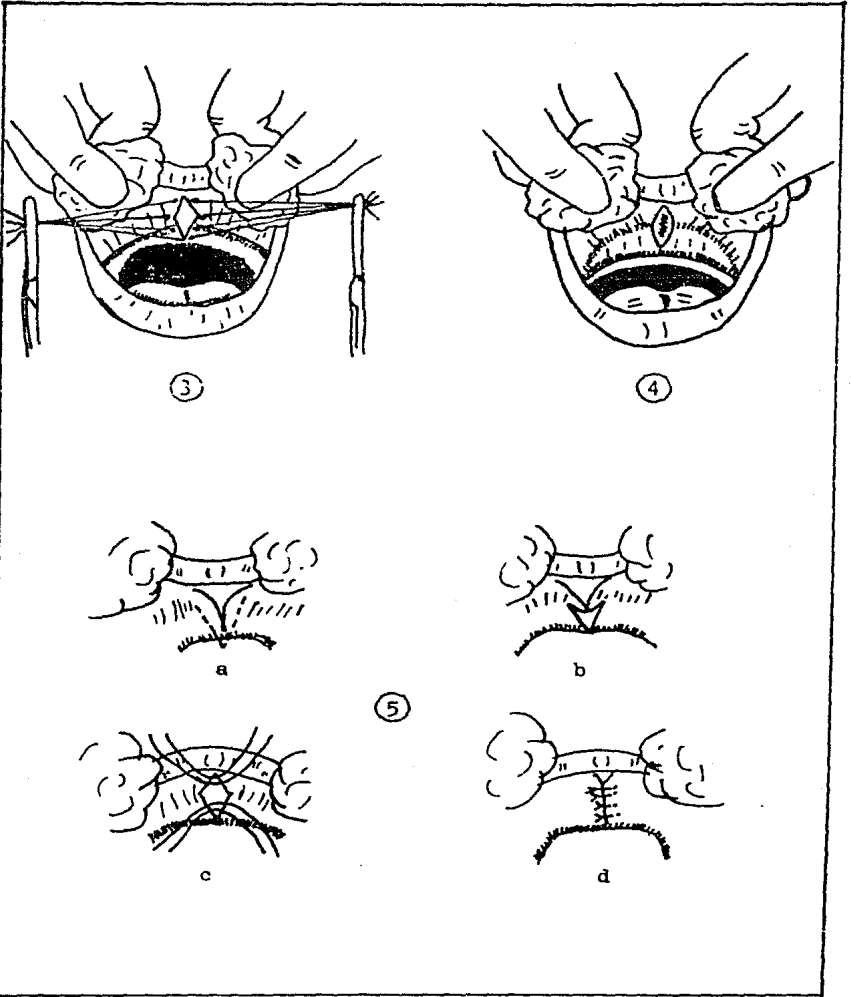
Soltar de un tijeretazo la inserción labial de esos elementos fibrosos. Proseguir la disección hacia las uniones óseas hasta el borde gingival interincisivo y también sobre la cara palatina del reborde alveolar si es necesario. Seccionar con la punta del bisturí (fig. 2). Desprender lateralmente las vertientes de la herida, en particular al nivel - de la fibro-mucosa gingival. El acercamiento debe hacerse - sin tracción excesiva. Suturar en el sentido vertical (fig. 3).

Si el frenillo está hipertrofiado, reseca el exceso - de mucosa al mismo tiempo que el tejido fibroso. Para hacerlo, asir entre los mordientes de una pinza de disección el frenillo, tendiendo como en el caso presedente. Incidir buscando el contorno óseo y siguiendo los contornos de su implantación labio-gingival (fig. 4). Se obtiene ligeramente

el reborde óseo para desprender los últimos elementos fibrosos que se adhieran. Decolar los bordes de la herida, sobre todo a nivel de la fibro-mucosa gingival. Suturar en sentido vertical.

En lugar de seccionar el frenillo a media altura o de circunscribir sus uniones gíngivo-labiales, la incisión de separación puede no interesar más que su implantación gingival (Dal Pont). Desprender ésta mediante un trazo en V (fig. 5,a). Legrar de abajo arriba en dirección del fondo vestibular. Se arrastra así hacia arriba el frenillo en conjunto (fig. 5,b). Curetear el reborde óseo para desprender las últimas adherencias. Extirpar el exceso de mucosa. Decolar con amplitud las vertientes gingivales para suturar en el sentido vertical (fig. 5,c y 5,d).





B) Frenilectomía Lingual. (Archer).

La anquiloglosia es causada por un frenillo anormalmente corto y/o un músculo geniogloso que restringe de manera notable la amplitud del movimiento lingual. Esto da por resultado dificultades en el habla. En pacientes desdentados no solamente se presentan dificultades en el habla, sino — que también el frenillo corto o músculo geniogloso, con su inserción vecina a la cresta del reborde maxilar inferior, impide el asentamiento y retención de la prótesis durante — el lenguaje o la masticación.

La anestesia puede ser local o general. Si es local, — debe hacerse un bloqueo bilateral del nervio lingual. La infiltración local de la solución anestésica no es conveniente, pues distorsiona los tejidos impidiendo una línea de incisión precisa. Después de lograda la anestesia, se mantiene abierta la boca y se sujeta la lengua con una ligadura — cuya punta se pasa a través del punto medio de la lengua, a un cm. de la punta, para sostener la punta hacia arriba durante la operación. El frenillo lingual corto y/o el músculo geniogloso se ponen tensos por la tracción de la sutura lingual; con tijeras rectas se corta a mitad de camino entre la punta de la lengua y su origen en la superficie lingual de la sínfisis mandibular (fig. 2). El corte se dirige hacia atrás, paralelo al piso de la boca, en una longitud — de 4 ó 5 cm. o hasta que la punta de la lengua pueda tocar las superficies palatinas de los dientes superiores anteriores con la boca abierta. El corte del frenillo a ese nivel evitará que se traumatice la carúncula salival y los conductos salivales submaxilares que están debajo de los bordes — cortantes de la tijera.

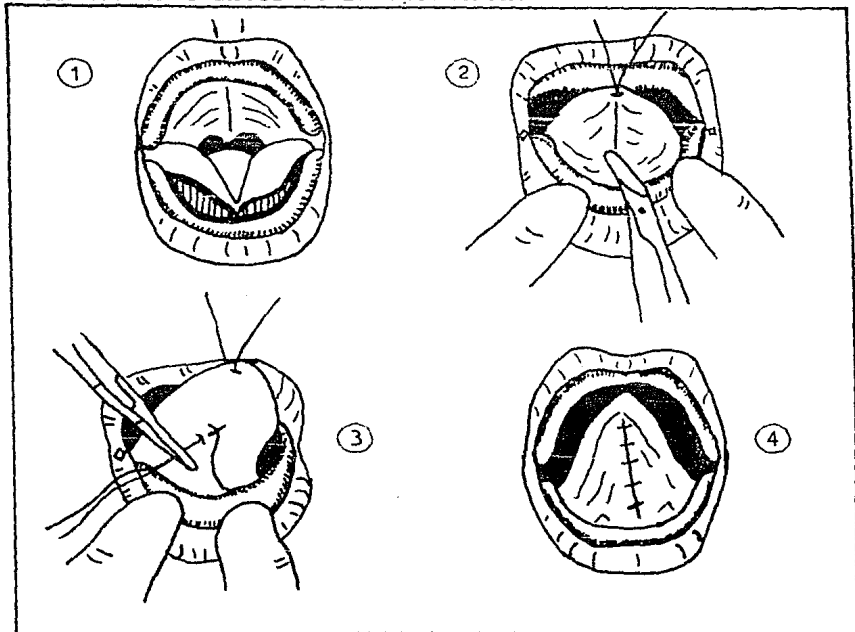
Si es necesario, se secciona el músculo geniogloso a-

demás del frenillo lingual.

Los bordes laterales de la incisión son socavados con las tijeras. Con seda negra de sutura 000 y una aguja curva se aproximan los bordes del corte de la mucosa en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua (fig. 3). Así la incisión horizontal se torna vertical. Utilícense suturas discontinuas distantes a un cm. entre sí.

En la figura 4, se muestra el frenillo lingual después de la anquilotomía. A muchos pacientes rinde beneficio una terapia del lenguaje que les corrija las faltas de dicción que desarrollaron.

En la fig. 1, se observa la anquiloglosia que presenta el paciente antes de la operación.



7.3. HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.

La papilomatosis es una afección que se observa en el paladar, generalmente en las zonas de alivio debajo de las bases de las dentaduras completas. A veces se ve en pacientes que conservan los dientes y cuya boca tienen una bóveda palatina muy elevada y con signos de escasa higiene oral.

Esta papilomatosis se asocia comúnmente con el uso de una prótesis superior mal adaptada o con el rebasado o la reconfección sobre una papilomatosis existente, lo que perpetúa este estado. En las zonas en que el hueso palatino se ha reabsorbido se forma tejido papilomatoso hiperplásico para llenar el espacio. Se ha sugerido que este tejido, generalmente muy vascularizado y de aspecto irritado, presenta una alteración premaligna.

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

Se ha de eliminar toda la zona afectada por raspado con una cucharilla afilada de Molt o alisándola con una fresa redonda grande. También se puede utilizar el asa radioquirúrgica para escindir el tejido, pero produce un desagradable olor de tejido quemado y la curación es más lenta. La profundidad de la resección es hasta la submucosa. El color amarillo grisáceo de la submucosa es una guía útil para ubicar la profundidad adecuada de la resección.

Después de extirpar el tejido y de limpiar la superficie con gasas para quitar todos los fragmentos sueltos, se aplican unas compresas sobre la superficie cruenta para ejercer presión y detener un poco la hemorragia.

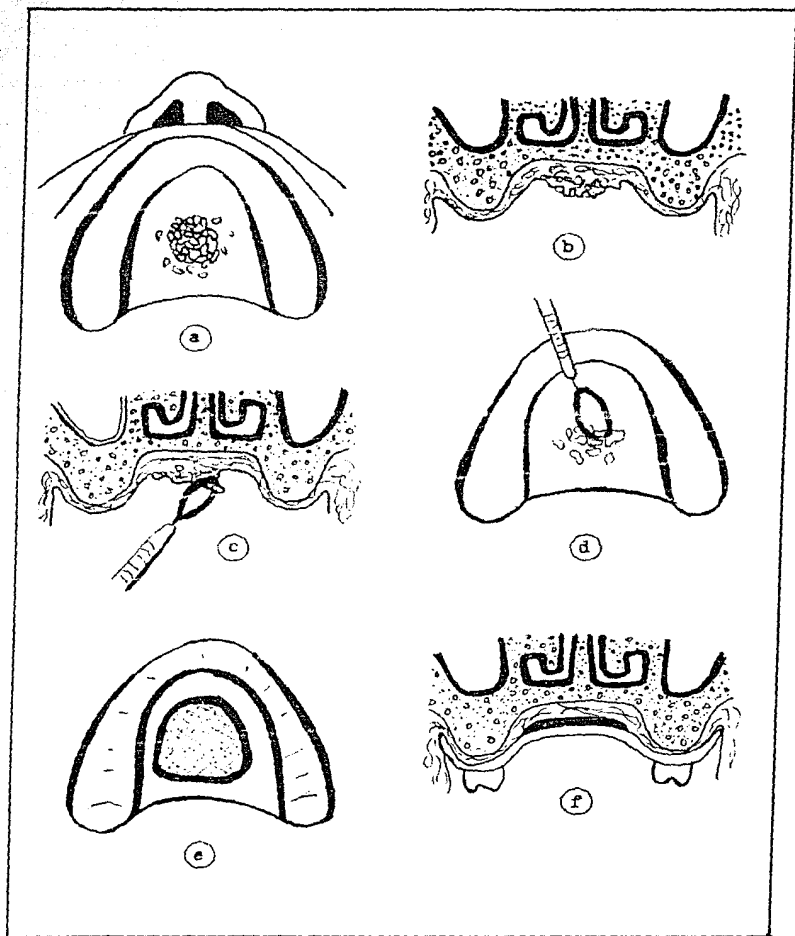
La dentadura vieja se rebasa con un acondicionador de tejido y se coloca inmediatamente después de retirar las ga

sas. Con esto se cohibe la hemorragia, se proporciona una - cubierta protectora al tejido, y se dispone de una dentadura temporal, hasta que es posible preparar una nueva después de cicatrizada la lesión.

El apósito se cambia semanalmente bajo anestesia tópica, el dolor que dura aproximadamente una semana, es controlado con analgésicos narcóticos, puede haber hemorragia durante 5 ó 7 días después del acto quirúrgico durante la higiene bucal, la cicatrización se llevará a cabo entre 3 y 5 semanas.

Se han de enviar muestras del tejido extirpado al patólogo para que las examine, prescindiendo de la técnica utilizada. Si el informe es de lesión maligna, se ha de remitir el paciente a un cirujano oral o a un oncólogo.

- a.- Papilomatosis en la zona de descarga de la dentadura.
- b.- Sección transversal de la zona que muestra múltiples bases de pedículos.
- c y d.- Extirpación de la superficie papilomatosa por medio del asa radioquirúrgica. Una cucharilla afilada o una - fresa grande producirían el mismo resultado.
- e.- Se ha completado la zona cruenta de la superficie palatina.
- f.- Dentadura colocada después de la intervención para proteger la superficie cruenta durante la curación.

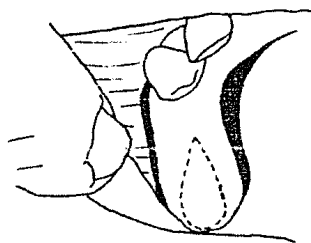


7.4. TUBEROSIDAD FIBROSA.

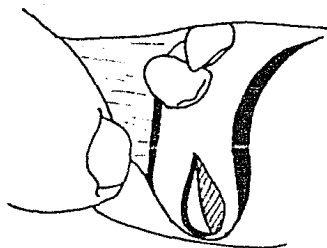
La tuberosidad fibrosa y los bordes alveolares flojos, son los estados que con mayor frecuencia requieren una intervención quirúrgica preprotésica. La tuberosidad se corrige fácilmente extirpando sucesivamente cuñas de tejido.

Se hace una incisión elíptica a lo largo de la cresta del borde y se extirpa una cuña de tejido en forma de V, — con el vértice de la cuña en la superficie de la cresta alveolar. Luego se excavan las mucosas palatinas y vestibular para extirpar cuñas de tejido con el ápice hacia la incisión de la cresta alveolar y la base en el hueso. Las cuñas vestibulares y palatinas se liberan del hueso con un elevador de periostio, extirpándose éste junto con el tejido fibroso. Si los colgajos se superponen, se corta el exceso de tejido para que los bordes queden adosados por las suturas y se logre una curación por primera intención.

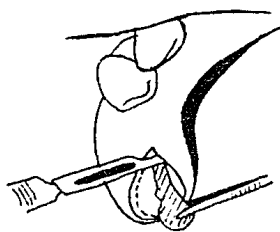
- a.- La línea de puntos muestra la forma de la incisión.
- b.- Se ha extirpado la primera cuña de tejido.
- c.- La línea de puntos demuestra donde se hará la incisión para socabar la mucosa vestibular. A la derecha se muestra la cuña de tejido palatino que se está escindiendo.
- d.- Los colgajos de tejido conservado se han repuesto en su sitio sobre la cresta alveolar y se han suturado.



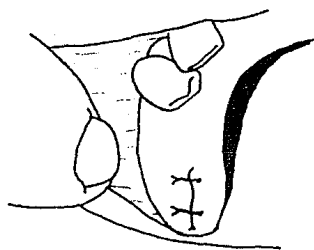
a



b



c



d

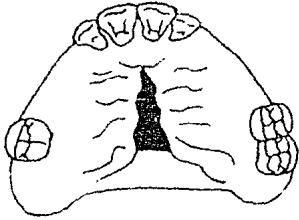
7.5. FIBROMATOSIS DEL PALADAR.

La fibromatosis palatina bilateral se muestra en la fi
fura 1, estas masas de tejido fibroso proyectadas en el pa-
ladar impiden la construcción de una prótesis superior.

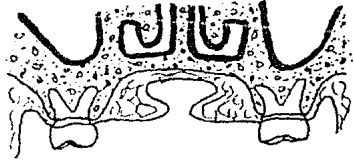
En las figs. 1 y 2, se revela la extensión de dicho te-
jido fibromatoso. El método más fácil y más exacto para re-
ducir este tejido denso voluminoso se ilustra en la fig. 3.
Estas fibromatosis voluminosas son aplanadas por medio de -
una ansa, hasta alcanzar el contorno deseado en el paladar,
como se muestra en la fig. 4. Estas superficies dolorosas -
al descubierto se protegen colocando en el paladar un apósi
to de gasa yodoformada enrollada, después de lo cual se cu
bre la superficie palatina con una mezcla chirle de óxido -
de cinc y eugenol durante las primeras 72 horas. El apósito
se sostiene en su lugar con suturas que pasan sobre él y a
través de los tejidos mucoperiosticos con el reborde alveo-
lar derecho e izquierdo.

Si es posible, habrá que hacer una impresión en el tiem
po operatorio, y una gotera de acrílico provisional para cu
brir y proteger el paladar durante el período de epiteliza-
ción, una vez que la gasa sea retirada. Como se puede obser
var en los esquemas, los dientes remanentes serán extraídos
en la misma intervención, por su avanzada periodontopatía.

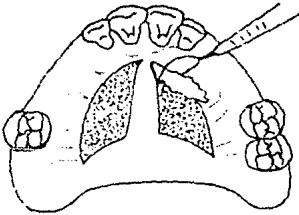
①



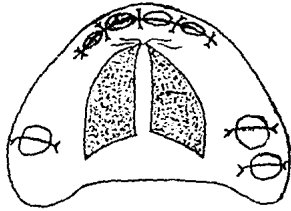
②



③



④



7.6. BORDES ESCASOS (VESTIBULOPLASTIA).

Ninguno de los problemas hasta ahora discutidos tiene una envergadura y unas dimensiones tan grandes como el que presenta la escasez de bordes óseos, que constituye el obstáculo más serio para la construcción de las prótesis dentarias. Apesar de todos los avances conseguidos tanto en el tipo de intervenciones, como el de materiales de construcción de dentaduras, unos bordes anatómicamente inadecuados -- constituyen un serio desafío tanto al cirujano como al protodonsista.

Se ha ideado un número considerable de intervenciones para solucionar éstos inconvenientes. Uno de los primeros -- fué el de Kazanjian, que consiste en la profundización de -- los surcos labiales y bucales. Otros autores han descrito -- sus técnicas en la zona lingual de la cresta. También se -- realizan intervenciones sobre tejidos blandos en las que se amplía el vestíbulo mediante plastías e injertos de piel o de mucosa y en hueso mediante injertos óseos.

Todos los procedimientos en tejidos blandos que ayudan a aumentar la extensión de los bordes no sirven para restaurar el hueso alveolar perdido, sino que solamente realizan una mera función compensadora.

El propósito de la extensión de rebordes es describir el hueso basal existente de los maxilares por medios quirúrgicos, reposicionando la mucosa que lo cubre, las inserciones musculares y los músculos, en la posición mas baja en -- la mandíbula o en la posición más alta en el maxilar superior. La ventaja resultante es que puede darse lugar a un -- flanco protésico más grande, contribuyendo así a una mayor estabilidad y retención de la prótesis.

A) Vestibuloplastía Submucosa del Maxilar Superior.
(Técnica del Dr. Szaba).

Esta técnica está indicada en pacientes con pequeños - rebordes clínicos y mucosas de recubrimiento sana, sin fibrosis submucosa excesiva, hiperplasia o cicatrices. Una prueba útil para determinar si hay suficiente mucosa como para justificar la extensión del surco, es empujar un espejo bucal hacia arriba en la profundidad del surco labial.

La vestibuloplastía submucosa debe realizarse en la sala de operaciones utilizando anestesia general.

Como primer paso se procedera a anestesiarse al paciente, después con solución de epinefrina 1:100 000 se realizará la anestesia local en los tejidos blandos submucosos para facilitar la disección y la hemostasia.

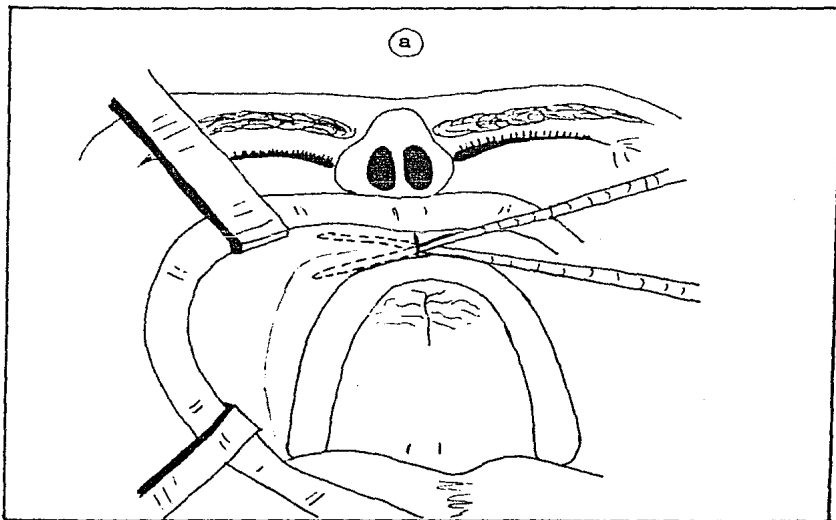
Se hace una incisión vertical en la línea media desde la espina nasal hasta la papila incisiva. A partir de esta incisión, se realiza la disección de la submucosa hacia distal a ambos lados con unas pequeñas tijeras Metzenbaum o Lincoln, separando los tejidos hacia abajo hasta la cresta del reborde y hacia arriba para restaurar una buena altura vestibular. Puede hacerse otra incisión vertical en el surco vestibular a nivel de la raíz del cigoma, que permita que la disección se complete hacia atrás hasta la región de la tuberosidad.

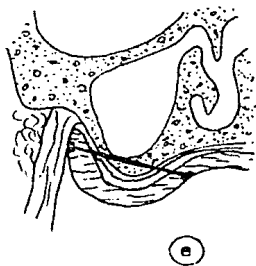
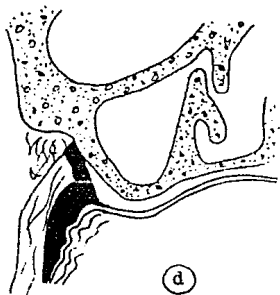
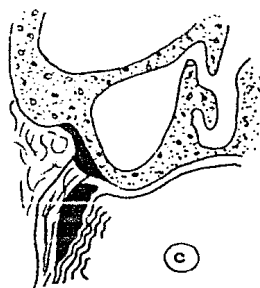
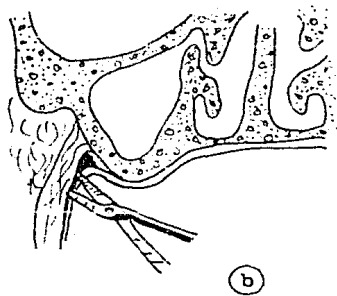
La disección siguiente libera el tejido conectivo submucoso del periostio. Esto se hace estableciendo un plano supraperiostio. Los tejidos liberados pueden ahora ser reubicados hacia arriba para que llenen un defecto en la fosa canina. La espina nasal anterior, si es prominente o interfiere con el asentamiento de la prótesis, se aborda por la misma incisión vertical y se reseca con un osteótomo. Se sutura con Dexon Nº 3-0.

Se extiende la periferia de la prótesis del paciente - con compuesto para modelar y gutapercha hasta la nueva altura vestibular.

Se drena del túnel el exceso de sangre para impedir la formación de hematoma. La férula se fija al maxilar superior con alambre o suturas de nylon paralveolares. Esto se retira a la semana, momento en que se toman las impresiones - para el rebasado inmediato de la prótesis.

- a.- Incisión vertical para socavar la mucosa y seccionar -- los músculos de sus inserciones.
- b.- Socavado de la mucosa.
- c y d.- Desinserción supraparióstica del músculo.
- e.- Conservación de la profundidad del surco con placa de a crílico. Los extremos del alambre deben introducirse en un orificio cercano.



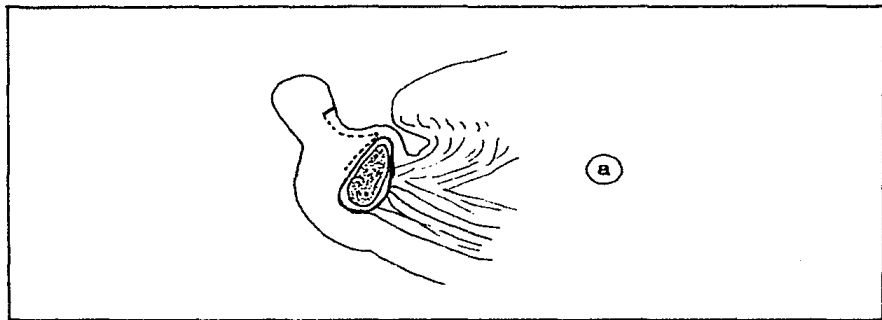


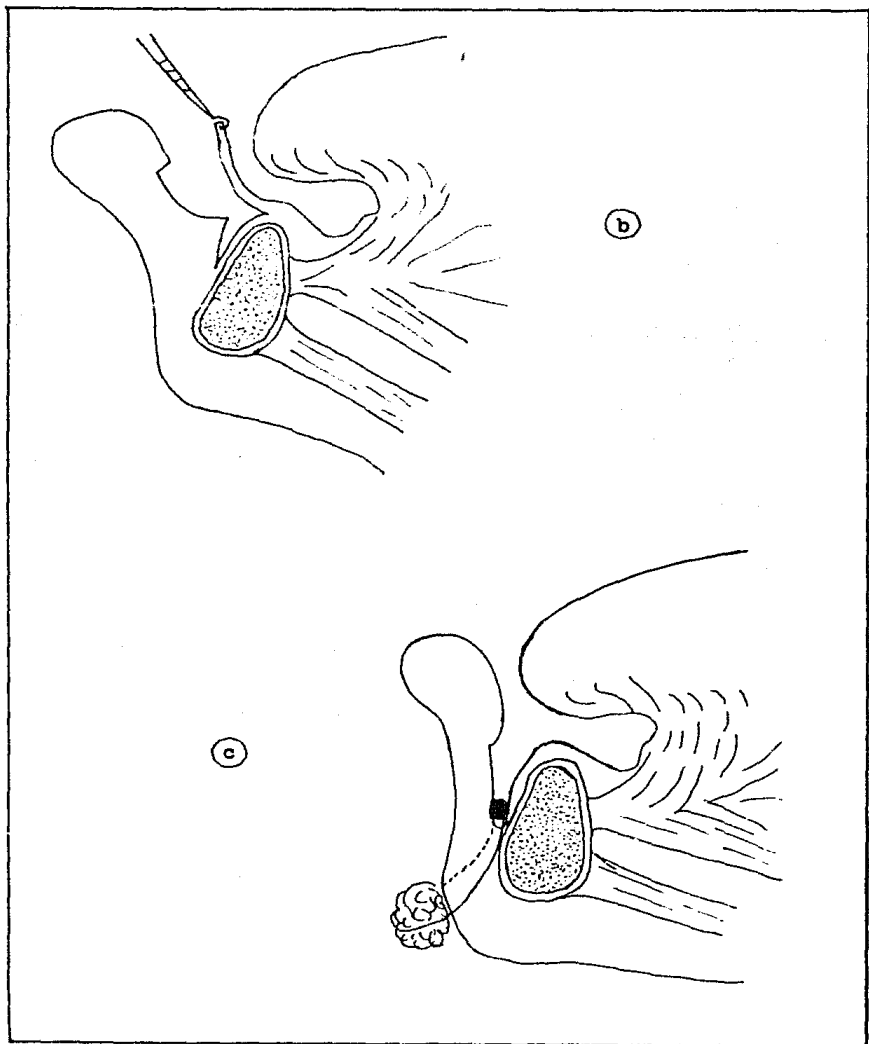
B) Vestibuloplastia Mandibular.
(Técnica de Kazanjian).

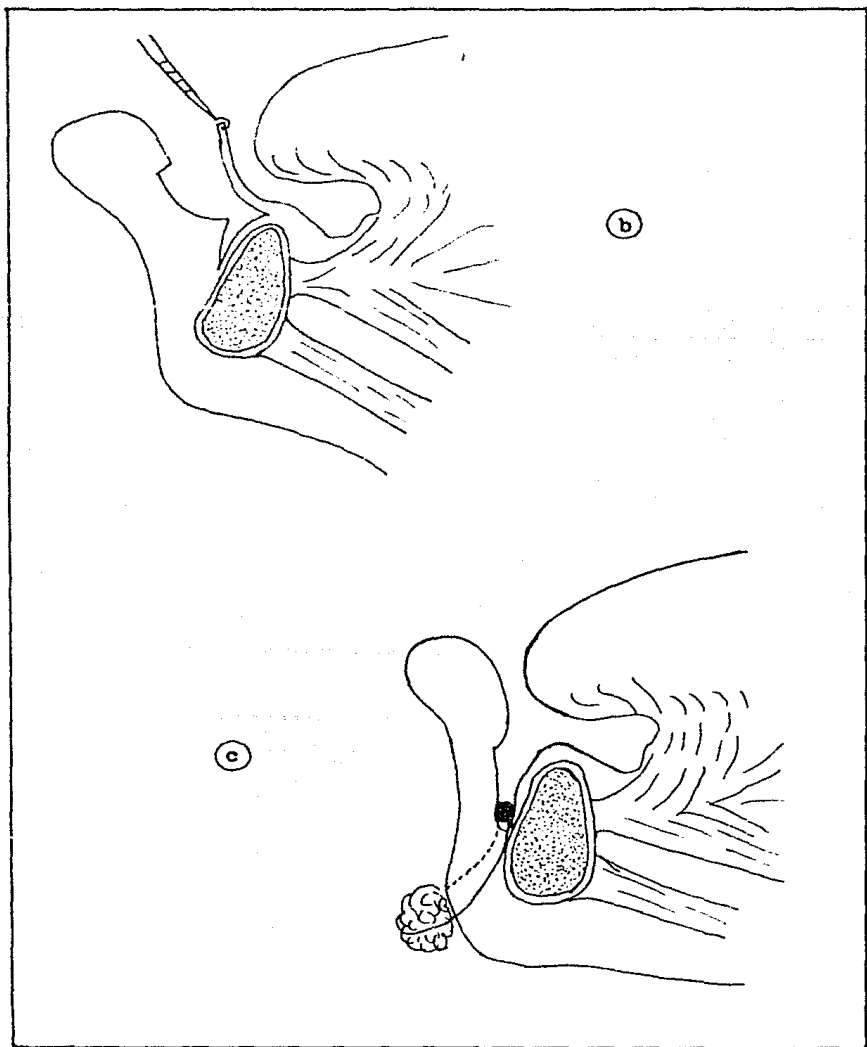
Al igual que en la técnica de Szaba, está indicada en pacientes que presentan pequeños rebordes alveolares y con un recubrimiento mucoso sano. La diferencia que existe en éste método es que se va a realizar en el maxilar inferior, y por lo tanto debe tenerse mucho cuidado en liberarse los agujeros mentonianos.

Este método va a presentar una disección submucosa con perióstico intacto, y se va a llevar por epitelización secundaria.

- a.- Se hace una incisión a través de la mucosa de la cara interna del labio.
- b.- Se disecciona la mucosa hasta la base en la cresta del reborde alveolar. Se mantiene el colgajo fuera del camino con un instrumento mientras se obtiene profundidad en el surco con disección suprapariostica.
- c.- El colgajo mucoso se sutura al perióstico. Se mantiene en su sitio en el fondo del surco, un tubo de goma o polietileno por medio de suturas circunferenciales al rededor de rollos de algodón.





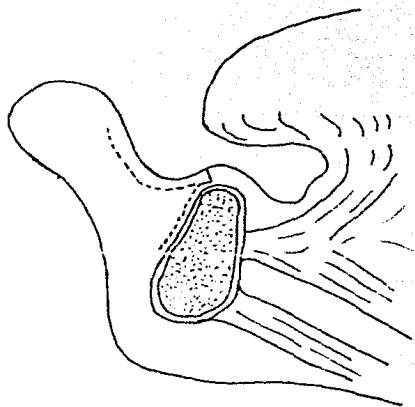


C) Técnica de Clark.

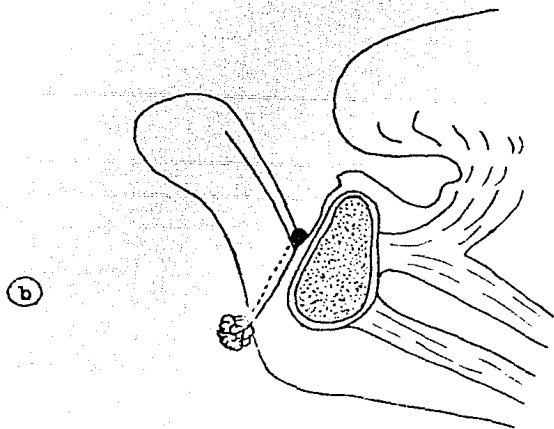
La modificación que presenta ésta técnica en comparación con la de Kazanjian, yace en la ubicación de la incisión, ya que en la técnica anterior va a ir en el labio y la mucosa vestibular, y la de Clark va a presentarse sobre la cresta del reborde alveolar.

Estos dos métodos son opcionales con los mismos resultados, sus indicaciones van a estar regidas para el aumento del reborde alveolar por medio de la profundización del vestíbulo.

- a.- Se hace una incisión ligeramente hacia vestibular de la cresta del reborde. Se obtiene profundidad en el surco por disección suprapariosteica. El labio de la mucosa es socavado desde el borde de la incisión hasta la pseudo-mucosa.
- b.- El colgajo mucoso es sostenido sobre la herida por suturas hechas sobre la superficie cutánea.



a



b

A continuación de éstos temas de la vestibuloplastía, veremos como se realizan las suturas perimandibulares, de -- las cuales se habla bastante por la importancia que presenta a la hora de fijar nuestras prótesis en el momento que -- se va a presentar la cicatrización, y también para que no -- se contraiga el tejido.

- Sutura perimandibular por Black-Ivy.-

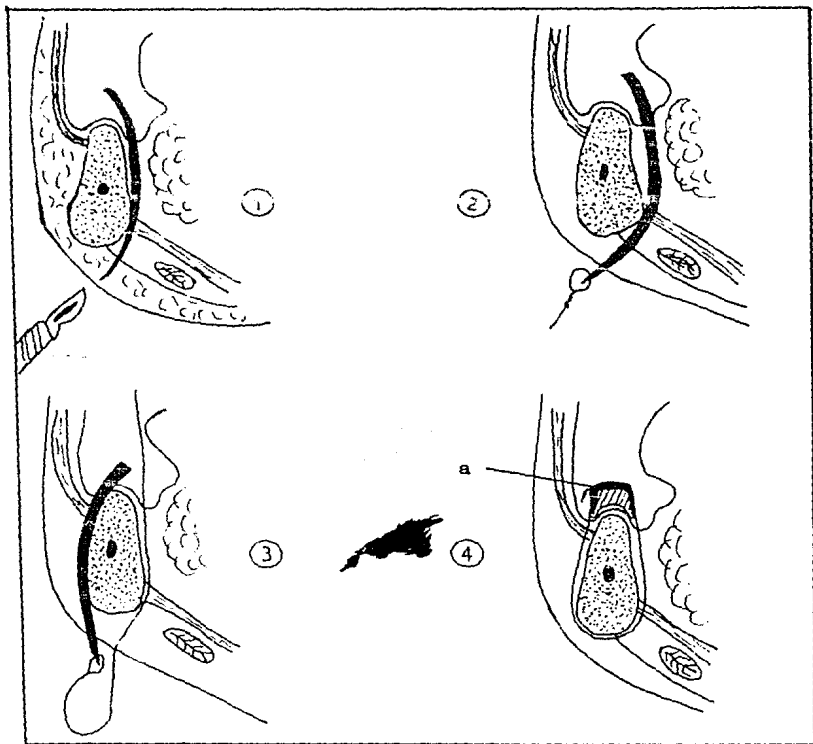
Esta sutura consiste en inmovilizar los fragmentos man dibulares previamente reducidos, o fijar prótesis en pacien tes edentulos que se les ha realizado una profundización en el vestíbulo para que no se retraiga el colgajo durante su cicatrización. La anaratomología intrabucal está representada por la prótesis en uso del sujeto, o por una pieza de resina que se construye luego de una toma de impresión.

Técnica: Introducir por la cavidad bucal una aguja, - tipo Reverdin curva, a cierta distancia del foco de fractura, desliziéndola verticalmente, en contacto con el hueso, - de arriba hacia abajo, sobre la cara interna de la rama horizontal. Cuando la extremidad de la aguja hace saliencia - bajo la piel, hacer una muesca cutánea con la punta del big turí (fig. 1). Pasar un hilo de acero por el ojo de la agu ja (fig. 2). Retirar lentamente cuidando el contacto óseo. Soltar el hilo metálico. Introducir de nuevo la aguja, esta vez del lado vestibular, en el punto de reflexión de la mucosa. Seguir la cara externa del hueso y volver a salir por la misma incisión cutánea. Enhebrar la otra extremidad del hilo de acero y retirar lentamente (fig. 3). Imprimir a los dos cabos, en adelante intrabucales, movimientos de vaivén para asegurar al hilo un contacto óseo íntimo. Colocar así tantas ansas metálicas como se juzgue necesario.

Señalar el paso de los hilos sobre la prótesis y practicar sobre ésta unas muescas para acuñar las ansas metálicas (fig. 4, a). Mantener los tejidos en buena posición y a-

pretar cada ligadura. La contención deberá ser mantenida -- hasta que haya terminado la cicatrización. El desmontaje es fácil, después de una desinfección cuidadosa, seccionar uno de los cabos al ras de la mucosa y tirar del otro.

Las suturas perimandibulares en el maxilar superior -- llevan el mismo procedimiento, solo que aquí, hay que tener cuidado de no perforar seno maxilar, hay que pasar las suturas solo por lo que es el reborde alveolar.



7.7. INTERVENCIÓN SOBRE EL PISO DE LA BOCA.

(Procedimiento de Trauner.)

Esta intervención consiste en seccionar los músculos milohioideos cerca de sus inserciones maxilares y abatirlos hacia el borde basilar. Incidir la mucosa por dentro y a lo largo de la cresta alveolar en el límite de la zona fibromucosa. Iniciar por detrás en la región de la segunda molar, y terminar por delante a un cm. de la línea media (fig. 1).

Si es muy posterior, la incisión arriesga lesionar el nervio lingual; si es muy adentro, hay peligro de afectar el conducto de Wharton.

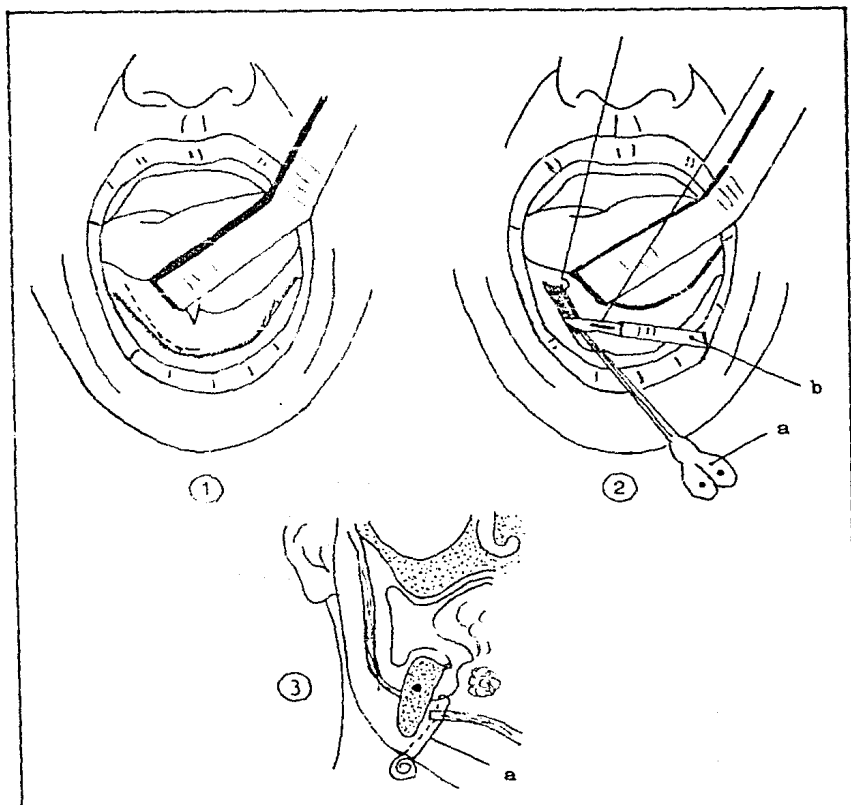
Reclinar por dentro la mucosa del piso mediante dos ganchos. El milohioideo está inmediatamente subyacente. En el límite anterior de la incisión, introducir una espátula fina o una sonda acanalada y cargar el músculo sobre el instrumento deslizado de adelante hacia atrás al ras de las inserciones mandibulares (fig. 2,a).

Incidir contra el hueso (fig. 2,b). Rebajar si fuere necesario con la lima para hueso la línea milohioidea, si es bastante saliente. Pasar dos hilos en U, distantes unos dos cm., a través de la mucosa y el músculo que ha quedado libre. Conducir a continuación los cabos, mediante una aguja de Reverdin recta, a través de la piel, en la región submaxilar, por delante de la arteria facial, al ras del rebordo basilar. Anudar sobre un rodillo o un botón reglando el cierre a la mandíbula (fig. 3,a).

Se puede deslizar en el ansa de los puntos en U, en contacto con la mucosa, una cinta de esponja de material plástico. Igualmente, para evitar la apertura cutánea, se pueden conducir los cabos al rededor de la mandíbula y hacerlos salir en el vestibulo para fijarlos sobre un dren de caucho o una baqueta de esponja (Kemery y Varga).

Realizar los días siguientes una prótesis de espera re cubierta de resina blanda para aliviar las suturas. Quitar los hilos hacia el octavo día.

La epitelización de la cara denudada del maxilar se ha ce espontáneamente. Estas intervenciones interesan los vestibulos y el piso de la boca pudiendo combinarse eventual- mente.



Capítulo *8*

TECNICAS QUIRURGICAS SOBRE TEJIDOS
DUROS

8. TECNICAS QUIRURGICAS SOBRE TEJIDOS DUROS.

8.1. ALVEOLOPLASTIA.

El reborde alveolar debe prepararse con miras al soporte de las dentaduras en el mismo momento en que se extraen los dientes. Mediante la alveoloplastia se eliminan los pliegues e irregularidades del hueso, cosa que debe hacerse simultáneamente con las extracciones múltiples y no como operación secundaria. De esta manera no solo se consigue una base óptima de recepción dentaria, sino también una mayor rapidez en la curación de las heridas y una reducción de las complicaciones. Este tratamiento persigue remodelar el borde óseo mediante una operación plástica conservando la mayor cantidad posible de hueso.

Con esta técnica sólo se resacan las protuberancias que impiden la inserción de la prótesis o retardan la cicatrización.

En las extracciones de dientes aislados con pérdida temprana de los dientes adyacentes, el collar de hueso que rodea al diente debe ser reducido en el momento de la extracción. Los bordes vestibulares, linguales y palatinos agudos deben reducirse para obtener un reborde en forma de U.

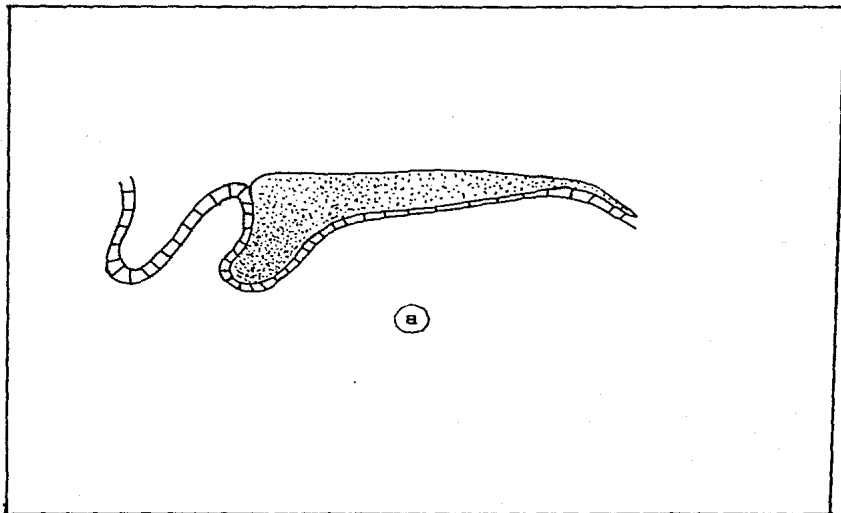
La alveoloplastia radical tiene un papel mínimo en las preparaciones especiales de la boca para estados específicos. La corrección de la sobremordida y el resalte marcado puede obtenerse mejor con una extensa remoción vestibular del hueso externo e intersental o por alveolectomía intersental.

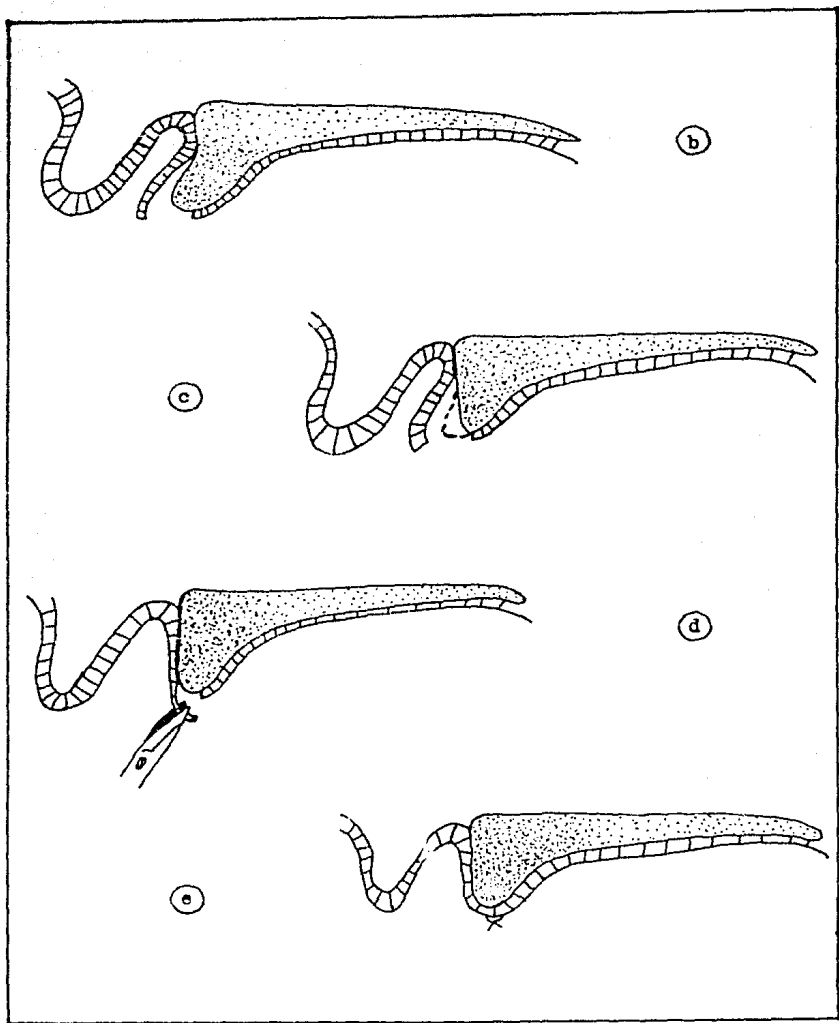
Estas técnicas deben ser acompañadas de una copiosa irrigación de solución salina si se hace con fresa quirúrgica, y una palpación e inspección final para asegurar la remoción de los restos y evaluar la lisura de la base ósea.

Por último se suturará con seda o Dexon N° 3-0.

A).- Técnica de la Alveoloplastia Simple Anterior.

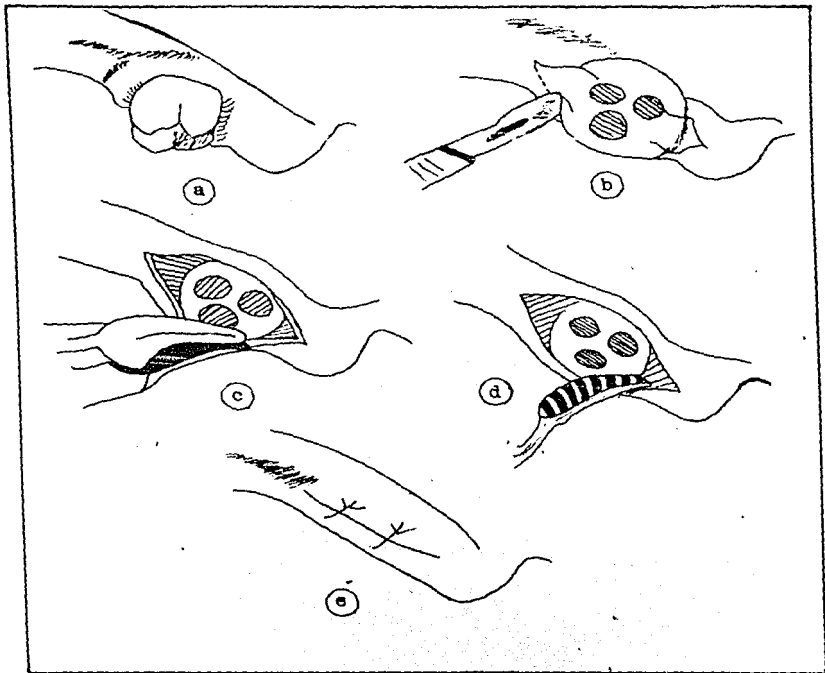
- a.- Alveoloplastia simple anterior. Sección transversal que muestra una retención moderada en la cresta alveolar -- vestibular.
- b.- La separación del colgajo debe limitarse a la altura de la retención solamente.
- c.- Resección ósea conservadora.
- d.- Se recorta el exceso de tejido blando de los colgajos -- vestibulares.
- e.- Colgajo suturado.





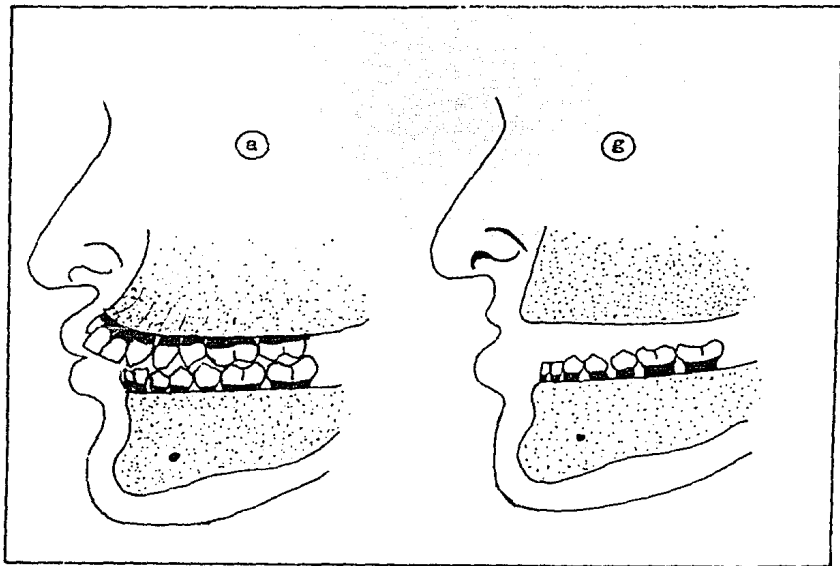
B).- Técnica de la Alveoplastia de un Diente Aislado.

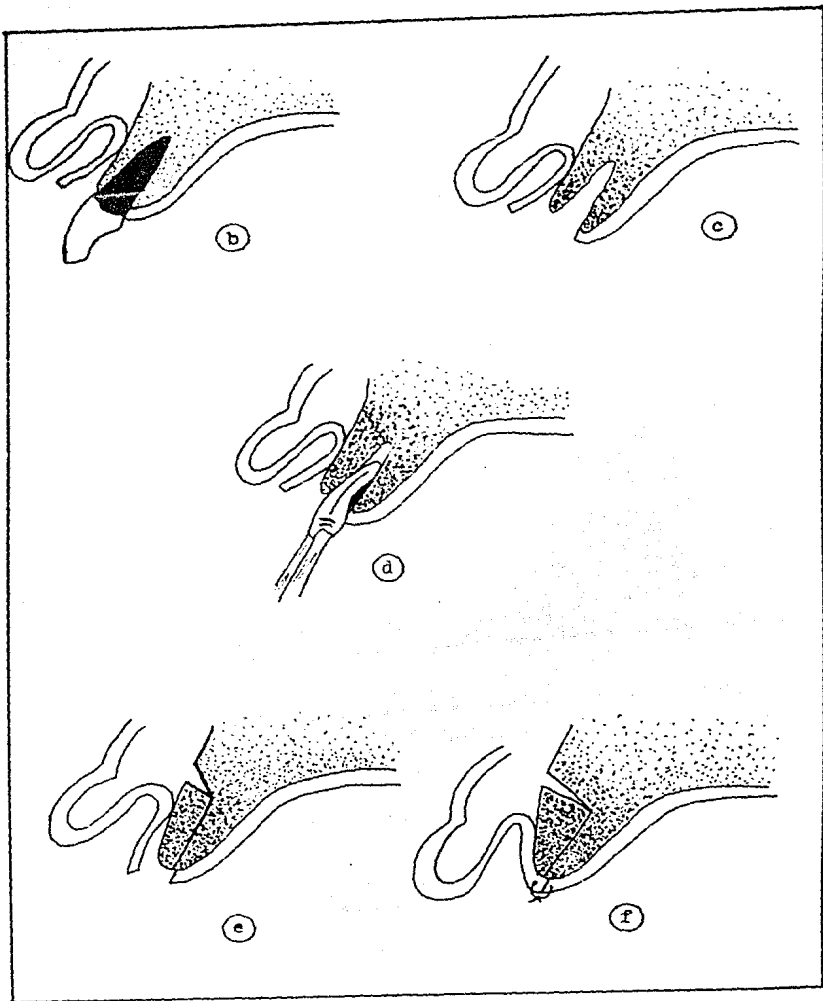
- a.- El diente aislado, con un alto hueso alveolar.
- b.- Después de la extracción del diente, se resecan porciones cuniformes de encía, desde los bordes mesial y distal del alveolo. El mucoperiostio es desplazado hacia vestibular y lingual.
- c.- Reducción ósea con gubia.
- d.- Alisado con lima para hueso.
- e.- Sutura final.



C).- Alveoplastia Interseptal Radical.

- a.- Sección transversal que muestra un marcado resalte del maxilar superior.
- b.- Levantamiento de un colgajo más ancho que para la alveoplastia de un diente aislado.
- c.- Extracción dentaria.
- d.- Uso de la gubia en el hueso interseptal.
- e.- Fractura desde abajo del hueso alveolar vestibular.
- f.- El colgajo suturado.
- g.- Corte transversal que muestra la relación intermaxilar mejorada.





3.2. TUBEROPLASTIA.

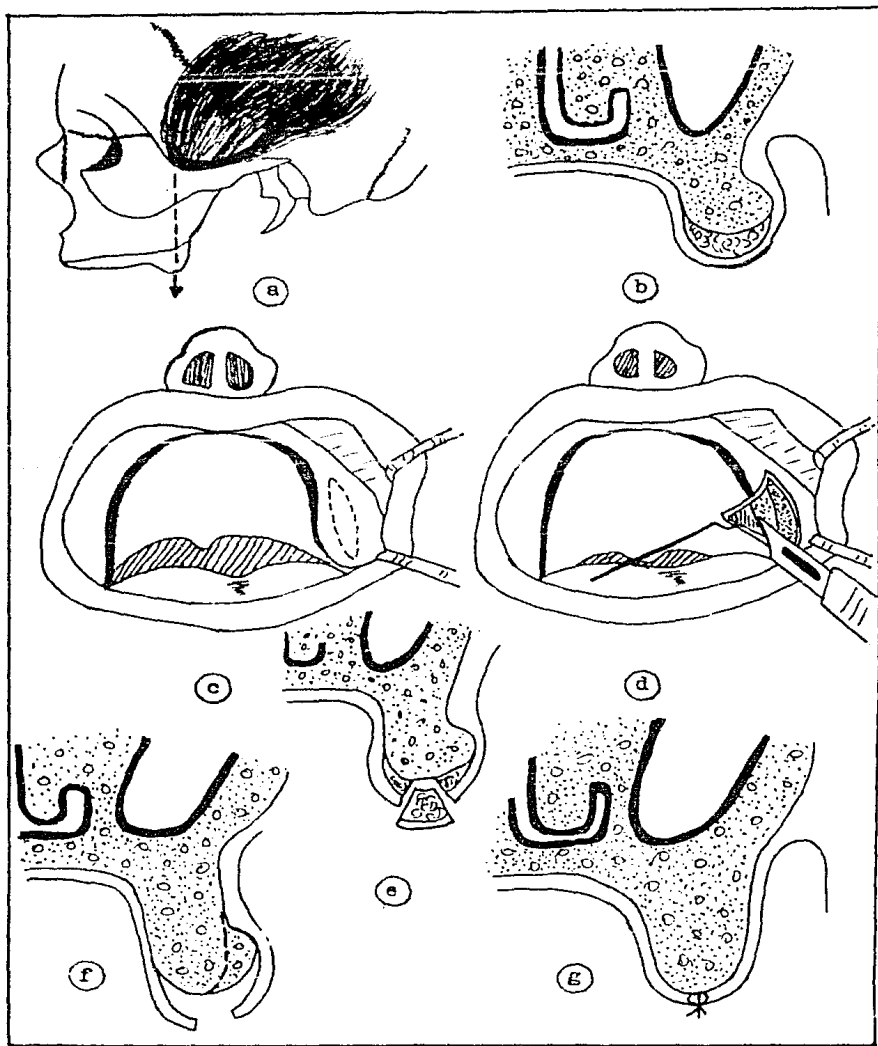
Otro obstáculo frecuente en la construcción de las dentaduras es la presencia de tuberosidades prominentes y profundas. Una tuberosidad unilateral puede servir para ayudar a la retención de una dentadura, pero si son bilaterales -- causan una verdadera complicación, pues impiden que se pueda insertar la prótesis. En estos casos, al menos una debe ser eliminada.

Las tuberosidades agrandadas del maxilar superior pueden acompañar la hiperplasia fibrosa o ser el resultado de verdaderos agrandamientos óseos que interfieren con el asentamiento de la prótesis debido a retenciones excesivas o intrusiones en el espacio intermaxilar.

Al incidir debe tenerse mucho cuidado de no tocar la arteria palatina. Las zonas de exceso de retención del hueso se eliminan con gubias o fresas quirúrgicas, irrigadas, y se alisan con limas para hueso.

A).- Técnica del Dr. Kruger,

- a. y b.- Vistas lateral y transversal de tuberosidades agran da das.
- c.- Incisiones elípticas desde la tuberosidad hasta la zona de los premolares.
- d.- Corte transversal en el que se reseca la zona que está entre las incisiones elípticas.
- e.- resección del tejido fibroso socavando los colgajos ves tibular y palatino.
- f.- Resección de la retención ósea.
- g.- Cierre de la herida.

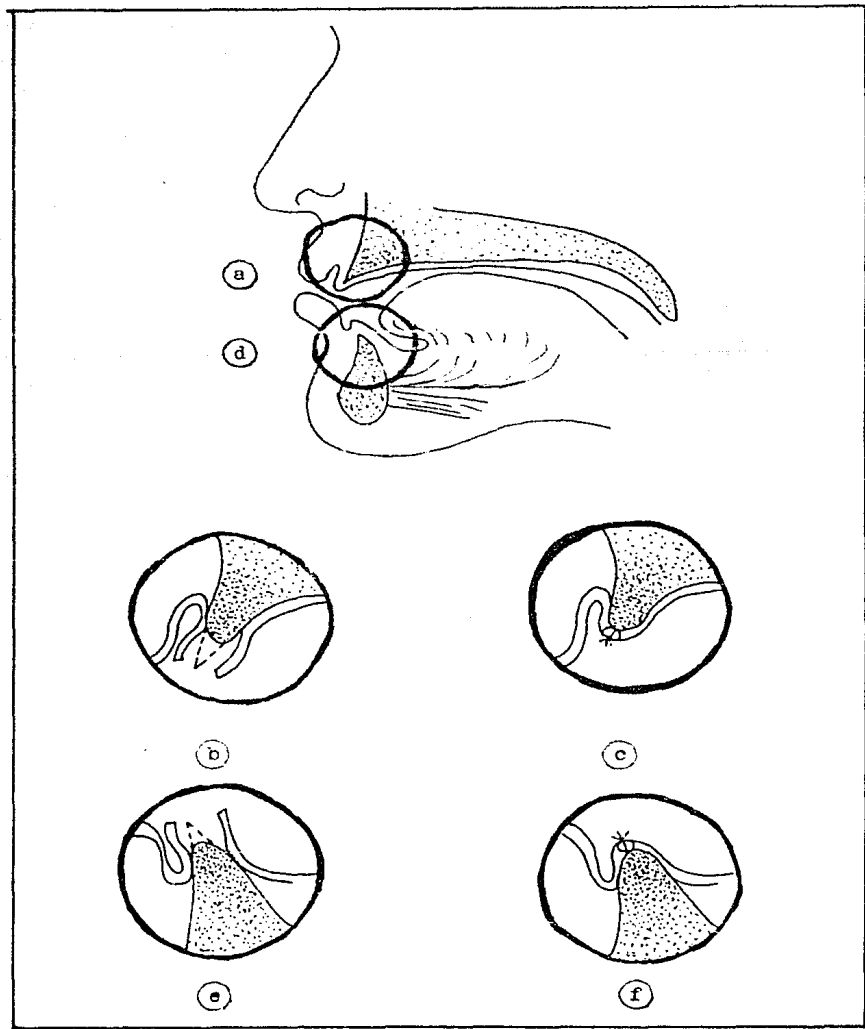


8.3. REGULARIZACION DE PROCESO.

Los rebordes desdentados agudos, aserrados, son una -- causa común de molestias en la prótesis. El reborde general mente está desdibujado por tejido movable redundante que re cubre la cresta. Una palpación fuerte con el dedo o una pl ca radiográfica infraexpuesta, o ambas cosas, van a revelar las excrecencias agudas.

El recorte óseo se lleva a cabo con gubias, limas o -- fresas quirúrgicas, y comprende sólo las espículas agudas y el hueso en filo de cuchillo. Es necesario resecar solo 1 o 2mm. dado que la reabsorción durante la cicatrización es -- responsable de una pérdida ulterior. Se logra un soporte a dicional para tejido blando rebasando la prótesis del pac iente con cemento quirúrgico o acrílico blando.

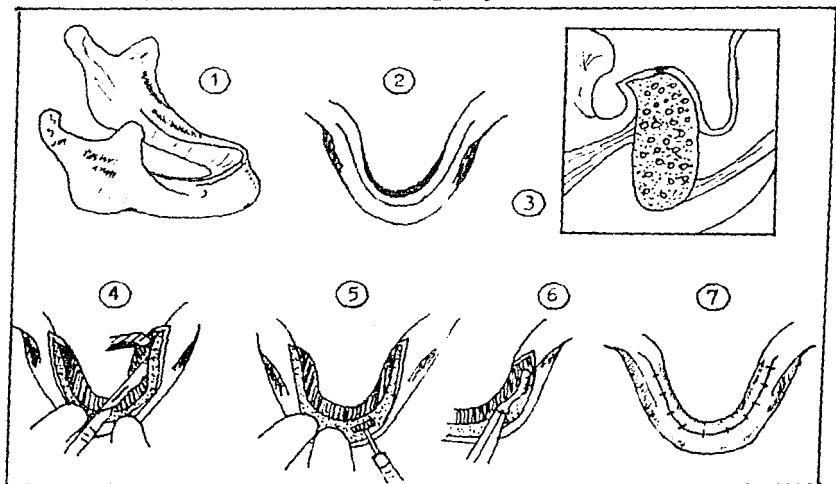
- a. y d.-- Rebordes desdentados agudos.
- b. y e.-- Extensión del tallado óseo, y cantidad de periostio que se reabate.
- c. y f.-- Utilización de colgajos palatinos o linguales para cubrir los rebordes óseos.



8.4. BALCON LINGUAL.

También se le conoce como línea oblicua interna retentiva aguda. Estos rebordes bilaterales pueden ser hallados en el momento de la extracción, o cuando hay reabsorción avanzada del proceso alveolar.

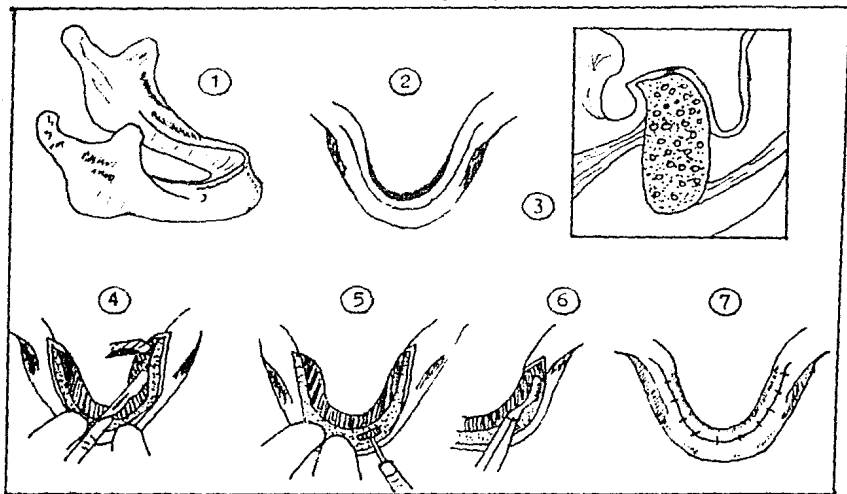
En ambos casos será eliminado como se ilustra a continuación: Fig. 1, se muestra el balcón lingual agudo. Fig. 2, ilustra la línea de incisión para exponer de manera adecuada el sitio operatorio. Fig. 3, la línea vertical muestra la posición vestibulolingual de la incisión. Fig. 4, se levanta el colgajo mucoperióstico exponiendo la inserción del músculo milohiideo, el cual es seccionado verticalmente. — Fig. 5, la excrecencia ósea aguda es eliminada con gubias o lima rotatoria. Fig. 6, se alisa con lima para hueso. Fig. 7, el colgajo se vuelve a su lugar y se sutura.



B.4. BALCON LINGUAL.

También se la conoce como línea oblicua interna retentiva aguda. Estos rebordes bilaterales pueden ser hallados en el momento de la extracción, o cuando hay reabsorción avanzada del proceso alveolar.

En ambos casos será eliminado como se ilustra a continuación: Fig. 1, se muestra el balcón lingual agudo. Fig. 2, ilustra la línea de incisión para exponer de manera adecuada el sitio operatorio. Fig. 3, la línea vertical muestra la posición vestibulolingual de la incisión. Fig. 4, se levanta el colgajo mucoperiostico exponiendo la inserción del músculo milohiideo, el cual es seccionado verticalmente. — Fig. 5, la excrecencia ósea aguda es eliminada con gubias o lima rotatoria. Fig. 6, se alisa con lima para hueso. Fig. 7, el colgajo se vuelve a su lugar y se sutura.



8.5. TORUS ó EXOSTOSIS.

Los tori no tienen importancia patológica, pero cuando se clavan las prótesis en ellos son fuente de irritación dolorosa crónica que puede invitar a la infección o al fracaso de éstas, o aún volverse un factor etiológico de una enfermedad bucal maligna. Nunca se eliminará un torus que no comprometa el funcionamiento de una prótesis.

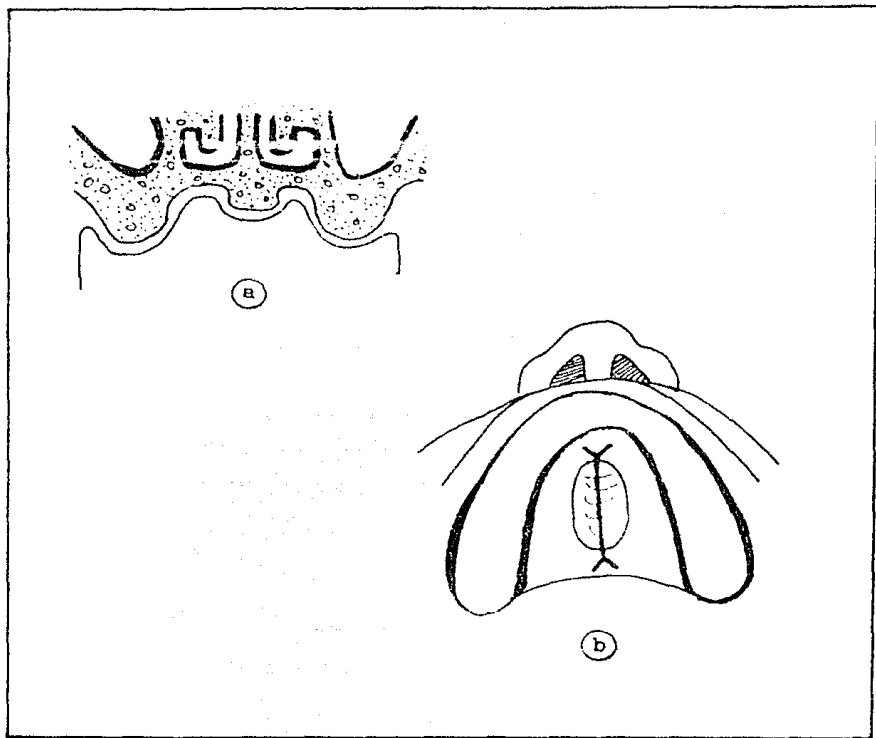
Los tori palatinos deben estudiarse por radiografía lateral. La intervención no es difícil, pero requiere un especial cuidado en la región palatina para no caer en la perforación nasal iatrogénica. Las indicaciones de la resección incluyen al torus labulado grande, con una delgada cubierta mucoperiostica que se extiende hacia atrás hacia la línea de vibración del paladar que impide el asentamiento de la prótesis y el sellado posterior a nivel de las foveolas palatinas.

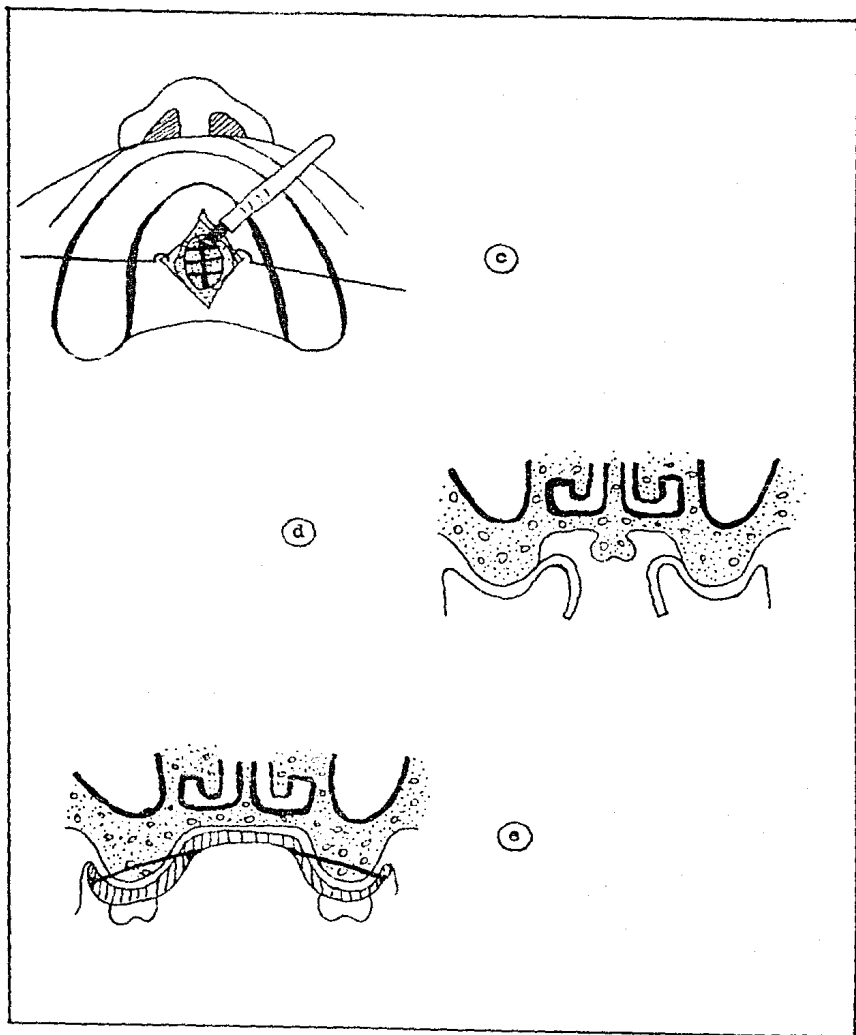
El torus palatino no debe resecarse en masa para impedir la entrada en la nariz, sino que debe ser subdividido en segmentos por una fresa, los segmentos se eliminarán con un osteótomo y las protuberancias se alisarán con una lima para hueso. El paladar debe cubrirse para impedir la formación del hematoma con una férula de acrílico transparente, ésta debe mantenerse durante 48 horas para después ser retirada e inspeccionar la herida.

Los tori mandibulares aparecen principalmente en las zonas linguales a nivel de los premolares. Por lo general son bulbares, pueden ser únicos o múltiples, y en ocasiones coalescen para formar una exostosis lingual gruesa que se extiende desde el canino hacia atrás, hasta el segundo molar.

A) Torus Palatino.

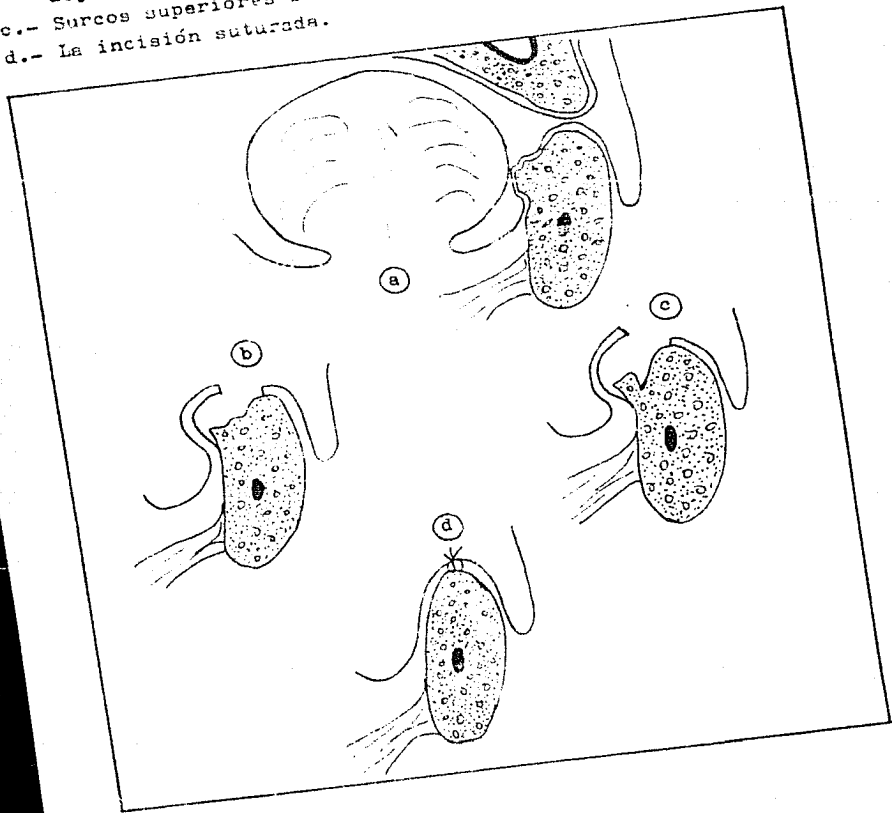
- a.- Corte transversal de la cavidad bucal con un tori palatino.
- b.- Línea de incisión.
- c.- Los segmentos divididos del torus están siendo reseca—
dos con un escoplo.
- d.- Surcos laterales de la masa en su base (opcionales).
- e.- Se termina la sutura con una placa palatina de acrílico
transparente que se fija en su sitio con alambres.





B) Torus Mandibularis.

- a.- Sección transversal de un torus mandibular.
- b.- El periostio lingual separado, que expone el torus pero deja adherido el periostio lateral.
- c.- Surcos superiores sobre el torus.
- d.- La incisión suturada.



Capítulo *9*

INJERTOS OSEOS

9. INJERTOS OSEOS.

Las técnicas de aumento del reborde pueden considerarse en casos con atrofia o traumatismo de los maxilares que hayan producido un estado tal que, aunque se haya realizado una máxima extensión de reborde por surcoplastia, éste sea aún insuficiente como para permitir una prótesis funcional. Esta área de la cirugía preprotésica ha obtenido mucho éxito en los injertos de hueso peroral con la ayuda de los antibióticos.

El hueso de la cresta ilíaca y las costillas se han usado tradicionalmente para aumentar el reborde de los maxilares.

Técnica: Primer tiempo; Tomar una impresión de la arcada. Realizar un modelo de zinc y preparar una maqueta de resina de los futuros injertos. Estas piezas, conservadas - asépticamente, se utilizarán en el curso de la intervención para confeccionar los injertos.

Segundo tiempo: Preparación de la cresta alveolar. Incisión horizontal, mediana, a un cm. hacia abajo de la cresta a fin de que la sutura ulterior no coincida con la saliente del injerto (fig. 1).

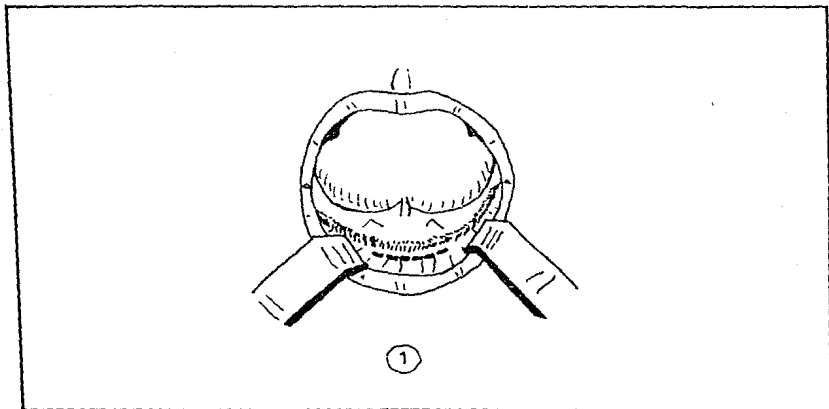
Por la herida, introducir un desperiostizador delgado, después una legra fina y crear, tanto de un lado como de otro, por decolamiento mucoperióstico, un túnel a lo largo del reborde alveolar (fig. 2). No se debe sobrepasar lateralmente so pena de liberar los tejidos blandos que bordean las dos vertientes del maxilar y favorecen más tarde el deslizamiento del injerto. Para hacerlo, dirigir la progresión del desprendedor entre el pulgar y el índice de la mano que no trabaja. Proseguir el desprendimiento de adelante hacia atrás hasta llegar al triángulo (fig. 3).

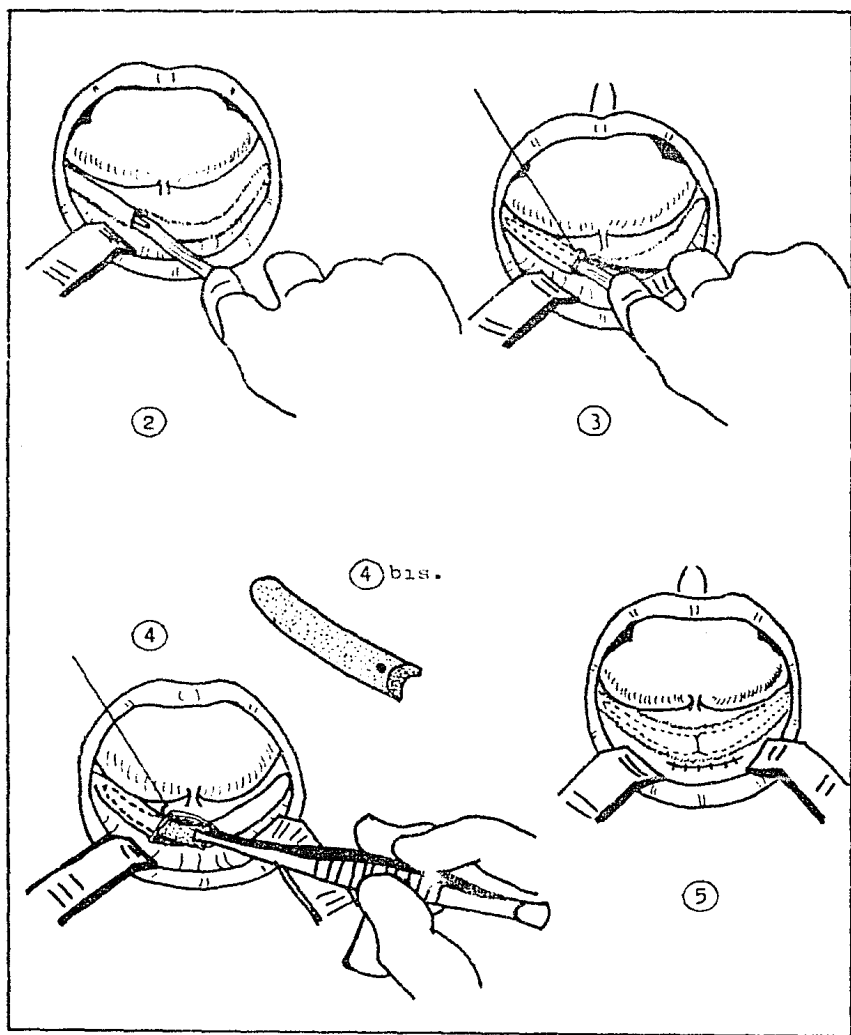
Preparación y colocación del injerto; La preparación - se verá a continuación de éste tema. El material elegido se prepara ayudándose con las maquetas de resina y con el modelo de zinc. Reproducir la forma o curva del reborde maxilar. Redondear la cara que estará en contacto con el elemento --mucoso-perióstico.

Excavar ligeramente, en gotera, la que reposará sobre el hueso. Chanflear los bordes. Adelgazar las extremidades distales para facilitar la introducción. tallar las extremidades proximales a fin de poder afrontarlas. Perforarlas, - si se desea fijarlas entre ellas (fig. 4 bis).

Introducir los injertos por fricción en cada túnel (fig. 4). Ubicarlos exactamente sobre la cresta; éste es el tiempo delicado de la intervención. Suturar con puntos separados el plano mucoso (fig. 5). La contención protéica de los injertos no es indispensable si la tunelización se ha hecho bien.

Esta intervención es igualmente realizada en el maxilar superior.





A) Toma de Hueso a Nivel del Reborde Costal.

Dirigirse de preferencia a los 8°, 9° y 10° cartílagos costales. No se debe olvidar la densidad de la pleura (peligrosa), de peritoneo (sin riesgo), de la arteria mamaria interna y de su rama torácica. Tomar del lado derecho.

Técnica: Anestesia general. Incisión cutánea de 8 a 15 cm.: vertical (Dufourmental) paralela al recto mayor por dentro del borde externo o por fuera (fig. 1,a y 1,b); obliqua de arriba abajo y de adentro hacia afuera (fig. 1,c), - paralela al reborde costal; obliquo de arriba abajo y de afuera hacia adentro (1,d), perpendicular al reborde costal. Atravesar los planos superficiales: piel y tejido celular - subcutáneo; después, el músculo oblicuo mayor, para las vías de abordaje oblicuas (fig. 1,c y 1,d); si ella pasa en la vaina del recto mayor, disociar los fascículos musculares verticalmente, sin seccionarlos.

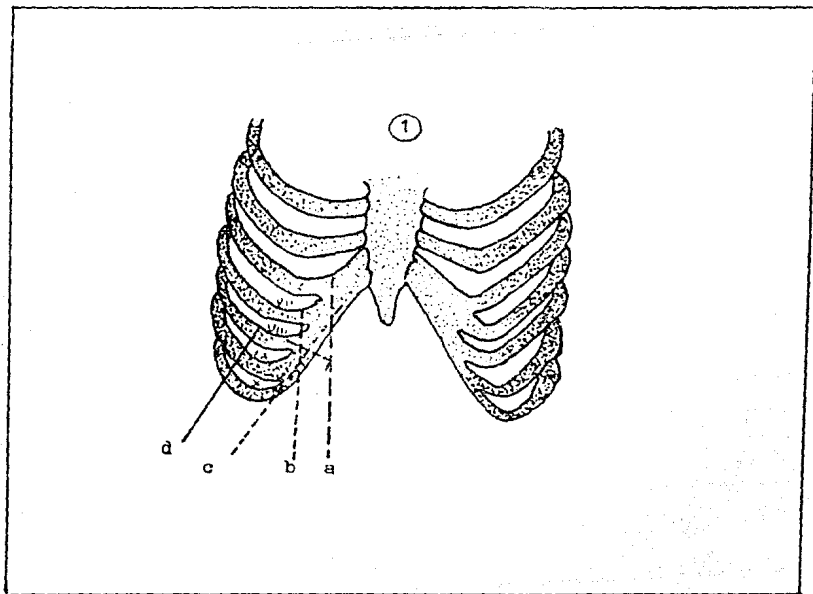
Descubrimiento del cartílago costal. Hacer una incisión longitudinal del pericondrio sobre su parte media, con bisturí de resección (fig. 2).

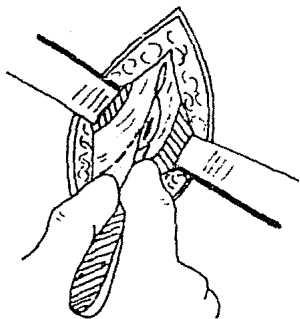
A partir de los bordes de la incisión, liberar con el desprendedor como sobre la cara anterior y los bordes del cartílago (fig. 3,a). Liberar con el desprendedor acodado - la cara profunda (fig. 4). Completar el desprendimiento con una legra de Boyen (fig. 5,a). Seccionar con bisturí de resección una de las extremidades. Tomarla entre los mordientes de una pinza (fig. 6,a). Elevando ligeramente, liberar bien por debajo y al ras del cartílago, y seccionar la otra extremidad (fig. 6,b) con mucha prudencia.

Si se quiere cuidar el pericondrio, liberar los bordes del cartílago y desinsertar las uniones intercostales. Legrar el borde superior, de adentro hacia afuera, y el borde

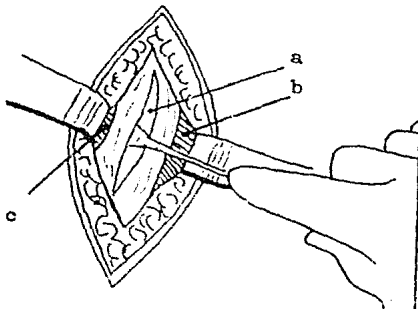
inferior, de afuera hacia adentro, de acuerdo con la orientación de las fibras musculares (fig. 3,b y 3,c).

Si no se desea más que un delgado espesor de cartílago, descubrir éste último según la técnica anterior. Desprender las astillas deseadas con un pujavante de veterinario (G. - Finestet) o con una gubia de Legouest-Virenque. Por el contrario, si se desea un injerto extendido, hacer una toma al nivel del punto de unión de los 7° y 8°, ó 9° y 8° cartílagos costales. Cerrar plano por plano dejando un drenaje con crines (fig. 7).

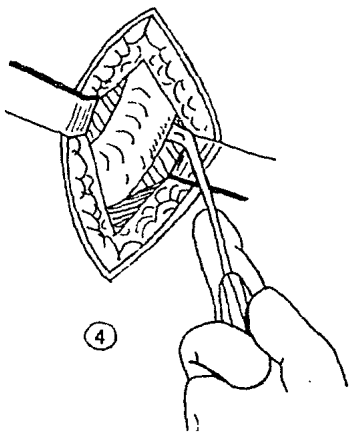




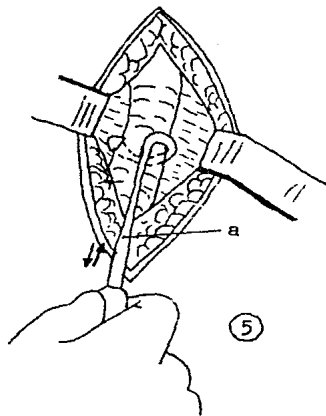
②



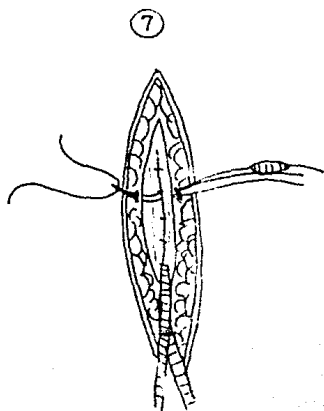
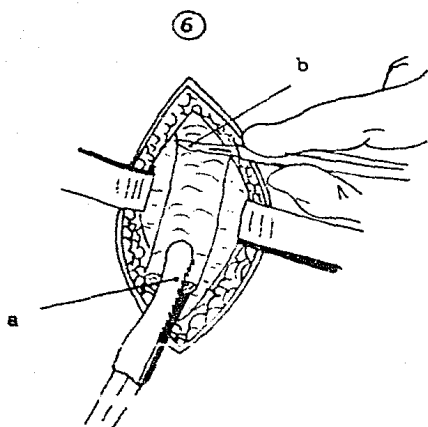
③



④



⑤



Capítulo 10

INJERTOS DE TEJIDOS BLANDOS

10. INJERTOS DE TEJIDOS BLANDOS ACOMPAÑADOS DE VESTIBULOPLASTIA.

Otras técnicas que se utilizan para el aumento del reborde alveolar, son las que se llevan a cabo por medio de injertos libres autólogos de tejidos blandos. Entre éstos vamos a encontrar a los injertos de piel y de mucosa, ya sea vestibular o palatina, y van ir acompañados de una profundización en el vestibulo.

Estas técnicas están indicadas en los casos que se presenta escaso reborde alveolar provocado por traumatismos e infecciones, también en los casos donde hay un surco obliterado por altas inserciones musculares, extensas cicatrices locales, extensa atrofia del hueso mandibular con emergencia de los nervios mentonianos en la cresta del reborde, o extensión de un surco normal de canino a canino como resultado de la pérdida dentaria prematura por enfermedad periodontal.

10.1. INJERTOS DE PIEL.

El uso de injertos de piel para extender los surcos vestibulares fue originado por Esser en 1917, modificado más tarde por Waldron, y más recientemente propuesto por Obwegeser. Esta técnica esencialmente comprende la construcción de un elemento que provea el surco deseado sobre el que se aplica el injerto de piel, de manera que la superficie cruenta del mismo, quede adyacente a la superficie cruenta del surco recién construido.

Los injertos de piel aplicados a una superficie ósea tal como el reborde alveolar, no se contraen, pero los injertos de piel aplicados sobre los tejidos blandos van a manifestar una marcada contracción a menos que se contrarreste en cierta medida con un elemento adecuado.

Los injertos autógenos de piel se han utilizado en ci-

rugía bucal durante cierto tiempo. Recientemente, el uso de estos injertos de espesor parcial en la cirugía preprotésica ha recibido un mayor énfasis con el desarrollo de técnicas quirúrgicas más eficientes. Los injertos de piel utilizados en cirugía bucal pueden ser de dos tipos: de espesor total y de espesor parcial.

Los injertos de piel de espesor total, generalmente se emplean en reconstrucciones de cirugía plástica de grandes defectos faciales, o pueden usarse para tapizar las cavidades nasal y bucal en maniobras de reconstrucción de la cara. Sin embargo, en su mayor parte la piel autóloga utilizada en cirugía bucal es del tipo de espesor parcial, variando entre 0,40 y 0,55 mm. de espesor. Cuando se utiliza en la cavidad bucal, tal injerto sobrevive y se transforma en parte integral de la superficie mucosa. Además del uso de tales injertos en la cirugía vestibuloplástica preprotésica, los trasplantes de piel de espesor parcial pueden utilizarse para cubrir un apósito primario después de la resección de varias áreas de la mandíbula o del maxilar superior en la erradicación de tumores.

Esta técnica se lleva a cabo en un hospital, ya que se requiere de anestesia general, y se va a llevar en dos actos. El primero va a ser la toma de la piel dadora, esta se toma de las zonas menos pilosas, y son de preferencia la cara externa del muslo, cara interna del brazo y cara externa del abdomen. A continuación veremos dos de éstas técnicas.

A) Toma de Piel con Cepillo-Navaja.

Limpiar la piel con alcohol, o con un producto especial no irritante. Se barniza la superficie de toma con aceite de vaselina estéril, como así también la cara inferior del rasurador que debe deslizarse sobre ella. Regular la cuchilla a $\frac{3}{10}$ ó $\frac{4}{10}$ de mm.; el ayudante tendrá la piel estirada, con una placa metálica gruesa, con muescas gradua-

das en anchura, sostenida con la mano izquierda; con la mano derecha hará sobresalir, por presión lateral, la masa muscular del miembro, si es necesario; un segundo ayudante puede actuar más eficazmente en ese papel con sus dedos pulgares (fig. 1).

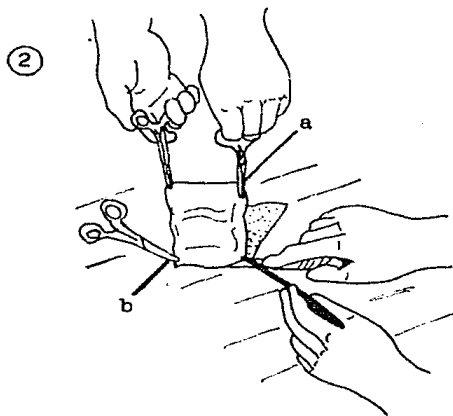
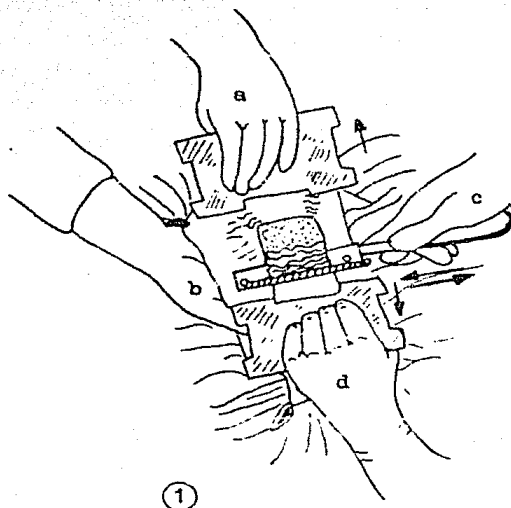
El operador, con el rasurador en la mano derecha ejerce sobre el miembro una presión avalada por una placa metálica escotada como la del ayudante, actuando en sentido inverso (fig. 1, c, d).

Pasea suavemente, de afuera adentro, de adentro afuera y de atrás adelante, mediante un movimiento de vaivén, el rasurador aplicado con ligera presión sobre la zona extendida, progresando hacia la plaqueta que hace deslizar a medida que avanza en el sentido de la progresión del rasurador; el instrumento debe ser aplicado paralelamente al plano cutáneo, so pena de hacer una toma muy espesa e irregular.

El colgajo liberado se apelotona sobre el dorso del rasurador; se lo puede amarrar en sus dos esquinas libres mediante dos pinzas o alcanzar el final de la toma restirándolo, después de haber retirado el rasurador; cortarlo en su base con tijeras, dos pinzas la fijan de frente (fig. 2, a, b).

Colocar el injerto en una compresa embebida en suero tibio o en un baño de suero tibio en espera de su utilización.

Proteger el lecho de toma mediante una gasa ligeramente embebida en vaselina a la cortisona débil de preferencia, este apósito protector se deja en su sitio por ocho días, renovándolo según la necesidad.



B) Toma de Piel con el Dermótomo de Padgett.

Este instrumento permite tomas de regularidad extraordinaria en todos los sentidos, tanto en superficies con cavidades, o con salientes irregulares (vientre, nalgas, tórax), especialmente indicado para los grandes injertos gruesos.

Desinfectar la piel con alcohol o cualquier producto - no irritante como el éter (fig. 1,a).

Encuadrar la zona con campos que sobrepasen ampliamente, por fuera, la región, para que no incomoden los movimientos del aparato (fig. 1,b),

Colocar el dermatótomosobre su zócalo, que lo inmoviliza; montar la hoja, regular su posición y el espesor deseado (3 a 6/10mm.), colocarlo en posición de partida (cuicado con las lesiones involuntarias) (fig. 2,a,b,c). Limpiar el tambor con éter, así como la piel (fig. 2,d). Untar uniformemente el tambor, con una gasa montada o un pincel ancho, con cola especial, que debe ser fluida. Untar también la piel del paciente, sobre una superficie algo más extensa. Comenzamos por el tambor, porque sobre la piel tibia la cola seca más rápido (fig. 1,a).

Estas maniobras son delicadas y demandan cierta práctica. Se deja secar la cola de 2 a 4 min., según el calor ambiente y el estado higrométrico, igual que para el empleo de los parches sobre las cámaras de auto. Observar el grado de adherencia en un ángulo de piel embadurnada, con una pinza cerrada.

Retirar del zócalo, con la mano izquierda, cara dorsal hacia arriba en hiperextensión, deslizada debajo del carro portahoja, el mango del tambor colocado en posición de partida (fig. 2,c). Levantar el aparato de su zócalo (2,a). Rebatir el carro portahoja sobre el dorso de la mano (fig. 3, a).

Hacer girar el tambor unos 135° para colocar su borde de ataque hacia adelante (fig. 3,b).

Asir con la mano derecha al ansa derecha del carro portahoja, que hemos hecho reemplazar por una empuñadura más manuable (figs. 4,a y 2,e) (G. Ginestet).

Colocar la mano izquierda en hiperextensión y apoyar fuertemente el borde anterior del tambor sobre la piel, en el lugar donde debe comenzar la toma (figs. 4,b y 5,a).

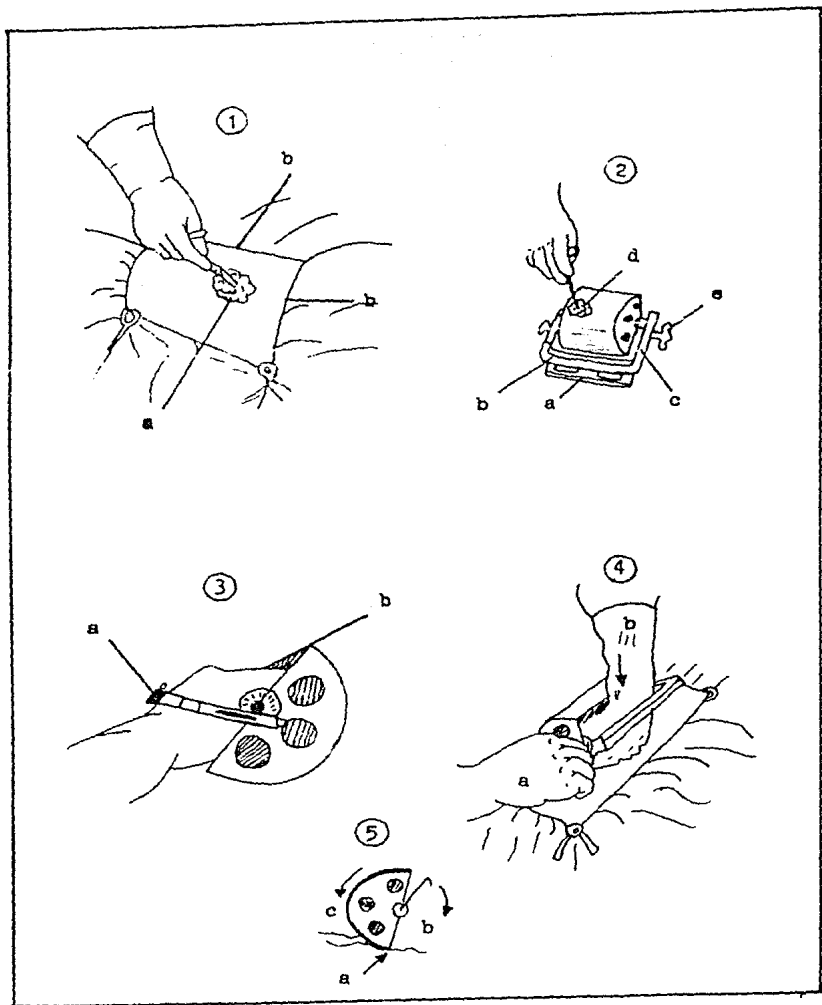
Rebatir la hoja hacia la piel (fig. 5,b). Comenzar a tallar el colgajo con la mano derecha (fig. 6,a); la mano izquierda, apoyando el tambor sobre la piel (fig. 6,b), lo hace girar hacia atrás para presentar la tajada cutánea al rasurador y enrollar el injerto pegado (fig. 5,c) a medida que se talla (fig. 7,b).

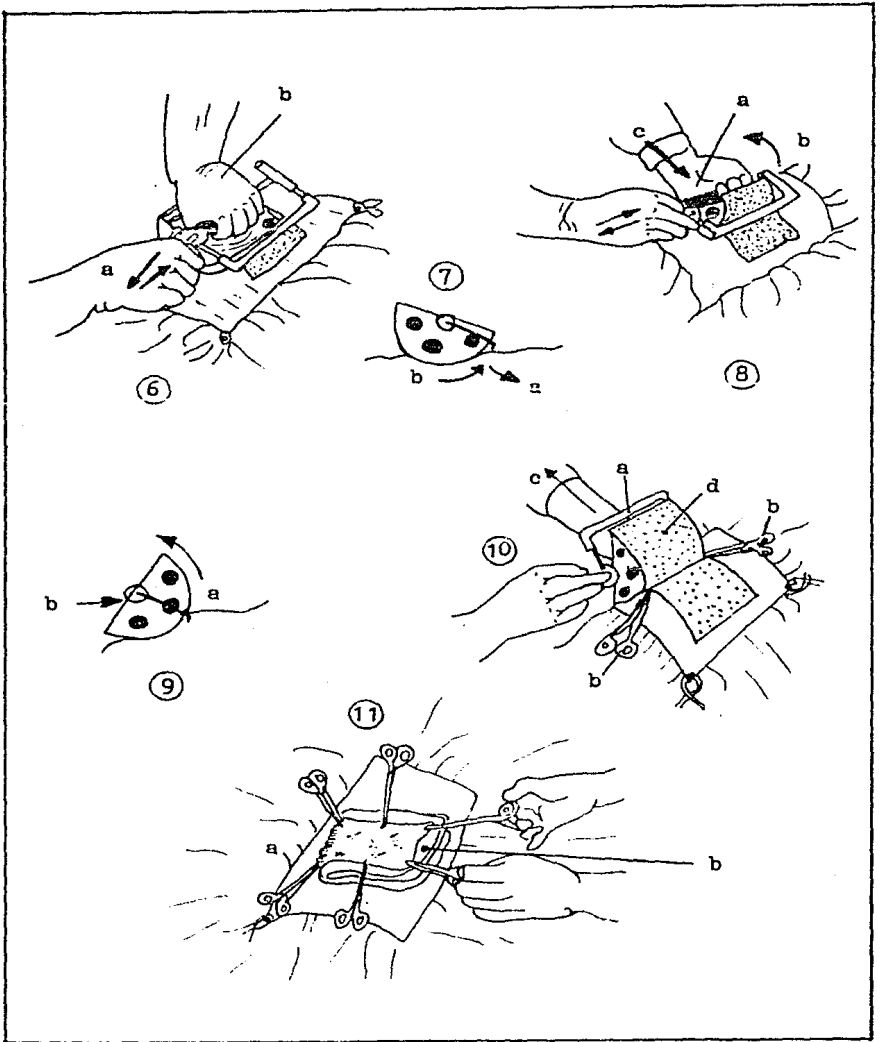
Proseguir el tallado del injerto, con la mano derecha, mediante movimientos de vaivén de la hoja (fig. 6,a), y enrollándola hacer girar el tambor con un movimiento de extensión progresiva de la mano izquierda (6,b). Evitar desprender el tambor, apoyar hacia abajo y adelante (7,a,b), pues de lo contrario el injerto puede quedar comprimido.

Cuando la extensión de la mano izquierda llega al máximo y hay que cambiar de posición, tener el mango del tambor, la palma hacia arriba (fig. 8,a); actuar en el sentido de la flexión de la muñeca, empujando todo hacia abajo y hacia adelante (8,b,c y 9,a,b).

Una vez enrollado el injerto en la longitud deseada, detener el tallado, rebatir el carro portahoja sobre la muñeca (fig. 10,a) y colocar dos pinzas en las extremidades proximales del colgajo.

Desprenderlo poco a poco del tambor (10,c); antes que sea liberado completamente, asirlo con dos pinzas por sus extremidades distales (10,d). Tenderlo cuidadosamente para evitar que se enrolle y se pegue; rebatirlo extendido sobre un pequeño campo colocado sobre su lecho de toma (fig. 11,a,b).





El segundo tiempo, que es el de la preparación del lecho receptor se lleva a cabo de la siguiente manera:

Anestesia por infiltración en la mucosa inferior lateral para distender este tejido y proveer hemostasia. Se hace una incisión superficial de la mucosa desde la almohadilla retromolar hasta la otra, inmediatamente por fuera de la cresta del reborde. Atrás se hacen dos incisiones laterales relajantes. Por medio de éstas incisiones se produce un colgajo supraperiostico hacia afuera y abajo, deteniéndose poco antes de la línea oblicua externa. La disección, en la región del nervio mentoniano, es meticolosa para identificar y disecar estos importantes nervios liberándolos. Si se necesita un descanso (lo que es determinado por la presencia del agujero en la cresta del reborde) para eliminar una presión indebida sobre el nervio que podría esperarse bajo el injerto de piel, se separa el nervio usando un gancho roma para nervios, mientras que el agujero se desciende y se hace un conducto en el hueso mediante la utilización de una fresa redonda N°6.

El surco anterior, entre los agujeros mentonianos, se disecciona lateral e inferiormente lo suficiente como para seccionar parte de los músculos mentoniano, y canino, aunque no totalmente. Si estos músculos se cortan por completo, el paciente va a tener un labio inferior de apariencia flácida.

Mientras que el cirujano coloca en una férula previamente realizada la piel, un asistente obtiene una cuidadosa hemostasia del lecho por electrocauterio de los vasos sangrantes, presión y aplicación de agua helada. Cuando la hemostasia es satisfactoria, la férula que contiene la piel se ubica sobre el sitio receptor y se mantiene con dos suturas circunferenciales (una por delante y otra por detrás del agujero mentoniano) ligadas circunferencialmente sobre la placa. Esto completa el procedimiento, exceptuando un a-

pósito superficial sobre las heridas cutáneas producidas -- por la lezna.

Evolución Posoperatoria: El edema posoperatorio y la tumefacción inmediatos se controlan con dexametasona, bolsas de hielo en la zona y abstención de alimentación bucal hasta que la deglución sea menos dolorosa. La alimentación bucal con líquidos se inicia generalmente a las 24 horas, avanzando hasta una dieta líquida de alto contenido calórico y proteico.

La placa se retira en 7 días para constatar la viabilidad del injerto y recortar el exceso de piel que no haya tomado. Se realiza un tratamiento protésico inmediato rebasando las viejas prótesis y aliviando la periferia, cerca de la nueva extensión del surco, pero a por lo menos 1 a 2 mm. Estas prótesis pueden usarse hasta 3 meses bajo estrecha supervisión, para impedir que se formen puntos de presión o granulaciones, o ambas cosas. Luego pueden confeccionarse las prótesis definitivas.

10.2. INJERTOS MUCOSOS.

El Dr. Kruger, menciona que es mejor reemplazar el tejido perdido con tejido semejante siempre que sea posible. Del mismo modo, Steinhauser ha señalado que la vestibuloplastia de extensión con injerto de piel en el maxilar superior ha sido insatisfactorio para la retención de prótesis y, en cambio, ha recomendado injertos libres de mucosa puesto que aumenta la adhesión de la prótesis.

A) Vestibuloplastia con Injerto de Mucosa Palatina.

Estas operaciones se realizan por lo general bajo anestesia general y en quirófano de un hospital. La preparación del lecho receptor comprende: anestesia por infiltración submucosa para distender los tejidos, proveer hemostasia, y facilitar la disección. Se hace una incisión a través de la mucosa en la unión de las mucosas adherida y no adherida, — desde un contrafuerte malar hasta el otro. Se levanta un colgajo supraperióstico con disección aguda. Se lo lleva hacia arriba y a los lados desde la fosa canina hasta la región del nervio infraorbitario. Hacia adelante, en la línea media, la disección alcanza la fosa piriforme sin perforar la mucosa nasal. La espina nasal anterior si es prominente se reseca.

El margen del colgajo liberado se sutura hacia arriba al periostio con Dexon Nº 4-0, de manera de delimitar la nueva altura vestibular. Esto normalmente completaría la técnica para la vestibuloplastia por epitelización secundaria, pero la colocación de una prótesis sobre esta zona cruenta tiende a acelerar la granulación secundaria y contribuye a la residiva. Para evitar la residiva el operador puede utilizar injertos mucosos para asegurar al colgajo reposicionado.

La técnica para obtener el injerto mucoso es la siguiente:

Se mide el tamaño de mucosa dadora en el sitio receptor, empleando papel de estaño esterilizado. Este se adapta sobre el paladar, al que previamente se anestesia. Se incide el contorno del injerto hasta la submucosa, pero por encima del periostio. La disección submucosa se comienza movilizándolo un extremo del injerto con un bisturí y manteniéndolo bajo tensión con un gancho para piel. Una vez que el injerto está bien movilizado, se hace rápidamente la remoción de la mucosa, empleando bisturíes periodontales y tijeras para estrabismo. El injerto se secciona en su base y se guarda en una gasa embebida en solución fisiológica.

La hemostasia del lecho vascular es la primera consideración después de la remoción de la mucosa dadora, dado que el paladar contiene muchos vasos. Esto se realiza por medio de electrocauterio y ligaduras, según sea indicado. Una placa o una prótesis previamente preparada con la periferia extendida se prueba en este momento para constatar su adaptación.

Después que se ha probado y medido el injerto para ver si cubre el lecho receptor, particularmente a la altura del surco extendido, se lo talla y se lo fija al periostio con suturas Dermalón Nº 6-0 cuando se ha logrado meticulosamente la hemostasia. Esta es la parte más delicada y que más tiempo lleva al operador. Si el lecho receptor tiene alguna tendencia a sangrar, se hacen suturas de colchonero horizontales en el centro del injerto para mantenerlo en su sitio. Se lo cubre luego con una férula de acrílico recubierta con compuesto para modelar, y se le fija al maxilar superior con alambres o suturas de nylon paralveolares. Ocasionalmente, se producen con éste método zonas de necrosis localizadas provocadas por presión excesiva sobre el injerto. A menos que se haga un alivio adecuado en la placa, se recomienda -

suturar el injerto y cubrirlo con cianoacrilato de isobutilo.

El procedimiento posoperatorio, se tratará después de explicar la técnica del injerto de mucosa vestibular, ya que es el mismo tratamiento para ambos.

B) Vestibuloplastia con Injerto de Mucosa Vestibular en el Maxilar Inferior.

Esta técnica es la de elección en los pacientes gravemente traumatizados en los que el surco está totalmente o bliterado por una cicatriz, o por las técnicas reconstructivas con injertos óseos. Pueden realizarse pequeños injertos puntiformes en el consultorio con empleo de anestesia local. Sin embargo, dado que muchos pacientes con este problema requieren cantidades variables de disección extensa, la operación debe llevarse a cabo en la sala de operaciones de un hospital empleando anestesia general.

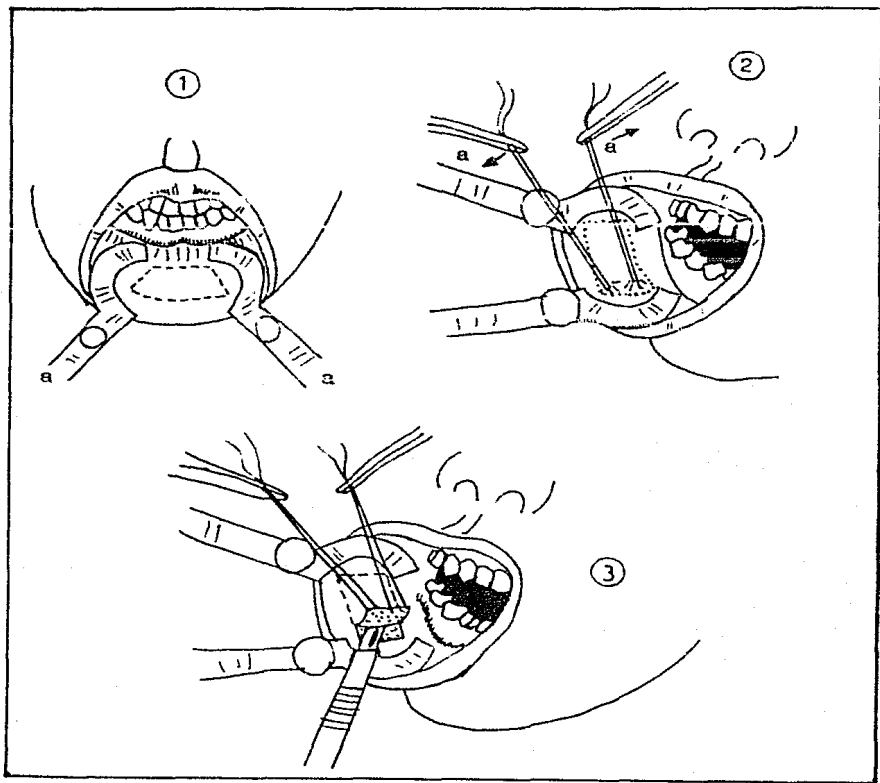
La técnica de preparación del lecho será realizada de la misma manera que se preparo el sitio receptor en la técnica del injerto de piel en el maxilar inferior.

La técnica de toma del injerto dador es la siguiente: Puede llevarse a cabo en la mucosa labial o yugal, las dimensiones deben ser forzosamente reducidas de 2 a 8 cm. comprendiendo todo el espesor de la mucosa. El plano de toma se fija lo mejor posible por las pinzas tornillo (fig. 1,a) utilizadas para los labios y zona yugal.

Para facilitar la extracción, amarramos el colgajo previamente delimitado por sus cuatro ángulos mediante ansas - de hilo que sirven después para la tracción y tienden la mucosa (fig. 2,a). El colgajo se toma con bisturí que delimita su superficie y con tijeras finas que clivan en profundid

dad, o con el dermatótomó especial de Da Silva (fig. 3). Después de haber obtenido la toma, se guarda en una gasa envevida en suero fisiológico tibio para después colocarlo en su lugar.

El sitio dador necesita poca atención posoperatoria, a parentemente, aparte de cubrirlo con tintura de benzocaína, las superficies cruentas van a repitelizar rápidamente sin producir cicatrices.



La colocación del injerto en el sitio receptor se lleva a cabo de la misma manera que como se describió en el tema de injertos de piel en el maxilar inferior.

Tratamiento Posoperatorio: La placa se retira a los siete días, y se comprueba la cicatrización y la vitalidad del in injerto. La placa se rebasa y se extiende hasta 1 ó 2 mm. an tes de la periferia y se le usa como prótesis temporal.

Esta técnica también se puede llevar a cabo en el maxi lar superior.

Capítulo II

IMPLANTES

11. IMPLANTES.

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

El implante dentario ofrece una solución para el paciente que no tolera la prótesis por falta de zona retentiva. Escencialmente el implante dentario consiste en una infraestructura metálica subperióstica con cuatro pernos que se proyectan a través de la mucosa. Estos actúan como anclaje sobre los cuales ajustan unos manguitos que están colocados en la prótesis.

De esta forma la dentadura pasa a ser de completa a -- prótesis parcial, cuya estabilidad dependerá sobre todo de su fijación mecánica más que de su contacto mucoso. La técnica operatoria que se requiere no es difícil, aunque la intervención se ha de realizar en dos fases, la primera para tomar la impresión de los bordes óseos, y la segunda para la colocación de la infraestructura.

Archer y sus colaboradores opinan que las prótesis por implantes solo pueden hacerse en los casos desesperados de completo fracaso de los métodos convencionales. También se informa al paciente que consideramos estos procedimientos -- como método experimental.

Complicaciones con Prótesis por Implantes.

- 1.- Abscesos subperiósticos repetidos.
- 2.- Tejido de granulación piógeno alrededor de los pilares.
- 3.- Exposición de los pilares.
- 4.- Dolor y molestias.
- 5.- Reabsorción ósea y aflojamiento del implante, el cual --

flota eventualmente en una masa de tejido hiperplásico piógeno. Si el implante no se extrae en este momento, - el hueso se necrosa de manera gradual y se elimina.

A) Técnica de L. Marville y Jaquet. (en maxilar inf.).

Esta es una solución terapéutica reciente a los problemas producidos por la edentación total de los sujetos inadaptables, a pesar de la utilización de las modernas prótesis - o de los recursos de la cirugía preprotésica.

Antes de la intervención: Realizar un montaje protético completo arriba y abajo en el articularor. Al lado de -- éste confeccionar una cubeta de impresión con un rodete de articulación, y una pequeña gotera que porte cuatro perforaciones correspondientes al enlazamiento exacto de los caninos y de los primeros molares. (fig. 1,a).

1er Tiempo Operatorio: Anestesia loco-regional y analgesia general gota a gota intravenosa.

Marcar el emplazamiento de futuros pilares con ayuda - de la gotera ya realizada en el laboratorio (fig. 1,a).

Incidir mucosa y periostio a nivel de la cresta (fig.2) es útil hacer cuatro incisiones de desahogo (fig. 2,a).

Investigar con prudencia los dos nervios mentonianos, cuya situación en relación con la cresta es muy variable.

Desprender, permaneciendo bajo el periostio, la mucosa de las vertientes externa e interna, descendiendo suficientemente bajo, (fig. 3).

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

Los tres colgajos mucosos externos son así, suturados mediante puntos provisionales a las mucosas labial y yugal.

La mucosa de la vertiente lingual se mantiene relacionada mediante muchas ligaduras radiales fijadas sobre un bo

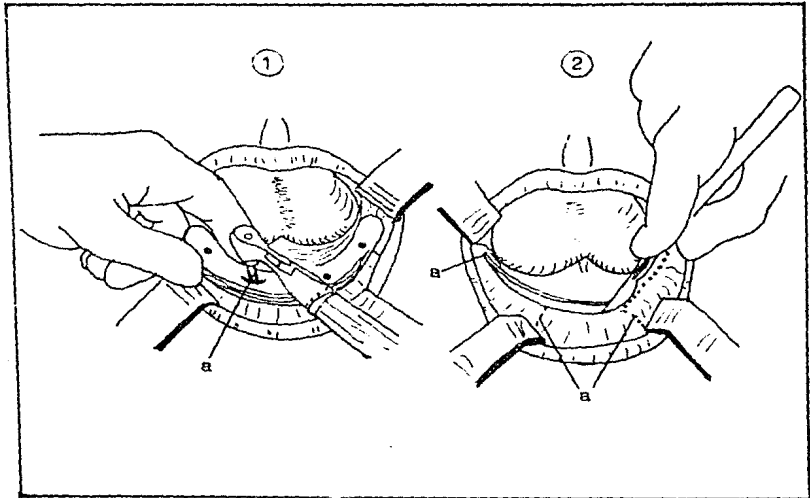
tón (fig. 4,a).

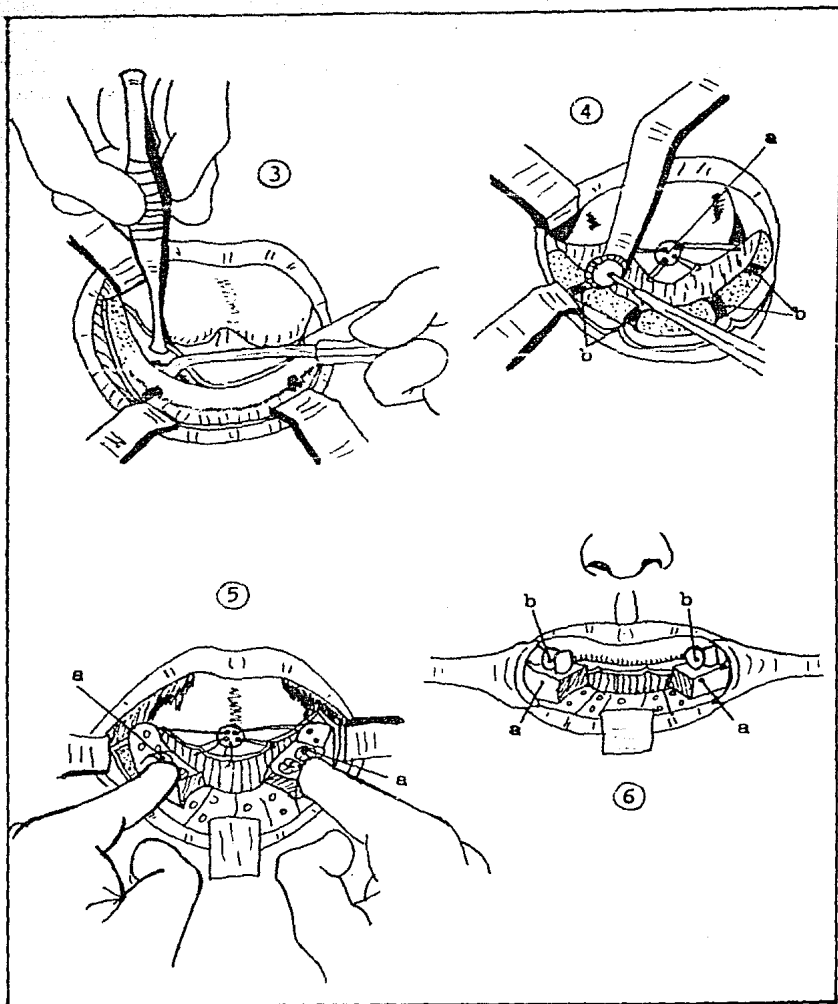
Excavar, con la fresa montada sobre un torno eléctrico, cuatro surcos en los sitios ya marcados (fig. 4,b).

Se prueba la cubeta de impresión con rodetes de articulación (fig. 5,a), corrigiéndola según sea necesario, en especial al nivel de los nervios mentonianos, cuya altura es difícil de prever antes de la intervención.

Rellenar la cubeta con material elegido (zelex, por ejemplo) y tomar la impresión del hueso descubierto. Hacer morder al sujeto sobre el aparato antagonista (fig. 6,b) de tal modo que los rodetes de articulación engranen perfectamente (fig. 6,a y 6,b).

Verificar la herida operatoria y la ausencia de todo cuerpo extraño que pueda provenir de la impresión. Retirar los puntos provisionales manteniendo los colgajos reclina--dos. Sutura de la mucosa mediante algunos puntos de seda.





Preparación del Implante en el Laboratorio.

La impresión ósea nos proporciona todos los detalles - de la cresta, de sus vertientes (fig. 1, a y b), y los cuatro surcos (fig. 1, c), al vaciar los modelos en yeso (fig. 2). Una vez tomada la impresión con una relación de articulación, el modelo se reubica sobre el articulador.

Realizar sobre el modelo el implante en cera y después colarlo con una aliación de cromo-cobalto (fig. 3).

Este implante comprende dos barras longitudinales, veg tubular lingual, reunidas mediante cuatro largeros o bastidores, disimulados lo mejor posible en los surcos, y cuatro pilares fijados sobre estos bastidores.

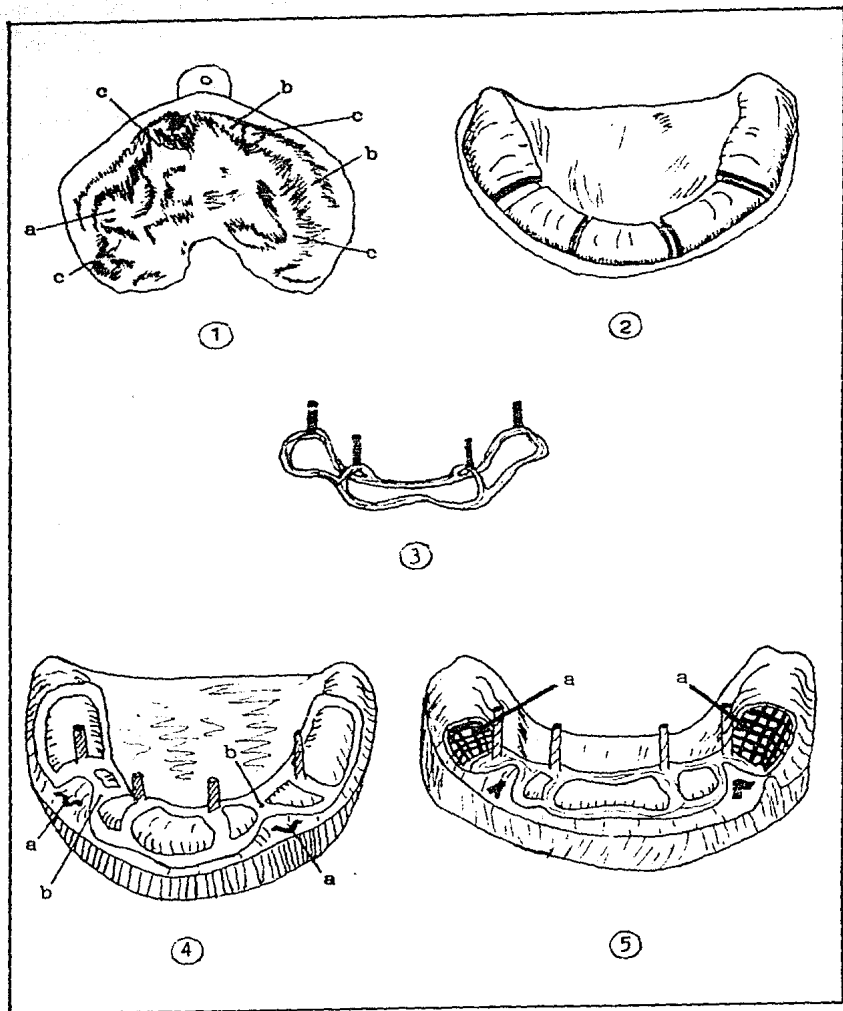
Se evitan los nervios mentonianos (fig. 4, a). Para permitir mayor arraigo a la parte posterior, cuando la topografía particular del maxilar y de los pedículos mentonianos - impide la construcción del dispositivo habitual, se le puede adjuntar una pieza grillaca o enrejada (fig. 5, a).

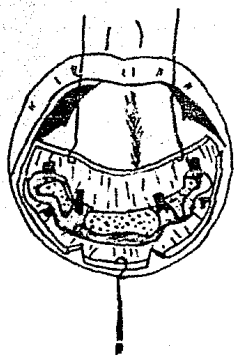
2º Tiempo Operatorio: El mismo día de la conclusión y la esterilización de la prótesis se daba:

Retirar los puntos de sutura ubicados después del primer tiempo.

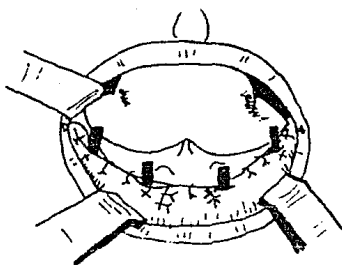
Ensayar el implante; verificar su adaptación, que debe ser perfecta; empujar con fuerza el implante (fig. 6); hacer una sutura muy cuidadosa de la mucosa con seda (fig. 7).

La superestructura que se adapta sobre los pilares extramucosos será asentada alrededor de un mes después de la intervención. Su realización debe ser muy minuciosa y su articulado perfecto.





⑥

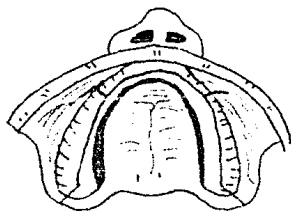


⑦

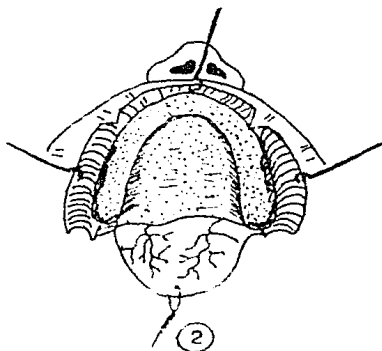
B) Técnica para el Implante Dentario Superior.

El hueso maxilar superior soporta con facilidad las -- presiones ejercidas por un implante durante mucho tiempo, -- a causa de que el hueso maxilar es de naturaleza porosa. En ésta técnica se revelará que no solamente cubrimos toda la apófisis palatina del hueso maxilar, que no es porosa, sino que extendemos el implante sobre el reborde hacia vestibular, bien hacia arriba, sobre el hueso cortical del maxilar. Pese a la presión distribuida tan ampliamente sobre la cortical ósea se producira reabsorciones lentas.

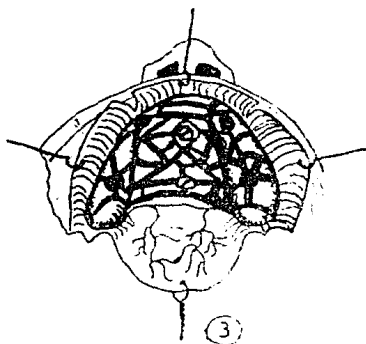
Esta técnica lleva el mismo procedimiento que en el caso del maxilar inferior. Se llevará en dos tiempos operatorios. A continuación solo veremos los esquemas de incisión (fig. 1). Colgajo palatino (fig. 2). Implante en el maxilar superior (fig. 3). Sutura continua de la mucosa, y los cuatro pilares del implante (fig. 4).



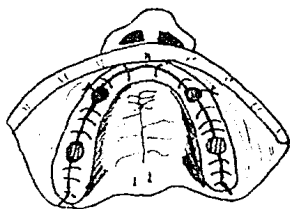
①



②



③



④

CONCLUSIONES

Como podemos observar al terminar este trabajo, es de fundamental importancia basarnos en otras ramas auxiliares como son la medicina general, la psicología y la cirugía o peratoria. Esto es con el fin de poder complementar el tratamiento protésico con el mayor éxito posible.

Debemos conocer el comportamiento de cada paciente, - ya que cada individuo difiere bastante uno del otro, es necesario saber como vamos a actuar en determinado momento - frente a cada persona y así poder manejar la situación en que uno se presente. También es indispensable hacer sentir a nuestro paciente en un ambiente agradable con el fin de ganarnos su confianza y su cooperación en el transcurso -- del tratamiento y después de éste.

Antes de realizar cualquier intervención quirúrgica o dental, debemos tener el cuidado de elaborar una historia clínica para poder valorizar el estado general de salud de nuestro paciente, esto es para no provocarle un mal mayor al que vamos a tratar, debemos tener en cuenta sus padecimientos heredofamiliares, patológicos, sus hábitos y hacer un reconocimiento general de salud pasada y actual.

También nos apoyaremos en los estudios de gabinete -- que son tan indispensables en los casos en que tenemos alguna duda sobre la salud de nuestro paciente, esto es con el fin de no cometer iatrogenias como pueden ser hemorragias, infecciones, fracturas, o lo que es peor, pasar por alto un problema de cáncer bucal.

Es indispensable conocer el instrumental quirúrgico - que vamos a utilizar en cada intervención y su manejo adecuado, esto es para facilitar el tratamiento con la mayor confianza y rapidez que sea necesaria, así como para evitar complicaciones a la hora de estar haciendo nuestras maniobras.

En el abordaje u las técnicas quirúrgicas bucales, estamos enfocando nuestra atención a la reconstrucción y a la rehabilitación de las zonas bucales que han sufrido atrofias, hiperplasias o deformidades biológicas que éstas presentan y que son un gran problema ya que interfieren en -- nuestro tratamiento en el momento de elaborar nuestra prótesis dental.

Con estos tratamientos preprotésicos podemos observar el adelanto que ha tenido la odontología en los últimos años, ya que dá mayores alternativas a los pacientes que sufren de las patologías y deformidades ya mencionadas anteriormente, así como el uso funcional, satisfactorio y confortable en la adaptación de prótesis dentales completas - que es la finalidad que nosotros deseamos.

BIBLIOGRAFIA

SHARRY, John J.

Prostodoncia Dental Completa

Barcelona, 1977

Edit. Toray S. A.

CAPUSSELLI, H. O.

Tratamiento del Desdentado Total

Buenos Aires, 1973

Edit. Mundi.

A. L. Morris & H. M. Bohannon.

Especialidades Odontológicas en la Práctica General

México D. F. 1983 5^a Ed.

Edit. Labor Mexicana, S. de R. L.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica.

Urgencias Médicas en el Consultorio Dental

México D. F. 1982 Vol. 1

Edit. Interamericana.

SCHULGER, Saúl.

Enfermedad Periodontal

España, 1982

Edit. Continental.

GINESTET, Gustave.

Cirugía Estomatológica y Maxilo Facial

Buenos Aires, 1967

Edit. Mundi.

KRUGER, Gustav O.

Cirugía Bucco-Maxilo Facial

México D. F. 1983

Edit. Panamericana 5^a Ed.

GURALNICK, Walter C.

Tratado de Cirugía Oral

Barcelona, 1971

Edit. Salvat.

COSTICH, Emmett R.

Cirugía Bucal

México, 1974

Edit. Interamericana.

ARCHER, William Harry.

Cirugía Bucal

Buenos Aires, 1968

Edit. Mundi. 2^a Ed.

RIES, Centeno Guillermo.

Atlas de Cirugía Bucal

Buenos Aires, 1978

Edit. Ateneo. 2^a Ed.