

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TECNICAS QUIRURGICAS
ODONTOLOGICAS**

TESIS PROFESIONAL

que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

BEATRIZ GONZALEZ VARGAS

MEXICO, D. F.
1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I <i>Principales Técnicas de Incisión</i>	2
CAPITULO II <i>Cirugía Periapical</i>	12
1) <i>Apicectomía</i>	12
a) <i>Técnica de la Apicectomía</i>	14
b) <i>Obturación Retrógrada</i>	16
2) <i>Cirugía Periapical en niños</i>	17
3) <i>Curetaje Periapical</i>	19
CAPITULO III <i>Cirugía Preprotética</i>	27
1) <i>Alveoloplastia</i>	31
2) <i>Resección del Torus</i>	32
3) <i>Remoción de Rebordes Agudos</i>	34
4) <i>Reducción de Escalones</i>	35
5) <i>Tuberosidades</i>	36
6) <i>Epulis Fisurado</i>	37
CAPITULO IV <i>Dientes Retenidos</i>	38
1) <i>Molares Inferiores</i>	39
2) <i>Molares Superiores</i>	40
3) <i>Canino Superior Retenido</i>	41
4) <i>Dientes Supernumerarios Retenidos</i>	43
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

En la antigüedad la cirugía dental, se veía restringida debido a los métodos usados y también a la asepsia con la que se realizaban los métodos quirúrgicos.

Se utilizaban instrumentos que llegan a ser sumamente traumáticos, como se podría mencionar, el escoplo y martillo con estos se podría llegar a fracturar las estructuras adyacentes a la región por operar; ahora estos son reemplazados por el uso de una fresa quirúrgica, que nos da más seguridad y menos trauma al realizar algunos cortes o separaciones sin llegar a lesionar más zonas.

El uso de las erinas, ahora sustituido por los separadores mucho más cómodos para realizar una cirugía con mayor campo de visibilidad.

Es de suma importancia siempre realizar cualquiera de los tratamientos quirúrgicos con el mayor conocimiento y que el odontólogo no se abstenga a realizar algunos tratamientos. Con esto el Cirujano Dentista, vea que pueda dar un enfoque quirúrgico en la práctica cotidiana.

Se debe entender la responsabilidad que hay al hacer ciertos tratamientos que aparentemente resultan fáciles, pero al ejecutarse en la práctica del odontólogo no resultan tan sencillos, si se considera que resulte difícil siempre hay que recurrir al Cirujano Maxilofacial.

CAPITULO I

1.- Principales Técnicas de Incisión.

Al pensar en realizar una incisión primeramente debemos realizar una historia clínica minuciosa, para que no se nos dificulte el operatorio y el posoperatorio, posteriormente la toma radiográfica preoperatoria, pasaremos a la premedicación adecuada si es necesario; después de la anestesia regional correspondiente.

Diseño del Colgajo: Tomaremos pautas para el diseño del colgajo y su ejecución:

1.- Serán estudiadas cuidadosamente las consideraciones anatómicas.

2.- Las incisiones del colgajo generalmente se harán a una distancia de por lo menos un diente a cada lado de la pieza sometida a intervención. Cuando es previsible la eliminación de una gran cantidad de tabla cortical labial, se hará un colgajo de modo que quede sobre hueso sano al ser suturado. Los colgajos rectangulares y trapezoidales proporcionan una buena base vascular y evitan la exposición de superficies radiculares y fenestraciones óseas.

3.- Si se reclina el colgajo verticalmente, es necesario hacer la extensión apical para permitir la colocación de un separador sobre hueso sólido y reducir al mínimo el traumatismo y el hematoma posoperatorio.

4.- Las incisiones deben ubicarse de modo que las su turas queden en el tejido resistente de preferencia en la encía adherida.

5.- El periostio debe quedar incluido y reclinarsse con el colgajo de espesor total.

Si se siguen estas observaciones podemos evitar que se realice un colgajo pequeño, o tracción excesiva del colgajo con el separador y así evitar efectos traumaticos posoperatorios, como tumefacción y equimosis.

Tambien contando con la destreza y la rapidez con que se haga el tratamiento.

Podemos utilizar cinco tipos diferentes de colgajos mucoperiosticos:

- 1.- Curvo
- 2.- Triangular
- 3.- Trapezoidal
- 4.- Rectangular
- 5.- Festoneado

1.- Colgajo Curvo

También conocido como semilunar; en una epoca fué el más empleado; en este tipo la incisión horizontal curva atravieza completamente el tejido gingival y el periostio. El punto de la curva va hacia incisal; esto es, hacia abajo en el maxilar y hacia arriba en la mandibula. Es preferible que la incisión sea perpendicular al tejido en la encía adherida fibrosa, que luego

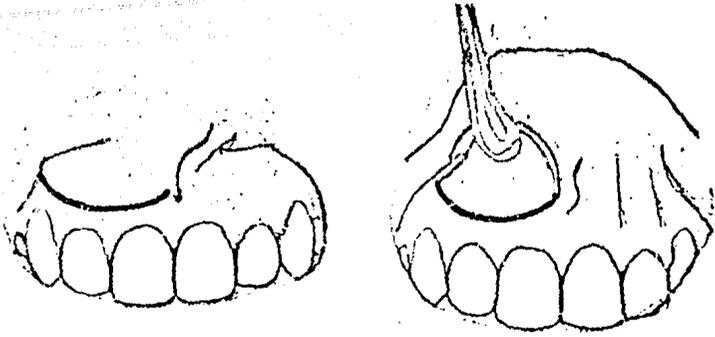
puede ser unida más fácilmente al suturarse. En sentido longitudinal, debe incluir por lo menos un diente adyacente a cada lado del diente afectado y debe ser lo suficientemente curva para ser reclinada exponga bien la zona periapical afectada. Si es necesario cruzar el frenillo labial, se hará una incisión circular alrededor de la inserción del frenillo. Al reubicarse el colgajo, lo primero que se sutura es la punta del frenillo. Esto ubica todo el resto del colgajo.

El colgajo curvo es reclinado, periostio incluido, con un periostomo agudo o una espátula para cera número 7, utilizada con este propósito. Durante la intervención, se lo mantiene reclinado con un separador sostenida firmemente con la mano izquierda.

Al hacer estas incisiones, debemos evitar la encía libre que se encuentra en la zona del margen gingival.

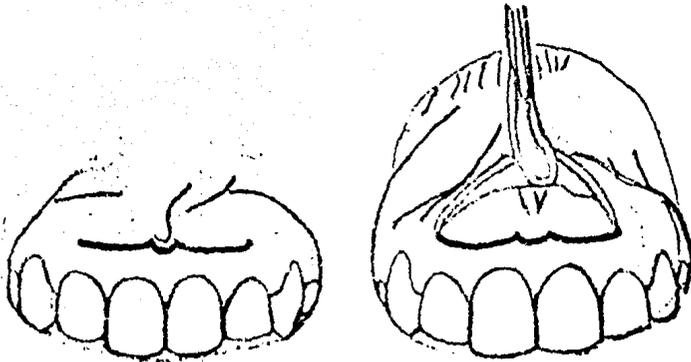
Si hacemos la incisión demasiado cerca de la encía marginal, es posible que el istmo delgado degenera y se forme una dehiscencia en el cuello del diente. Podría pasar lo mismo si hacemos una sutura en la encía marginal y no en las papilas interproximales donde deben colocarse.

La incisión curva no es conveniente si sospechamos que falta hueso cortical vestibular y que podría formarse una dehiscencia. Este juicio puede hacerse, apreciando la prominencia de las raíces y su posición relativa con respecto a la tabla ósea vestibular. El error en la valoración preoperatoria de estos casos da lugar a que queden cicatrices permanentes irreparables. Si existe la posibilidad de dehiscencia, se hará un colgajo rectangular.



Colgajo Curvo o Semilunar.

La curva va hacia incisal. Esto es hacia abajo en el maxilar y hacia arriba en la mandibula.



Colgajo Curvo o Semilunar

Este se hace cuando es necesario cruzar el frenillo labial, se hará alrededor del frenillo.

2.- Colgajo Triangular.

Este colgajo es muy adecuado para intervenciones quirúrgicas de dientes con raíces cortas. La incisión a lo largo del borde gingival forma la base de un triangulo cuya altura es la incisión liberadora vertical u oblicua y cuya hipotenusa es la bisagra. La incisión vertical termina en la arista vestibuloproximal del diente y deja intacta la punta de la papila.

La incisión horizontal también incluye una papila completa, y para facilitar la sutura final se deberá dejar intacta la punta de dicha papila cortando desde vestibulo cervical de un diente vecino. Entonces se reclina el colgajo con un periostomo agudo y se lo mantiene levantado con un separador.

Este tipo de incisión no es conveniente si el diente afectado tiene raíz larga. En ese caso la única incisión vertical del colgajo triangular debe prolongarse hacia muy adentro de la mucosa alveolar si no el tironeamiento del colgajo para tratar de alcanzar el ápice acrecentaría el traumatismo de los tejidos.



Colgajo Triangular

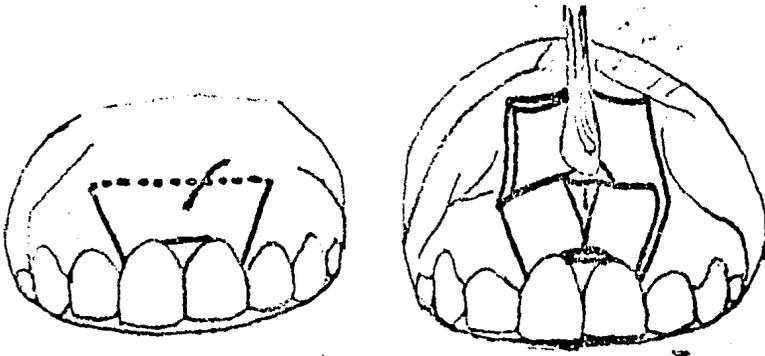
Se hace a lo largo del borde gingival forma la base de un triangulo cuya altura es la incisión liberadora vertical y oblicua, deja intacta la punta de la papila.

3.- Colgajo Trapezoidal.

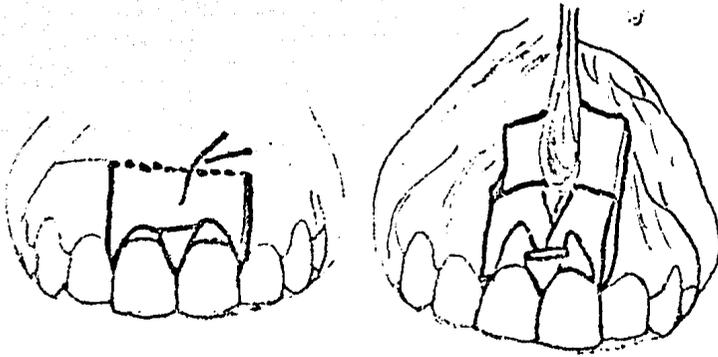
El colgajo trapezoidal es, en realidad, un colgajo triangular doble, en el sentido que se hacen dos incisiones oblicuas en lugar de una, y que todo el colgajo es reclinado hacia el vestibulo. Las incisiones están diseñadas para con seguir un colgajo más ancho en su base que en el margen gingival para que haya aporte sanguíneo abundante.

Las incisiones oblicuas se hacen para incluir, por menos, un diente y una papila completos a cada lado del diente afectado. Luego se separa a la papila que queda entre los dientes con una incisión horizontal por vestibular. A continuación se reclina todo el colgajo vestibular con un periostótomo y se le mantiene en posición con un separador.

El colgajo trapezoidal ofrece una ventaja sobre el triangular cuando el diente por operar tiene raíz larga. También es más conveniente que la incisión curva cuando existe la posibilidad de una dehiscencia.



Incisión oblicua; tiene el fin de incluir por lo menos un diente, se deja intacta la punta de la papila y se le ponen liberatrices.



Colgajo Rectangular o Vertical

Se hacen incisiones verticales sobre una base de hueso interproximal para evitar de cruzar una superficie radicular con la incisión.

4.- Colgajo Rectangular

La denominación amplia de vertical, incluye dos colgajos de diseño vertical. Como es posible describir la forma exacta de cada uno de ellos con una expresión geométrica, a este colgajo le queda el termino rectangular.

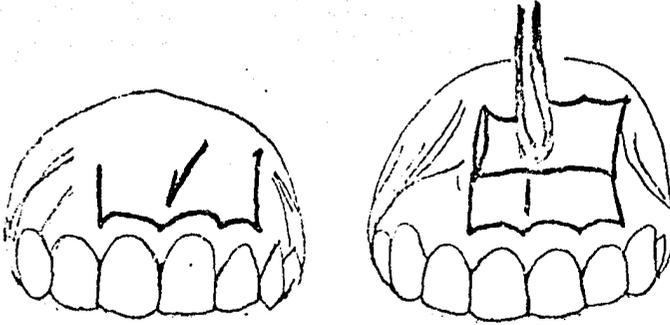
Generalmente, es preferible el colgajo trapezoidal vertical al rectangular. Por otra parte, si se sospecha que hay una fenestración en el hueso cortical alveolar, habrá que hacer incisiones verticales sobre una base de hueso interproximal para la incisión.

La incisión oblicua del colgajo trapezoidal que atravieza la raíz fenestrada puede no cicatrizar nunca y finalmente originar una dehiscencia en esa zona.

5.- Colgajo Festoneado

Se ha convertido en el más utilizado en la mayoría de las intervenciones quirurgicas perirradiculares. Combina la mayor visibilidad y relajación de los tejidos de los colgajos trapezoidales o rectangulares al mismo tiempo que salva los defectos de reparación poco convenientes en la papila interdientaria que pueden crear estos dos últimos diseños. Sin embargo, como sucede con el colgajo curvo, hay que evitar las zonas de fenestración radicular.

Para obtener un colgajo festoneado, se hace primero una incisión continua festoneada en la encía adherida firme, por apical al margen gingival libre y paralela al mismo. En ambos extremos de la incisión vertical curva se hacen incisiones liberadoras verticales u oblicuas.



Colgajo Festoneado.

Se hace una incisión continua y festoneada y se realizan incisiones liberadoras verticales.

El colgajo festoneado tiene la ventaja de poder suturarlo en la encía adherida densa. Asimismo, se lo puede volver a colocar con más precisión en la posición adecuada si alineamos las puntas del colgajo con el ángulo donde coinciden las incisiones vertical y horizontal. Las suturas se hacen en cada punta de tejido dejada por la incisión.

CAPITULO II

CIRUGIA PERIAPICAL

Es la resección quirúrgica por vía transmaxilar que va a eliminar un foco periapical o el apice dentario.

Los dos tipos de cirugía periapical son:

- 1.- Apicectomia
- 2.- Curetaje Periapical.

Apicectomia.

Este tipo de cirugía está indicada, cuando ha fracasado el tratamiento endodóntico, o en presencia de una raíz con dislaceración, en dientes que presentan falsos conductos, en dientes cuyos conductos se han fracturado y se nos ha alojado un instrumento endodóntico, por trauma o golpe (que haya fracturado el foramen apical).

Sus contraindicaciones son:

- Cuando el proceso infeccioso (por lo general quite ha destruido porción de hueso).
- Cuando un diente es portador de procesos infecciosos agudos y ha destruido gran parte de hueso.

- Enfermedad parodontal avanzada, que ha destruido gran parte de hueso, gingivitis juvenil necrosante.
- Relación anatómica con proximidad a seno maxilar en superior; en inferiores ahujero mentoniano.

Siempre debemos estar apoyados por una radiografía. Existe un orden en el cual se puede realizar una apicectomía.

- Centrales y Caninos; más viable el método de acceso.
- Premolares; pocas veces se realizan.
- Molares; no se hace.

La intervención quirúrgica en la zona pariapical es un procedimiento relativamente simple, y hay varias indicaciones para él:

1.- En caso cuyo posoperatorio no podrá seguirse por alguna razón el raspaje de la zona periapical asegura un resultado que ya no es puesto en peligro por los restos de las maniobras endodónticas o por los elementos epiteliales.

2.- En un caso en que se sospeche de un conducto accesorio sin obturar o un extremo radicular notablemente curvado.

La apicectomía va a eliminar la porción del conducto que quedó sin rellenar.

3.- En accidentes operatorios, la remoción de un instrumento roto en un conducto o del material de obturación pueden requerir cirugía periapical.

4.- La necesidad de una obturación retrógrada del conducto. Los conductos extremadamente grandes no pueden obturarse con precisión por medio de la inserción de conos o pastas, o ambas cosas; deben obliterarse con amalgama en el ápice. Las obturaciones retrógradas son útiles también para cerrar un conducto en un diente que no puede ser tratado de la manera habitual debido a la presencia de una corona funda de porcelana o algún otro obstáculo (por ejemplo, la limitación del movimiento mandibular, que impide el acceso a la corona del diente).

5.- La molestia persistente después de la obturación del conducto radicular. El curetaje periapical y la apicectomía frecuentemente van a eliminar los síntomas.

Técnica de la Apicetomía.

1.- Se toma una radiografía una vez terminada la obturación del conducto radicular para determinar el nivel al cual debe amputarse la raíz. Este nivel debe ser tal como para eliminar la porción sin obturar del conducto radicular, y también facilitar el acceso al quiste o granuloma periapical para asegurar su remoción completa.

2.- Se diseña un colgajo mucoperióstico teniendo consideraciones:

- a) Ver si el suministro sanguíneo y los tejidos blandos sean adecuados para evitar necrosis y mala cicatrización. Son importantes las incisiones agudas y perpendiculares al hueso.
- b) Hacer un colgajo que provea un buen acceso.
- c) Hacer que el colgajo se extienda hasta bien pasado el defecto óseo, así el tejido blando se vera soportado por hueso cuando se devuelva a su sitio.

3.- Ya levantado el colgajo mucoperióstico, se hace una abertura en el defecto óseo periapical, empleando una fresa quirúrgica o un escoplo, si el quiste o granuloma no han perforado ya la cortical vestibular del hueso. Se extiende la abertura por la cortical externa con una fresa, para obtener buen acceso a los límites del defecto.

Posteriormente, con una fresa de fisura cilíndrica, se amputa la raíz al nivel determinado con la ayuda de una radiografía. Se continúa con la enucleación de la patología presente.

4.- Se controla la hemorragia dentro del defecto, aplastando los puntos sangrantes del hueso, con presión o con torundas de algodón humedecidas en epinefrina (adrenalina).

5.- Se sutura al colgajo mucoperiosteico con una pequeña aguja cortante y seda o catgut # 4-0.

6.- Después de cerrar, se mantiene una firme presión sobre la zona durante unos 10 minutos aproximadamente para evitar formación de un hematoma.

7.- Se toma una radiografía posoperatoria, inmediatamente para comprobar el nivel de la amputación radicular y para futuras comparaciones.

Obturación Retrógrada.

Es una técnica muy útil cuando resulta imposible la obturación completa de un conducto por abordaje coronario, o cuando los síntomas persisten después de la obturación del conducto.

Los puntos más importantes para llegar al éxito son:

1.- Biselar la superficie radicular de la apicectomía de manera que se logre una buena visión de las foraminas apicales.

2.- Para la preparación cavitaria: Para la abertura retrógrada, se deben hacer retenciones solo hacia el lado palatino del conducto. Ya que de ese lado se tiene suficiente dentina apical para alojar el material y por el lado vestibular, no se debe de intentar debido al bisel de la apicectomía, si esto hace saltar la pared.

3.- Es indispensable una punta para aspiración pequeña. Podemos utilizar una aguja calibre 16 que pueda tener en el extremo una punta de succión corriente. Siempre con la ayuda de un asistente; que debe tener a la mano varias de estas agujas, debe estar preparada para regular la punta y pueda aspirar los trozos más grandes esto incluye fragmentos de amalgama, es necesario colocar y sacar rápidamente la aguja en la medida que sea necesario.

4.- La amalgama de plata sin cinc es el material de obturación más comúnmente utilizado. También es empleado con éxito la gutapercha.

Cirugía Periapical en Niños.

La cirugía periapical se realiza en la vecindad de la parte apical de las raíces de los dientes. Pocas veces es necesario en la dentición temporal.

Indicaciones:

1.- En un diente desvitalizado en el que el tratamiento de conducto ha fracasado.

2.- En un diente permanente joven desvitalizado con un orificio apical ancho donde no se ha podido obtener un buen sellado periapical.

3.- Quistes y lesiones periapicales importantes.

Técnica:

1.- Tome una radiografía para identificar y localizar la parte periapical del diente y la patología periapical.

2.- Aplique anestesia y analgesia.

3.- Prepare un colgajo amplio mucoperiosteico. Se aceptan varios diseños de colgajos: Base ancha, semilunar (curvo) y horizontal.

4.- Se efectua un tratamiento de conductos radicular antes de la cirugía.

5.- Se expone la parte apical de la raíz con una pieza de mano de pequeña velocidad bajo irrigación.

6.- Se extirpa cuidadosamente el quiste o la lesión periapical.

7.- Con una fresa de fisura se secciona un quinto aproximadamente de la raíz. Se efectúa un rodeo facial de forma que se pueda ver el conducto.

8.- Prepare una pequeña cavidad en la nueva zona del orificio apical y se obtura con amalgama de plata o gutapercha caliente.

9.- Se irriga el lugar de la cirugía con solución salina y se cierra la herida con varias suturas.

10.-Se coloca un aposito extraoral Elastoplast que presione (en el labio superior o en la mejilla, según el sitio

de la cirugía) durante 24 horas para prevenir la formación de hematomas e inflamación excesiva.

11.- Se instruye al paciente y a los padres de este, en el cuidado posoperatorio como se ha descrito antes y se retira la sutura de 6 a 8 días.

Precauciones:

- 1.- Evitar lesionar los dientes contiguos y tejidos blandos.
- 2.- Evitar lesionar el paquete neurovascular durante la cirugía periapical en dientes posteriores inferiores.
- 3.- No extraer más de un tercio de la raíz.
- 4.- Empaquetar en el lugar de la cirugía con torundas de algodón por lingual de la retropreparación. Esto impide que caiga la amalgama sobrante en el defecto óseo. Irrigando abundantemente para quitar la amalgama de plata residual y retirar las torundas de algodón antes de cerrar la herida.

Curetaje Periapical

En lo que respecta a este punto es de singular importancia recordar no dejar ningún tipo de infección periapical, ya que desgraciadamente sabemos que estas van a ir degenerando si no son tratadas y cabe mencionar, recordar hacer un estudio minucioso, radiográfico, así como el pensar en una evaluación de las lesiones bucales, una historia cuidadosamente to-

mada revela la información requerida para un diagnóstico preciso, nunca lanzarse sobre las conclusiones obvias que pueden llegar a ser incorrectas, basándose en los aspectos superficiales ó de una investigación insuficiente.

Es importante considerar a los antibióticos como una ayuda a controlar el avance de la infección, pero no van a evacuar el pus.

Considere los tres tipos de infecciones más comunes para la práctica del odontólogo:

1.- Absceso alveolar crónico: Un absceso, por definición, es una colección localizada de pus en una cavidad formada por los tejidos de desintegración. El absceso alveolar crónico puede ser la consecuencia de una infección periapical aguda, o puede ser producido por una infección periapical crónica. En ambos casos, el hueso periapical es destruido por una osteomielitis localizada, y la cavidad resultante se llena con pus. El proceso inflamatorio tabica la zona. Si persiste la irritación crónica, el absceso se va a expandir hasta drenar por si mismo perforando la encia o la piel.

Si el origen de la irritación se elimina, sea por la extracción del diente o por medio de una obturación del conducto radicular, la cavidad del absceso va a drenar y será reemplazada por tejido de granulación, que entonces formará un nuevo hueso.

2.- Granuloma: Es literalmente, un tumor constituido por tejido de granulación. Sin embargo la expresión granuloma

dental se emplea para designar lo que sucede en la región periapical cuando un absceso o una zona localizada de osteólitis es reemplazada por tejido de granulación.

La irritación crónica de la pulpa dental trae como resultado la destrucción del hueso periapical. Los intentos del organismo por preparar el defecto, consisten en un crecimiento hacia adentro de él, de capilares y tejido conectivo inmaduro que, a no ser por la irritación persistente de la pulpa dental, habría de reconstruir el tejido óseo. Sin embargo, la constante irritación provoca una mezcla de este tejido de reparación con el exudado inflamatorio, y esto constituye el granuloma dental.

Microscópicamente, el granuloma está formado por tejido conectivo en organización con numerosos capilares, con cápsula fibrosa que tiene fibras colágenas que transcurren paralelas a la periferia, y con evidente exudado inflamatorio (principalmente linfocitos y plasmocitos). La radiografía por lo general, presenta una lesión discreta y redondeada, que es difícil, si no imposible, diferenciar de un quiste.

Un granuloma puede contener restos epiteliales de Malassez. Estos restos celulares tienen el potencial de formar quistes si el granuloma se mantiene en el hueso, aunque se haya extraído el diente.

3.- Quiste periapical: Se define como el saco que contiene una sustancia líquida o semisólida. El quiste periapical es un saco recubierto por epitelio que contiene líquido o exudado inflamatorio semisólido y productos necróticos. Se

considera que el quiste apical se origina del granuloma dental. Los restos epiteliales de Malassez atrapados en el granuloma son estimulados para proliferar. Se forma una zona central de deterioro y el epitelio comienza a hacer una membrana encapsulante. La desintegración celular dentro del quiste provoca la difusión de más líquido en la cavidad quística y la consiguiente presión. Esta mayor presión hace que el hueso periférico se reabsorba y que el quiste se agrande. Un hallazgo radiográfico importante pero inconstante es una línea radiopaca en torno a la cavidad quística. El mecanismo de crecimiento del quiste o la razón por la que un quiste se vuelve más grande que otro, todavía no se conoce claramente. Como regla, los quistes periapicales, que siempre se considerarán como infectados, no crecen tanto como los quistes foliculares, que no están infectados a menos que se produzca una contaminación.

Una lesión periapical puede ser grande sin mostrar evidencia radiográfica de destrucción ósea. Esto es debido a que las lesiones osteolíticas en el hueso esponjoso no pueden ser detectadas radiográficamente; es solo cuando se destruye una porción del hueso cortical que la radiografía lo muestra.

Los estados patológicos periapicales crónicos, tales como el absceso alveolar crónico, el granuloma o el quiste periapical, pueden sufrir irritaciones agudas. El tratamiento de la irritación localizada requiere las siguientes consideraciones:

- 1.- Si el diente no sirve, extraerlo es el tratamiento mejor y más simple.

2.- Si el diente es útil, su conservación debe ser el principal objeto. Por lo tanto, el tratamiento debe consistir en abrir la cámara pulpar y remover la mayor parte del contenido de los conductos para obtener un drenaje. Si el drenaje por esta vía es inadecuado, puede requerirse una incisión.

Cuando se haya remitido la irritación, debe realizarse el tratamiento del conducto radicular. La mayoría de los endodoncistas informan de una tasa de éxitos del 90% o más, sin recurrir a la cirugía. Los investigadores han reportado que aproximadamente el 43% de las lesiones periapicales son quistes. Parece evidente, que los quistes más pequeños van a cicatrizar sin enucleación quirúrgica en la zona periapical, si es adecuada la obturación del conducto radicular.

Empleare el termino quiste para incluir a los granulomas.

Es fundamental que un quiste periapical no sea la causa de la radiolucidez si, el diente es vital. Si el diente es vital, la radiolucidez periapical tiene otra base, y el hecho de que la raíz del diente se encuentre dentro del quiste aparente no constituye indicación de extracción o de tratamiento de conductos. También, la falta de respuesta vital, sin síntomas y sin cambios radiográficos, no es indicación de extracción o de tratamiento endodóntico.

Si se extrae el diente, el pequeño quiste periapical por lo general puede enuclearse a través del alvéolo. Se inserta una pequeña cucharilla para hueso con el borde agudo contra el hueso y la superficie convexa contra la membrana quística.

Por medio de una disección cuidadosa el quiste puede separarse del hueso y levantarse totalmente. Si no se logra sacar intacto, la pared del defecto debe rasparse cuidadosamente con una cucharilla para hueso, para eliminar todos los restos quísticos.

Para quistes más grandes la técnica consiste en levantar un colgajo mucoperióstico, cortar el hueso subyacente por medio de una fresa, y enuclear el quiste por medio de una cucharilla para hueso. Nuevamente, la enucleación del quiste se realiza mejor empleando la cara posterior de la cucharilla. Esto significa que el lado concavo de ella se pone contra el hueso y el convexo contra el quiste. De este modo se elimina el quiste sin desgarrar su pared, y por lo tanto las probabilidades de dejar células epiteliales que podran reproducir el quiste se ven disminuidas. Una vez que el quiste ha sido eliminado, se vuelve a colocar en su sitio el colgajo mucoperióstico y se sutura manteniendo presión sobre la zona durante 10 minutos.

Si un quiste periapical grande es accesible y no toma dientes vitales o el seno maxilar, por lo general se lo trata mejor por enucleación. Sin embargo el cierre primario de un gran defecto puede traer como resultado la acumulación de material necrótico si se deteriora el gran coágulo sanguíneo sin soporte. Por lo tanto si el defecto tiene más de 15 mm de diámetro, es aconsejable empaquetar la cavidad con gasa envaselinada (de 5 a 10 mm) o tira Adaptic, sacando el extremo por la línea de cierre. Esta empaquetadura impide la acumulación de una colección sanguínea en el defecto. Se la retira al cabo de aproximadamente 5 días.

Cuando un quiste periapical grande toma las raíces

ces de los dientes vitales adyacentes o se apróxima a la pared central, el tratamiento consiste en la exteriorización del quiste, eliminando así la presión central, la periferia va a crecer lentamente hacia adentro, disminuyendo en forma gradual el tamaño del defecto. Puede permitirse que este proceso continúe hasta que el defecto se haya obliterado, pero esto puede llevar mucho tiempo. El período del tratamiento puede acortarse enucleando el quiste una vez que ha reducido su tamaño y no ponga en peligro los dientes adyacentes ni el seno.

Se dispone de dos métodos básicos para la exteriorización de quistes:

1.- Puede eliminarse el techo de todo el quiste. La membrana quística epitelizada que recubre la cavidad se sutura entonces a la mucosa inmediatamente adyacente a ella en la periferia.

La pared quística se hace parte de la mucosa bucal. Esta es la técnica de Partsch o marsupialización.

2.- El otro método de exteriorizar se basa en el mismo principio pero difiere en la práctica. En lugar de remover todo el techo de la cavidad quística, se talla una ventana en ella. Se elimina el contenido líquido por aspiración. No se hace intento alguno de eliminar la pared del quiste. Se empaqueta la cavidad con gasa iodoformada. El extremo de la gasa se hace salir por la ventana del mucoperiostio. La gasa iodoformada se retira al cabo de 5 días. Luego se construye un obturador que adapte a la ventana. Se dan instrucciones al paciente para que retire diariamente el obturador e irrigue con solución salina el defecto. Preferentemente, el obturador puede construirse de manera que la

irrigación pueda realizarse con él colocado. A medida que el defecto se va rellenando, es necesario reducir el tamaño del obturador periódicamente. Un trozo de goma, o un catéter o un tubo de plástico, constituyen obturadores útiles; el extremo externo simplemente se liga al diente adyacente con alambre.

CAPITULO III

CIRUGIA PREPROTETICA

Nos sirve para tener una preparación de tejidos, y estos se encuentran en condiciones ideales para recibir prótesis.

Existen dos:

Cirugía Preventiva.- Corrección de tejidos blandos, frenilectomias, profundización de vestibulo y de piso de boca, hipertrofia de surco vestibular.

Corrección de tejidos duros, regularización de procesos, intervenciones de tuberosidad, eliminación de exostosis. Esta es la correctiva.

En un artículo de la revista Time, se señaló que 20 millones de personas en Estados Unidos tienen más de 65 años de edad y que los ancianos representan aproximadamente el 10% de la población total. Actualmente, la población de personas de más de 75 años en los Estados Unidos está aumentando a dos veces y media la velocidad de la población general. Esta gran ciudadanía anciana, que vive en una era de conciencia social en la que la salud y su tratamiento se consideran derechos que tienen que ser debidamente garantizados por el gobierno, va a crear sin duda un colosal problema restaurativo protético.

La prostodoncia apunta a restaurar las porciones funcionales y estéticas 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 el maxilar o mandíbula para lograr un uso prolongado de prótesis.

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

En un artículo Goodsell señalo los criterios para la prótesis en una boca desdentada ideal. Estos se refieren a los criterios de un reborde desdentado ideal:

- 1.- Soporte óseo adecuado para la prótesis.
- 2.- Hueso cubierto con tejido blando adecuado.
- 3.- Ausencia de sacavados o protuberancias sobresalientes.
- 4.- Ausencia de rebordes agudos.
- 5.- Surcos vestibular y lingual adecuados.
- 6.- Ausencia de bandas cicatriciales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
- 7.- Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de las prótesis.
- 8.- Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior.
- 9.- Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redundancias o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.
- 10.- Ausencia de enfermedades neoplásticas.

Procedimiento Quirúrgicos Correctores

Preparación Inicial.- Las preparaciones iniciales del reborde desdentado tiene lugar en el momento de la extracción dentaria o al hacer la primera prótesis. Este grupo puede subdividirse aún en preparaciones para corregir deformidades de los tejidos blandos incluye procedimientos para eliminar frenillos, cicatrices e inserciones musculares altas y para recontornear la superficie del hueso basal con una nueva cubierta de tejidos blandos. La preparación de los tejidos duros incluye los procedimientos para la alveoloplastia, la remoción de torus y la remoción de bordes agudos, que incluyen la reducción de prominencias linguales. La corrección de las deformidades combinadas de tejidos duros y blandos incluyen procedimientos para la modificación y reducción de las tuberosidades. Son principalmente, maniobras de apoyo.

Preparación Secundaria.- Las preparaciones secundarias del reborde tienen lugar después de un período de prolongado uso de las prótesis durante el cual una excesiva atrofia, cicatrización o traumatismo, han provocado un cambio marcado en el hueso basal y los tejidos blandos que lo recubren, impidiendo de este modo el uso exitosos de la prótesis. Este grupo también puede subdividirse en preparación de los tejidos duros y blandos. Esta preparación incluye la eliminación de épulis fisurado y cicatrices, la corrección de la hiperplasia papilar inflamatoria reactiva del paladar, la extensión del reborde y el aumento de éste en maxilar o mandíbula.

Preparaciones Iniciales.

Deformidades de los tejidos blandos y procedimientos correctores.

La preparación de los tejidos blandos de los rebordes desdentados comprende la corrección de sus deformidades. Algunas tales como las inserciones altas de los músculos y frenillos, pueden aparecer normalmente, pero por lo general se les encuentra cuando una atrofia excesiva ha disminuido la altura alveolar. Pueden encontrarse cicatrices, como restos de cirugía debida a razones periodontales, endodóncicas o traumáticas.

La corrección comienza por una incisión transversal y una disección supraperióstica de la inserción, seguida por un desplazamiento hacia abajo y la sutura del músculo al periostio con suturas Dexon N° 3-0 (poliglicólicas) en la nueva posición. Se obtiene estabilización adicional sobreextendiendo la periferia de la prótesis con compuesto de modelar y gutapercha o con pasta para impresión a base de óxido de zinc para sostener la inserción en esta nueva posición.

Otros métodos correctores útiles incluyen las plastias en forma de Z, V - Y, para extender el tejido blando, Y - V para acortarlo, y la resección romboidal de los frenillos.

Obwegeser, afirma que si hay 3 o más músculos o frenillos de inserción alta, cabe pensar en una vestibuloplastia submucosa en el maxilar o en una vestibuloplastia con injerto de piel en la mandíbula.

Deformidades de los tejidos duros y maniobras correctoras.

Alveoloplastia.

Con la alveoloplastia sólo se eliminan las protuberancias que impiden la inserción de la prótesis o retardan la cicatrización.

Se realiza una elevación mínima de la encía adherida (sea hacia vestibular, lingual o palatino), de manera que se exponga un mínimo de hueso subyacente. La amplia retracción de los tejidos aumenta la reabsorción ósea y oblitera los surcos.

En las extracciones de dientes aislados con pérdida temprana de los dientes adyacentes, el collar de hueso que rodea al diente debe reducirse en el momento de la extracción. Los bordes vestibulares, linguales y palatinos agudos deben reducirse para obtener un reborde en forma de U. El hueso no debe sacrificarse para el cierre primario de los tejidos blandos.

Durante el procedimiento, debe recortarse y eliminarse el tejido blando interradicular o interdentario inflamado o excesivo. Debe acompañar esta técnica una abundante irrigación con solución salina normal y una palpación e inspección final para asegurar la remoción de los restos y evaluar la lisura de la base ósea. La sutura con seda o Dexon N°3-0 se hace sobre el hueso interseptal mientras una asistente sostiene el surco hacia arriba con un separador.

La alveolectomía 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 interseptal o por alveolectomía interseptal.

La alveoloplastia radical se realiza en pacientes con cáncer bucal que van a ser sometidos a terapia radiante como parte del tratamiento preoperatorio por el cáncer. Los dientes periodontalmente comprometidos, desvitalizados y extensamente restaurados, y aquellos que van a estar en el trayecto directo de la radiación, son extraídos. La alveoloplastia radical del hueso se realiza en el momento de la cirugía para contornear el maxilar al nivel alcanzado por la posterior cicatrización normal y atrofia. Se ha notado que el hueso interseptal y alveolar que ha sido irradiado no se va a remodelar o perdurar, lo que puede excluir para siempre el uso de una prótesis, dado que las úlceras de decúbito, que exponen a un reborde no recontorneado, pueden predisponer a éste a una radioosteomielitis maxilar.

Resección del Torus.

Los tori no tienen importancia patológica, pero ocasionalmente se les diagnostica erróneamente como tumores, alarmando así a los pacientes. Los tori en los que se clava una prótesis son fuentes de irritación dolorosa crónica que pueden provocar una infección o el fracaso de la prótesis, o ambas cosas, o aún volverse un factor etiológico de una enfermedad bucal maligna.

Tori palatinos.- Deben estudiarse por una radiografía lateral verdadera para descartar la posibilidad de su neumatización. La resección de tales tori podría llevar a una abertura

buconasal iatrogénica (paladar fisurado traumático).

Las indicaciones de la resección incluyen al torus lobulado grande, con una delgada cubierta mucoperiostica que se extiende hacia atrás a la línea de vibración de paladar que impide el asentamiento de la prótesis y el sellado posterior a nivel de las foveolas palatinas.

La técnica para la remoción del torus es la siguiente: el torus palatino no debe eliminarse en masa, para impedir la entrada en la nariz, sino que debe ser subdividido en segmentos por una fresa. Los segmentos se eliminan entonces con un osteótomo y las protuberancias se terminan alisándose con una lima para hueso o un Hall Surgairtome bajo una corriente constante de refrigeración. Se talla el colgajo y se lo sutura de manera floja.

El paladar debe cubrirse para impedir la formación de hematoma, y para soportar el colgajo lo mejor es hacer una ferula palatina tomada de los dientes por medio de retenedores o con ligaduras de acero inoxidable. La ferula se mantiene en su sitio durante 48 horas, momento en que se retira para limpiar e inspeccionar la herida. Luego se usa como vendaje sobre el sitio operatorio, hasta que la cicatrización sea satisfactoria. Se retira la ferula después de cada comida para su limpieza y las medidas de higiene bucal.

Tori Mandibular.- Los tori mandibulares aparecen principalmente en la zona lingual de los premolares. Por lo general son bulbares, pueden ser únicos o múltiples, y ocasionalmente coalescen para formar una exostosis lingual gruesa que se extiende desde los caninos hacia atrás, hasta el segundo molar.

La técnica de remoción de los tori mandibulares. La realización de la incisión por encima de la cresta al reborede desdentado o en torno del cuello de los dientes es importante para permitir un cierre adecuado. La incisión debe ser lo suficientemente larga como para incluir todo el torus y luego extenderse más allá de él para evitar desgarramientos del colgajo, que generalmente es delgado. Se despega solamente todo el espesor del mucoperiostio del lado lingual. Los tejidos vestibulares no se liberan, proveyendo un punto vestibular estable para el cierre e impidiendo la pérdida de profundidad del surco.

Se hace un tunel con la fresa en el torus expuesto para lograr un plano a partir del cual pueda dividírsele. Se coloca en el corte un escoplo de un solo bisel, con éste dirigido hacia el lado opuesto de la cortical, y se divide el torus con un golpe seco del martillo. El aislamiento óseo se realiza con una lima para hueso o, si el espacio lo permite, con una fresa para hueso, o ambas cosas. Se irriga la zona con solución salina normal. El cierre se realiza con suturas de seda o Dexon N° 3-0, y se coloca una férula de acrílico transparente por lingual de los dientes para que no se forme el hematoma. El cuidado de la férula es el mismo que para el tori palatino.

Remoción de Rebordes Agudos.

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

La remoción se realiza, iniciando la incisión a través del periostio por vestibular de la cresta del reborde móvil, y levantando minimamente el mucoperiostio para preservar el vestibulo. El recorte óseo se lleva a cabo con gubias, limas o fresas para cirugía, y comprende sólo las espículas agudas y el hueso en filo de cuchillo. Es necesario reseca sólo 1 o 2 mm, dado que la reabsorción durante la cicatrización es responsable de una pérdida ulterior. El exceso de tejido blando móvil se reseca y se manda al patólogo. El cierre se hace con suturas N°3-0 de seda o Dexon. Se logra un soporte adicional para el tejido blando rebasando la prótesis del paciente con cemento quirúrgico o acrílico blando.

Reducción de Escalones.

Comprende el escalón lingual inferior agudo que aloja al tercer molar y a la línea oblicua externa que, aunque es un reparo anatómico normal, se hace relativamente más pronunciado con la atrofia extrema de una mandíbula desdentada.

Se requiere la eliminación de la zona retentiva que aparece naturalmente a nivel del escalón lingual.

El procedimiento para la reducción del escalón es el siguiente. Se emplea un abrebocas especial con un separador lingual autoportante. Se hace una incisión a través del periostio desde la cresta del reborde hacia afuera y arriba de la línea oblicua externa. Se separa primero el periostio hacia vestibular; luego se inserta una cucharilla para hueso de Molt N°4 en el espacio lingual debajo de la almohadilla retromolar. Se debe tener cuidado de no dañar al nervio lingual. Se expo-

ne ampliamente el escalón lingual despegando el periostio hacia adelante. El nervio lingual y el conducto de Warton se protegen con un separador de Lane.

Con la fresa quirúrgica se libera el escalón colocando a 1 cm en sentido paralelo al borde anterior de la rama ascendente y llevándolo hacia abajo y adentro, de manera de separar el escalón óseo. Puede encontrarse una hemorragia importante, ya que se separa del hueso el músculo milohioideo. El posterior tallado y alisado se hace con una fresa o una lima para eliminar las espículas agudas del espacio Pterigomandibular.

La herida se irriga abundantemente con solución salina, seguida por una sutura laxa de los tejidos blandos, con seda o Dexon N°3-0. La ubicación hacia abajo del tejido blando puede mantenerse colocando un catéter de goma de French N°14 en el piso de la boca, y pasando sobre éste una sutura de Tevdek N°2-0, que ha sido pasada a través de la piel con una lezna. Las suturas que emergen del lado cutáneo se ligan sobre un rollo de algodón o botones y se les deja en su posición durante 5 días.

Tuberosidades.

Las tuberosidades agrandadas del maxilar superior pueden acompañar la hiperplasia fibrosa submucosa o ser el resultado de agrandamientos óseos que interfieren con el asentamiento de la prótesis debido a retenciones excesivas o intrusiones en el espacio intermaxilar. La corrección se lleva a cabo con resección cuneiforme del tejido fibrótico, hasta el hueso, por encima de la porción de la cresta del reborde, seguido por la resección submucosa de este tejido blando desde abajo de los

colgajos tanto vestibular como palatino. Las zonas excesiva de retención del hueso se eliminan con gubias o fresas quirúrgicas, irrigadas y se alisan con limas. Cuando se alcanza el contorno deseado en la base ósea, el exceso de tejido es recortado para permitir el cierre sin tensión. El cierre se hace con suturas de seda N°3-0, que se dejan en su sitio durante 5 días.

Preparaciones Secundarias

Epulis Fisurado.

El tejido blando atrapado entre un flanco prótesis mal adaptado y el hueso subyacente va a llevar a una fibrosis tisular y a la formación de cicatrices en el surco, lo que se conoce como épulis fisurado. La oclusión traumática de los dientes naturales que se oponen a una prótesis artificial también puede ser la causa de él. Las cicatrices marcadas en los surcos también se ven en las injurias traumáticas agudas que se producen en los accidentes automovilísticos y los traumatismos por heridas de bala o fragmentos de morteros.

La corrección del épulis fisurado se lleva a cabo eliminando el surco, si es pequeño, o con disección submucosa aguda para producir un colgajo, y luego con escisión submucosa aguda de los tejidos cicatrizales. El colgajo se sutura al periestio de manera de no perder altura vestibular.

CAPITULO IV

Dientes Retenidos.

Clasificación de los dientes inferiores retenidos.

- 1.- Mesioangular
- 2.- Horizontal
- 3.- Vertical
- 4.- Distoangular.

Además el diente puede estar desplazado hacia vestibular o lingual. También puede estar ubicado en un alto nivel oclusal (cerca de la superficie del reborde) o en un bajo nivel oclusal.

Un diente, de cualquier clase básica, es extraído con más facilidad si está desplazado hacia una posición vestibular, y es más difícil de extraer si está situado cerca de la cortical interna o aún directamente por detrás del segundo molar. Un diente, en un nivel oclusal alto, es más fácil de extraer. El diente puede haber visto impedida su erupción por la presencia de hueso (bloqueo óseo), por la presencia de un diente adyacente (bloqueo dentario) o por ambas.

La elevación de un tercer molar inferior retenido generalmente es impedida por una o más razones:

- 1.- El hueso que lo recubre.
- 2.- El borde anterior de la rama ascendente.
- 3.- El segundo molar adyacente.
- 4.- Formación radicular desfavorable.

La proximidad al nervio dentario inferior, la cortical delgada, la falta de visibilidad, el acceso restringido y la formación anormal de hueso, así como otros problemas quirúrgicos y anatómicos, son las dificultades que se pueden en contrar.

Clasificación de los dientes superiores retenidos.

- 1.- Mesio angular
- 2.- Vertical
- 3.- Distoangular.

En inferiores:

Se hace una incisión profunda, se separa el periostio con una legra, haciendo esto de mesial a distal, se pueden realizar cortes verticales y horizontales en el diente para facilitar su salida, también se puede seccionar el diente en sus raíces y así sacar estas separadamente. La fuerza aplicada con los elevadores debe ser siempre una fuerza controlada y mínima. La fuerza mayor que la normal es necesaria en muy pocas situaciones especiales, particularmente al forzar un elevador entre dos dientes ubicados muy juntos. Algunos operadores usan más fuerza que otros. Sin embargo, es mejor obtener cortes múltiples de un diente y resecar claramente bloques de hueso, an tes de intentar elevar un diente. Una buena cantidad de dientes retenidos correctamente preparados, aun a nivel bajo, pueden extenderse mejor con una pequeña cucharilla que con un grueso ele vador.

El hueso que ha sido traumatizado excesivamente debe reforzarse con una fresa una vez que el diente ha sido extraído.

Después de esto se lava perfectamente con una solución salina, porque con esto se hidrata el hueso y se eliminan restos de esquilas que pudieron quedar. Posteriormente pasaremos a la sutura empezaremos desde la mitad y posteriormente pasaremos a las terminales.

En superiores.

El diente retenido superior generalmente se extrae en la misma cita que el inferior del mismo lado.

Se hace una incisión sobre la cresta del reborede, extendiéndose desde la tuberosidad hasta el segundo molar y se prolonga oblicuamente hacia arriba y adelante de manera que termine en la raíz mesiovestibular del segundo molar.

El hueso es muy delgado y con el puro elevador recto se puede levantar la tabla externa.

Cuando no hay buen acceso utilizaremos la fresa quirúrgica permitiendo la penetración al hueso esponjoso blando así realizaremos osteotomía.

Ya viendo la corona se utiliza votador de bandera en mesial y haciendo un pequeño giro sale el diente.

Por lo general se debe trabajar por vestibular ya que por el lado palatino el hueso es muy duro y provoca nauseas al

paciente.

Puede emplearse gelfoam, para llenar una cavidad extensa, y la herida debe cerrarse firmemente mediante múltiples suturas interrumpidas.

Canino Superior Retenido.

Las retenciones de los caninos superiores se clasifican en: Vestibulares, palatinas e intermedias.

Posición canina palatina.

Es la posición más frecuente. Se hace una incisión en los espacios interdentarios palatinos, comenzando con el espacio entre los premolares de un lado rodeando las fibras palatinas libres y los espacios interdentarios hasta la zona premolar del otro lado. El grueso colgajo mucoperiostico es despegado del hueso con la cucharilla para hueso Molt N° 4. El contenido del agujero palatino se divide con el bisturí en el sitio en que entra el colgajo.

Las retenciones del canino superior es especialmente susceptible de ser extraídas por la técnica de la fresa, se emplea un movimiento de vaivén hasta que se encuentra una porción del diente retenido. Se continua con la osteosección creando surcos en el hueso adyacente al diente hasta que este quede expuesto. La fresa es excelente para seccionar el diente, particularmente porque el ancho de la fresa crea espacio para maniobrar las partes.

Se elimina las partículas óseas y los restos, se alisan los bordes de la herida ósea con una cucharilla para hueso, y se cierra la herida por medio de 3 o 4 suturas a través de la cara vestibular. La presión de un trozo grande de gasa sobre el paladar durante 15 minutos ayuda a impedir la formación de un gran hematoma. Para soportar el colgajo palatino contra el hueso resulta útil una ferula palatina de acrílico transparente.

Posición vestibular del canino.

Una vez que se ha ubicado el diente retenido se hace una gran incisión semilunar que se extiende desde el frenillo vestibular hasta la zona premolar, con su curvatura apuntando hacia el margen gingival. Se elimina hueso vestibular de la manera habitual hasta que el diente este ubicado; esté puede estar alto en la cara vestibular del maxilar superior. Se hace una disección suficiente hasta que el diente puede ser elevado con los instrumentos adecuados.

Posición canina intermedia.

Se encuentra con la corona en el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de la cortical vestibular. Aunque el estado no ha sido diagnosticado en el preoperatorio, se debe sospechar de él cuando surgen dificultades para la extracción de la porción radicular de cualquier canino hacia palatino.

La exposición palatina se hace de la manera habitual y se extrae la corona. En la región sugerida por los hallazgos radiográficos y clínicos se hace un colgajo vestibular separado,

generalmente por encima y entre los premolares del mismo lado.

La cuidadosa resección ósea va a descubrir el extremo radicular del diente retenido, que puede ser empujado desde la abertura vestibular hacia la herida palatina. Se cierran los dos sitios operatorios.

Dientes Supernumerarios Retenidos.

Los más comunes aparecen en la región anterior del maxilar superior. Pueden hacerlo de manera aislada entre los incisivos centrales (mesiodens), o pueden ser dobles (mesiodentes).

La extracción de los mesiodentes no se indica hasta que se hayan cerrado los ápices de los incisivos permanentes, dado que entonces hay menor peligro de dañar la posición mesenquimatosas en crecimiento de los dientes permanentes. A veces, los incisivos permanentes no van a erupcionar debido a la interferencia de los dientes supernumerarios.

Los dientes supernumerarios anterosuperiores generalmente se extren por medio de un abordaje palatino.

La técnica utilizada para la extracción es similar a la empleada para la remoción del canino en palatino.

Se hace una incisión alrededor de los cuellos de los dientes por palatino desde el primer premolar, y se eleva un colgajo palatino, se comienza la osteosección por detras del incisivo central, hacia atras del agujero palatino, se deja un collar de hueso en torno el incisivo central. La disección se lleva hacia

arriba y atrás hasta que se encuentra esmalte. La herida se trata y se cierra de la manera habitual.

Los premolares supernumerarios inferiores retenido son difíciles de extraer debido a la presencia de hueso compacto y de estructuras vitales tales como el contenido del agujero mentoniano en la cara vestibular y las glándulas salivales y las estructuras neurovasculares en el lado lingual.

Se hace un colgajo doble del lado vestibular, que consta de dos componentes verticales separadas por cierta distancia y unidas por una incisión alrededor de los cuellos de los dientes. El hueso vestibular que está sobre el diente a extraer se elimina a través de una ventana rectangular. Si el diente supernumerario no está totalmente formado, es más fácil extraerlo con una cucharilla para hueso, que si está completamente formado. Una vez extraído, se coloca en la herida un trozo de Gelfoam que contenga antibiotico y se aproxima con suturas todos los bordes de la incisión.

Los molares supernumerarios se manejan de una manera mucho más parecida a la del tercer molar retenido, dado que los dientes supernumerarios aparecen en el extremo de la serie molar.

CONCLUSIONES

Siempre al realizar cualquier tratamiento quirúrgico debemos tener en consideración una buena Historia Clínica, ya que por simple que pueda parecer una intervención, se necesita un buen reconocimiento para evitar complicaciones en el operatorio.

El odontólogo debe hacer uso de todos sus conocimientos para realizar una minuciosa maniobra quirúrgica y le de la importancia debida a lo que piensa realizar, ya que en sus manos está depositando el paciente su confianza.

Se ha observado con la experiencia en las cirugias que el colgajo festoneado ofrece ventajas sobre los demás por la combinación de visibilidad y relajación de los tejidos, además salva los defectos de reparación en la papila intermedia-ria.

En la cirugía periapical, basicamente se observan dos técnicas; Apicectomia y Curetaje periapical, en la apicectomia se puede ver que los dientes sometidos a esta técnica, tienen movimiento ligero hacia los lados por el fulcrum, y, si se modifica el tamaño, se recorre la parte media hacia otro lado.

El curetaje periapical es un procedimiento eficaz, para la conservación de un diente, con esto observamos también la eliminación de los síntomas dolorosos.

La cirugía preprotética, nos ayuda a preparar los tejidos y con la ayuda de la prostodoncia que se apunta a restaurar las porciones funcionales y estéticas del sistema gnatólogico, que se han perdido o están congénitamente ausentes.

Al realizar cirugía preprotética el paciente va a quedar sumamente agradecido, cuando se corrijan los estados dolorosos y con esto se restaura el uso exitoso de una prótesis.

Todos los dientes que no asumen su posición y función correctas en el arco dentario deben ser consideradas para extracción.

Los dientes que más a menudo se retienen son los terceros molares, tanto inferiores como superiores, así como los caninos superiores. Ocasionalmente, los pacientes tienen dientes supernumerarios o mesiodens.

Generalmente se hace remoción del hueso (osteotomía), para ayudarnos a eliminar con menos dificultad el diente retenido.

La mayor parte de la población, tiene problemas bucales y especialmente quirúrgicos, y, es indispensable pensar como odontólogos, que cada caso es muy particular y nunca tratar de generalizar.

BIBLIOGRAFIA

- *Cirugía Buco-Maxilo-Facial*
Kruger
Editorial Medica Panamericana
Mexico 1983.
- *Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización
y Cirugía Bucal en la Práctica Dental*
Martin J. Dunn
Donald F. Booth
Marie Clancy
Editorial el Manual Moderno
México 1980
- *Endodoncia*
Ingle
Beveridge
Editorial Interamericana
Segunda Edición
México 1982
- *Manual de Odontopediatría Clínica*
Kenneth D. Snawder
Editorial Labor, S.A.
México 1982
- *The Old The Century of The Young Time*
Vol. 49, Aug 3, 1970
- *Goodsell. J. O. Surgical Aids To Intraoral Prosthesis*
J. Oral. Surg. 13: 8, 1955.