

2 ej. 112

Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Ma. Angélica López Sandoval

SAN JUAN IZTACALA, MEX.

1979



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## CIRUGIA BUCAL PREPRÓTETICA

### I N D I C E

#### PROLOGO

#### CAPITULO I

- a).- Definición. Pag. 1  
b).- Condiciones que debe de reunir la cavidad oral para recibir una prótesis. Pag. 1

#### CAPITULO II

- a).- Anatomía del maxilar superior. Pag. 2  
b).- Anatomía de la mandíbula. Pag. 8  
c).- Anatomía del hueso malar. Pag. 13

#### MIOLOGIA.

- a).- Músculos suprahiodeos. Pag. 15  
1.- Digástrico.  
2.- Genihiodeo.  
3.- Estilohiodeo.  
4.- Milohiodeo.  
b).- Músculos de la masticación. Pag. 18  
1.- Masetero.  
2.- Pterigoideo Interno.  
3.- Pterigoideo Externo.  
4.- Temporal.  
c).- Músculos paraprótesis. Pag. 23  
1.- Mixtoforme.  
2.- Haz incisivo del orbicular de los labios.  
3.- Canino.  
4.- Buccinador.  
5.- Cuadrado del mentón.  
6.- Cigomático mayor.  
7.- Cigomático menor  
8.- Risorio de Santorini.  
9.- Triangular de los labios.  
10.- Músculo borde del mentón.

## INERVACION DE LA CARA.

- a).- V Par Craneal o Trigemino. Pag. 26  
b).- VII Par o Nervio Facial. Pag. 28

## CAPITULO III

### ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

- a).- Definición. Pag. 30  
b).- Procedimientos Mecánicos para la esterilización. Pag. 30  
c).- Procedimientos físicos. Pag. 31  
ch).- Procedimientos Químicos. Pag. 32  
d).- Procedimientos Biológicos. Pag. 33

## CAPITULO IV

### INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.

- a).- Instrumental para hemostasia. Pag. 35  
b).- Instrumental de diéresis. Pag. 35  
c).- Instrumental de disección. Pag. 37  
ch).- Material de sutura. Pag. 37

## CAPITULO V

### METODOS PARA PRODUCIR ANESTESIA POS INFILTRACION.

- a).- Anestesia Submucosa. Pag. 40  
b).- Anestesia Supraperiódstica. Pag. 40  
c).- Anestesia Subperiódstica. Pag. 41  
ch).- Anestesia Intraósea. Pag. 41  
d).- Anestesia Regional. Pag. 42

### TECNICA DE BLOQUEO PARA PACIENTES QUE LO REQUEREN.

- a).- Anestesia Endotraqueal. Pag. 44

## CAPITULO VI

### CIRUGIA CORRECTIVA DE TEJIDOS BLANDOS.

- 1.- Frenectomía Labial. Pag. 49  
2.- Frenectomía Vestibular Anterior. Pag. 51  
3.- Frenectomía Vestibular Posterior. Pag. 52  
4.- Frenectomía Lingual. Pag. 53  
5.- Labio doble. Pag. 58  
6.- Hiperplasia fibrosa del proceso alveolar. Pag. 60

## CAPITULO VII

### TORUS PALATINO Y MANDIBULAR.

Torus Palatino.

Pag. 67

Torus Mandibular.

Pag. 72

## CAPITULO VIII

### ALVEOLOPLASTIA.

a).- Objetivos y principios de la Alveoloplastia.

Pag. 75

b).- Tipos de Alveoloplastia.

Pag. 75

1.- Compresión Alveolar.

2.- Alveoloplastia Simple.

3.- Alveoloplastia de Dean

4.- Alveoloplastia de Obgweser.

5.- Alveoloplastia Cortical Vestibular.

## CAPITULO IX

### ALVEOLECTOMIA.

a).- Definición.

Pag. 83

b).- Tipos de Alveolectomias.

Pag. 83

c).- Técnica de la Alveolectomia con fines protéticos Pag. 85

ch).- Técnica Operatoria de la alveolectomia para maxilares desdentados. Pag. 85

CONCLUSIONES.

Pag. 86

BIBLIOGRAFIA.

Pag. 88

## P R O L O G O

Habiendo terminado mis estudios correspondientes del ciclo 75-78 de la carrera Cirujano Dentista, que se imparte dentro de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Ixtacala-UNAM y siendo uno de los requisitos el presentar un trabajo de tipo Bibliográfico, he escogido el tema de Cirugía Bucal Preprotésica, ya que he visto en la práctica que se llevó a cabo en las Clínicas Periféricas de Ixtacala, que gran parte de los fracasos en cuanto a los tratamientos protésicos como al adaptar prótesis parciales o totales, se debe a que no las asociamos con -- otras disciplinas odontológicas, entre las cuales se puede hacer mención de la Cirugía Bucal Correctiva.

Es por eso que uno, como Cirujano Dentista, tiene la obligación de dar a conocer, aplicar nuestros conocimientos y explicarle al paciente cada uno de los procedimientos que se llevarán a cabo durante su tratamiento.

Lo anteriormente citado, nos dará una mayor cantidad de éxitos; por lo consiguiente también se puede hacer dentro de un consultorio en la práctica general.

Es de vital importancia para el Cirujano Dentista, -- el origen de la causa o factor que lo producen.

Una de las características más importantes que nos ha facilitado mejorar la estética y el buen funcionamiento -- del sistema estomatognático ya que ha sido el avance científico de la Cirugía Preprotésica, como alveolectomías, Cirugía correctiva de tejidos blandos en la cavidad oral, -- frenilectomías, labio doble, etc. A la vez podemos mencionar algunos fines específicos como:

la regularización y modelado de las estructuras óseas musculares y mucosas.

la eliminación o modificación de malformaciones o estructuras óseas o gingivales que se presentan anómalas por haber sufrido afecciones, o ser secuelas de procesos.

Frente a cada intervención quirúrgica debe tenerse en cuenta cómo van a actuar los procedimientos quirúrgicos en la cicatrización y remodelación de los maxilares.

Por otra parte, el concepto biológico del medio bucal en donde podemos llevar a cabo la cirugía correctiva, ha permitido que funcione armónicamente el la cavidad oral.

Los objetivos del Cirujano Dentista en el campo de la cirugía bucal preprotésica son:

- La preservación de la salud general y de los pacientes para prevenir y eliminar la enfermedad.
- La lucha por preservar la salud de los dientes y de los tejidos que lo sostienen.
- Los dientes naturales deben ser eliminados a causas de enfermedades locales o gingivales; los procedimientos más adecuados para hacer que los maxilares y sus estructuras asociados sean aptas para la recepción y uso continuo de dentaduras artificiales.

La filosofía básica de nuestra área odontológica es la conservación de la salud al paciente, sus dientes y tejidos blandos que sostienen al diente.

Con la exposición de este trabajo me permito que algunos conocimientos de la práctica odontológica estén presentes como guía de carácter general deseando que aporten algún beneficio a los interesados.

## C A P I T U L O 1

### a).- DEFINICION

¿ Que es la Cirugía Oral ?

Ha sido definida por la "American Dental Association" - como aquella parte de la práctica odontológica que trata del diagnóstico y tratamientos quirúrgicos y auxiliares de las enfermedades, heridas y anomalías de los maxilares humanos y estructuras asociadas.

Dentro del tema "CIRUGIA PREPROTETICA", La define Zai-  
zar (1950) como "Preparación quirúrgica de la boca para la recepción de la prótesis, la adopción de ciertas medidas quirúrgicas, con el objeto de facilitar la retención, la estética, la estabilidad y a veces hasta la --  
instalación de los aparatos".

### b).- CONDICIONES QUE DEBE DE REUNIR LA CAVIDAD ORAL PARA -- RECIBIR UNA PROTESIS.

- 1.- Que proporcione un soporte adecuado para la prótesis.
- 2.- Tener hueso cubierto por tejidos blandos normales.
- 3.- No presentar retenciones ni protuberancias.
- 4.- No presentar crestas agudas.
- 5.- Tener adecuadas vestibulos bucales y linguales.
- 6.- No presentar bandas cicatrizales que eviten el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
- 7.- No tener fibras musculares o frenillos que movilicen la prótesis.
- 8.- Presentar relaciones satisfactorias entre las apófisis alveolares superiores e inferiores.
- 9.- No contener pliegues de tejido blando, redundancias e hipertrofias en las crestas o en los vestibulos.
- 10.- No presentar neoplasias



## C A P I T U L O II

### A N A T O M I A

#### a).- ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR.

Es un hueso par que forma la mayor parte del macizo facial. En su alrededor se articulan todos los otros huesos de la cara, está situado por debajo del frontal y del etmoides y por delante de la apófisis pterigoides.

Presenta en su interior una gran cavidad neumática, el seno maxilar, ampliación de las fosas nasales con las que se comunica.

El maxilar superior contribuye a la formación de -- las fosas orbitarias, fosas nasales, fosa pterigomaxilar fosa cigomática; y de la bóveda palatina. Por su reborde inferior la implantación de las piezas dentarias.

En conjunto el cuerpo del hueso tiene la forma de -- una pirámide.

La base mayor mira al plano medio y forma parte de la superficie nasal; la base menor, dirigida hacia afuera, se articula con el malar.

Las caras de la pirámide son tres: Superior u Orbitalia, anterior o facial y posterior o cigomática.

por otra parte emergen del hueso tres fuentes apófisis:

a).- La apófisis ascendente, que se dirige hacia -- arriba y adelante, uniéndose con la escotadura del frontal.

b).- La palatina abajo y adentro hacia la línea media, para articularse con la del lado opuesto.

c).- El reborde alveolar hacia abajo.

El maxilar superior deriva del esqueleto visceral por -- dos esbozos, el maxilar e intermaxilar, que se funcionan entre sí y no van precedidos de cartílago.

El crecimiento de los maxilares es la causa del -- alargamiento vertical de la cara entre 6 y 12 años de -- edad.

Base Mayor.- Orientada en un plano sagital, mira hacia adentro y forma parte de la pared externa de la fosa nasal.

Es la forma rectangular y presenta en su centro...

un amplio orificio que se comunica libremente con el se  
no maxilar.

Este orificio se reduce en un cráneo articulado -- por los huesos que lo rodean: arriba el etmoides, abajo el cornete inferior, adelante el unguis y atrás el hueso palatino. Relacionado con estos huesos el maxilar -- presenta por atrás del orificio del seno, una superficie rugosa que se articula con la cara externa de la -- porción vertical del palatino. A veces se observa un canal vertical que se completa con otro. situado en la ca  
ra externa de la porción vertical del palatino formando el conducto palatino posterior, por donde corre la arte  
ria palatina descendente y el nervio palatino anterior.

Por arriba del orificio del seno se hallan semicel  
dillas destinadas a articularse con las masas laterales del etmoides. Por delante se encuentra el canal lacri  
mo nasal, más amplio por abajo y limitado adelante por la apófisis ascendente del maxilar. Por debajo el borde del orificio es liso y se relaciona con la apófisis del  
maxilar y con el cornete inferior.

La base mayor, por delante del canal lagrimal, pre  
senta una cresta oblicua hacia abajo y adelante que se articula con el borde superior del cornete inferior.

Base Menor. - Oblicua hacia abajo y afuera es de -- forma triangular, con numerosas rugosidades para articu  
larse con el borde anteroinferior del hueso maxilar.

Cara Superior. - Forma el piso de la cavidad orbita  
ria, es triangular e inclinada hacia abajo y afuera. Se halla cruzada de atrás adelante por un canal que luego se transforma en conducto y desciende para aparecer en  
la cara facial del hueso.

Es el conducto suborbitario, que aloja a los vasos del mismo nombre y el nervio maxilar superior.

En el espesor del hueso nace el conducto dentario anterior que se dirige abajo y adelante, y rodea el --  
orificio de las fosas nasales (lado externo y piso) y termina dando conductillos que alcanzan los vértices -  
de los alveolos dentarios del incisivo central, late  
ral y canino; aloja a los vasos y nervios dentarios an  
teriores.

Cara anterior.- de forma cuadrilátera, la cara anterior o facial está limitada arriba por el reborde orbital, abajo por la apófisis alveolar y atrás por una cresta roma que partiendo desde la base menor, se dirige hacia abajo y adentro hasta el primer molar, se denomina cresta cigomática alveolar. El límite anterior lo constituye el borde de la estructura nasal o piriforme con la espina nasal en su extremo anteroinferior que se articula con la del lado opuesto.

En esta superficie facial encontramos de adentro - hacia afuera la fosita mirtiforme limitada hacia afuera por la eminencia que forma la raíz del canino; en ella se inserta el músculo canino. En el extremo superior -- hay un orificio, suborbitario. Por ahí se irradia la arteria y nervio suborbitario.

Cara posterior.- Es convexa y se denomina tuberosidad del maxilar, formando la pared anterior de la fosa cigomática por fuera, y de la fosa pterigomaxilar en su tercio interno. Su límite superior la separa de la cara orbitaria; por fuera se continúa con la base menor con la cresta cigomática alveolar y por dentro existen rugosidades para articularse con el palatino.

En su extremo inferior y a nivel del reborde alveolar se articula con la apófisis pterigoideas y la apófisis piramidal del palatino. En esta superficie cigomática observamos los conductos dentarios posteriores que dan paso a vasos y nervios homónimos.

APOFISIS ASCENDENTE.- Denominada también apófisis montante, se desprende del ángulo anterosuperior de la cara facial. Es aplanada y cuadrilátera, presenta una base que se continúa con el hueso, y un borde superior más pequeño y dentado que se articula con la escotadura nasal del frontal. El borde anterior se articula -- con el borde externo de los huesos propios de la nariz, y del borde posterior con el unguis.

La cara externa presenta una cresta vertical llamada lagrimal anterior. Por detrás encontramos el canal lagrimal. Por delante la cara externa, formando la cara lateral de la pirámide nasal y da las inserciones a los músculos elevador común de la nariz y labio superior.

En la cara interna presenta la cresta turbinal superior para articularse con el conete medio entre las dos crestas existe un espacio liso llamado ATRIUM.

**APOFISIS PALATINAS.**- Son horizontales, rectangulares y de mayor diámetro anterosuperior. Presentan dos caras, una superior y otra inferior y cuatro bordes, - anterior, posterior, externo e interno. La unión de la apófisis palatina con el reborde alveolar se nota, en el borde interno un canal oblicuo hacia arriba y atrás que se transforma en conducto y desemboca en el piso nasal. Completando con un canal del lado opuesto el cual forma el conducto palatino anterior, corren vasos y nervios esfenopalatinos internos.

**REBORDE ALVEOLAR.**- Es una potente apófisis vertical y descendente en la que se ubican los alveólos dentarios. Está formado por una tabla externa y una interna, tabiques interalveolares y tabiques interradiculares.

La tabla externa, es lisa y se continúa con la cara facial y cigomática. A nivel de los molares los cuales prestan inserción a los haces superiores del músculo buccinador.

La tabla interna es rugosa, de mayor espesor y se continúa sin demarcación con la cara inferior de la apófisis palatina formando la bóveda del paladar.

Las crestas interalveolares o interseptum son tabiques óseos que van de una a otra tabla, limitan ocho alveólos para las raíces de todas las piezas dentarias superiores. En los alveólos correspondientes al primer premolar y a los molares, hay tabiques que los subdividen de acuerdo al número de raíces, se llaman tabiques interradiculares, o septum.

Se distinguen en que son más cortos que los interalveolares, en todos los alveólos encontramos pequeños orificios la cual permiten el paso de venas y nervios dentarios estos se denominan foramina alveolaria.

**HUESO PALATINO.**- Es un hueso par, consta de una lámina vertical y una lámina horizontal menor.

Está ubicado por detrás del maxilar superior y por delante de la apófisis pterigoides, contribuye a formar las fosas nasales, orbitarias, pterigomaxilares y la bóveda palatina.

Lámina horizontal.- De forma rectangular y se describen en ella:

Cara superior.- Es cóncava en sentido transversal y plana en el eje anteroposterior, forma la parte posterior de las fosas nasales.

Cara inferior.- Es rugosa y forma la zona posterior de la bóveda palatina. Se observa un canal anteroposterior que en su parte posterior y adelante se continúa con el otro canal descrito en la cara inferior de la apófisis palatina del maxilar superior, donde corren los vasos y nervios del paladar.

Borde externo.- Corresponde a la unión de las láminas óseas, presentan una escotadura que se completa con el maxilar superior y forma el agujero palatino posterior.

Borde interno.- En el lado nasal deja un canal donde se introduce el borde inferior del vómer.

Borde anterior.- Se articulan con el borde posterior de la apófisis palatina del maxilar superior.

Borde posterior.- Es liso, cóncavo, forma el lado inferior de la abertura posterior de las fosas nasales.

En la línea media y en unión con el opuesto originan la espina nasal posterior, se inserta con la aponeurosis y músculos del velo del paladar.

Lámina vertical.- Es de forma rectangular y más alta que ancha se articula por fuera con la base mayor del maxilar superior y con la apófisis pterigoides.

Presenta dos caras y cuatro bordes:

Cara interna.- Forma parte de la pared externa de las fosas nasales y dos crestas horizontales la atraviesan - la inferior o cresta turbinal se articula con el cornete inferior y limita por debajo el meato inferior, la superior es más pequeña, es la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio del etmoides.

**Cara externa.**- Es lisa a nivel de la fosa pterigo maxilar se deslinda en ella cuatro zonas, que van de adelante hacia atrás:

1.- Zona Sinusal.- Contribuye a cerrar el orificio interno del seno maxilar; está cubierto por una mucosa sinusal.

2.- Zona maxilar.- Se articula con el maxilar a nivel de la superficie que limita por detrás del orificio del seno.

3.- Zona pterigomaxilar.- Es lisa, forma la pared interna de la fosa pterigomaxilar, hacia abajo se estrecha y forma un canal vertical, contribuyendo el conducto palatino posterior por donde pasan los vasos palatinos descendentes y el nervio palatino anterior.

4.- Zona pterigoidea.- Es muy pequeña y rugosa se articula con la cara interna de la apófisis pterigoideas.

**BORDE ANTERIOR.**- Es delgado oblicuo hacia abajo y adelante, forma la apófisis maxilar del palatino, que obtura en parte el orificio del seno maxilar, articulándose con el borde posterior de la apófisis maxilar, del cornete inferior.

**BORDE POSTERIOR.**- Se articula con la cara interna del ala pterigoidea.

**BORDE INFERIOR.**- Se confunde con el borde externo de la lámina horizontal. En el ángulo posterior se desprende una fuerte apófisis que se implanta asimismo en los bordes posteriores de la lámina horizontal y vertical, es la apófisis piramidal. Este penetra en el espacio angular formando las dos alas de la apófisis pterigoideas.

Por delante se articula con la tuberosidad del maxilar delimitando el ángulo de la fosa pterigomaxilar, además forma el surco pterigopalatino o hamular. Por dentro se encuentran los orificios de los conductos palatinos accesorios que por otra parte, terminan en el conducto palatino posterior o directamente en la fosa pterigomaxilar, contiene los nervios palatinos medio y posterior.

**BORDE SUPERIOR.**- Es más irregular, presenta una profunda escotadura, en un cráneo articulado, por delante - del mismo encontramos la escotadura palatina, en la cual se desprende de la apófisis orbitaria y por detrás una - delgada lámina oblicua, la apófisis esfenoideal.

**APOFISIS ORBITARIA.**- Es de forma irregular cuboidea, horientada hacia arriba, adelante y afuera, en su interior hay una cavidad, el seno palatino y varias celdillas irregulares en comunicación con las fosas nasales, presentan en su superficie cinco carillas, de las que tres son articulares y dos son libres.

**APOFISIS ESFENOIDAL.**- Es laminar y cuadrilátera, está situada por detrás de la escotadura palatina.

Su dirección es diametralmente opuesta a la apófisis orbitaria es decir que se horienta hacia arriba, atrás y adentro.

Se consideran en ella dos caras: una superior y una inferior. La primera es superoexterna, se aplica contra la cara inferior del cuerpo del esfenoideas y la base del ala interna del pterigoides, delimitando el conducto pterigopalatino.

La otra cara inferointerna, forma el techo de las fosas nasales.

#### b.)- ANATOMIA DE LA MANDIBULA.

Es un hueso en par debido a la soldadura de la línea media de los brotes laterales que lo originan.

Deriva del esqueleto visceral (primer arco branqueal) Su osificación es conjuntiva pero se forma a lo largo del cartilago de MECKEL. Se halla ubicada en la parte inferior y posterior de la cara y parece abrazar al maxilar superior.

Es el único hueso móvil de la cabeza gracias a una doble articulación que lo conecta con la zona media de la base del cráneo a nivel de las cavidades glenoideas de los temporales.

Aloja a las piezas denturias inferiores y forma con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca.

Tiene forma de herradura horizontal, abierta hacia atrás, de cuyos extremos se elevan dos amplias prolongaciones,

las ramas ascendentes, elementos que serán descritos a continuación.

**CUERPO.**- Es triangular, más alto que ancho, y con forma de U o herradura abierta hacia atrás. Debemos considerar en él dos porciones:

La inferior, basal o basilar la superior o apófisis alveolar.

La primera se continúa sin la línea de demarcación con las ramas ascendentes, en cambio la apófisis alveolar se desvía ligeramente hacia adentro, quedando entre estas y el borde anterior de la rama una superficie ósea acanalada (fosa retromolar). Estudiando en conjunto el cuerpo nos ofrece dos caras y dos bordes.

**Cara anteroexterna.**- Llamada también labioyugal debido a sus relaciones con la mejilla y el labio. Es de dirección vertical o bien oblicua hacia el exterior. En la línea media se halla la sínfisis mentoneana, que puede estar desprendida o levantada en forma de eminencia triangular. En los ángulos externos se observan los tubérculos mentoneanos. Por fuera se visualiza la fosita mentoneana ubicada por debajo de los incisivos en la que se inserta el músculo de la borla de la barba, por fuera está limitada por la eminencia canina determinada por la raíz de este diente.

Por detrás y debajo de la zona de los premolares se localiza el agujero mentoneano, debido a este conducto se desemboca hacia atrás y hacia arriba, el orificio mentoneano presentando una cresta saliente en la parte inferior interna de su contorno, más allá del orificio mentoneano la cara yugal del cuerpo mandibular se halla cruzada por la línea oblicua externa, que va de la rama ascendente a nivel de la cara distal del primer molar.

En esta línea se insertan los músculos; cuadrado de la barba, triangular de los labios y cutáneo del cuello uno por debajo del otro, de arriba hacia abajo. Por encima de la línea oblicua externa la superficie ósea está representada por un canal posteroanterior, la fosa retromolar cuyo límite es la cresta alveolar, a nivel de los tres molares se inserta el músculo buccinador.



Cara interna. - Se relaciona con la lengua (cara lingual) y contribuye a formar con el hiodes el esqueleto del piso de la boca. En la línea media se identifica la apófisis geni, a veces es dividida en cuatro espinas para la inserción de los músculos genioidios abajo y genioglosos por arriba.

Por abajo una línea que dirige hacia atrás y -- arriba, la línea oblicua interna o milohiodes, sirve para la inserción del músculo milohiodes. Esta línea no es uniforme, si no que la altura de los premolares hace un escalón ascendente, para continuar y perderse a nivel de la cresta alveolar. La superficie de arriba y adentro de la línea milohiodes es de forma cóncava, aloja a la glandula sublingual y recibe por esta razón el nombre de fosita sublingual. por atrás y abajo se observa la fosita submaxilar.

Borde alveolar. - Está formado por la tabla interna y externa y los tabiques óseos que van de una y -- otra cara. Forman ocho cavidades de cada lado, que -- alojan a las raíces de los dientes: los alvéolos dentarios tienen la misma forma que las raíces que lo albergan, y por lo tanto a nivel de los molares se hallan divididos por el tabique interradicular o septum para recibir las raíces mesial y distal.

El espesor de las tablas no es uniforme. La tabla interna es más delgada a nivel de los molares y -- la externa lo es en zona de los incisivos y caninos.

Borde inferior. - Es grueso romo y superficial, -- fácilmente de palpar, pues solamente lo cubre la piel, el tejido celular y músculo cutáneo de cuello, cerca -- de la línea media presenta la fosita digestiva (inserción del vientre anterior del digestivo) y en su extremo interno, en la zona que se continúa con el borde inferior de la rama, hay una escotadura por donde crucza la arteria facial.

Ramas ascendentes de forma rectangular más altas que anchas, son oblicuas hacia atrás y afuera.

Si observa la mandíbula desde arriba se más obli-  
cua que la del cuerpo. Su borde superior se halla rem-  
tado por dos eminencia óseas.

La anterior, muscular o apófisis coronoides y la posterior, y el cóndilo.

Presenta dos caras y cuatro bordes.

Cara externa.- Es plana con rugosidades para la inserción del músculo masetero.

Cara interna.- Es donde se localiza el conducto del nervio dentario inferior. Por el cual se introduce el nervio del dentario inferior y los vasos de igual nombre.

En la parte anterior de su contorno encontramos la espina de SPIX, en la que se inserta el ligamento esfeno mandibular. En el límite posteroinferior del orificio nace el canal milohiideo, que se dirige hacia abajo y adelante para el nervio homónimo. Por encima y delante del orificio se observa una cresta ósea que -- descende desde la cara interna de la apófisis coronoides (cresta temporal) donde se inserta el haz profundo del tendón del músculo temporal. Hacia adelante la --- cresta temporal se inclina para acercarse a la apófisis alveolar y se divide en dos ramas que se continúan con las tablas del maxilar.

En la interna se inserta el ligamento pterigomaxilar el cual limita con el borde posterior del alveolo del tercer molar. La cresta temporal forma el límite interno, y el borde anterior de la rama continuada por la línea oblicua externa que forma el límite externo. - existe una superficie acanalada denominada fosa retro-molar.

Por detrás del orificio del conducto dentario inferior la cara interna de la rama presenta hacia arriba y atrás la cresta del cóndilo. Por detrás y abajo - del mismo orificio y cerca del ángulo mandibular, se - observan rugosidades de la inserción del músculo pterigoideo interno.

Borde anterior.- Es delgado, se origina en la apófisis coronoides y por debajo se continúa con la línea oblicua externa.

**Borde posterior.**- Es grueso romo, es contorneado en forma de S y es oblicuo hacia abajo y adelante, se relaciona con la parótida, cerca del ángulo se inserta el ligamento estilo mandibular.

**Borde inferior.**- Se continúa con el borde inferior del cuerpo y con el borde parotídeo formando el ángulo mandibular o gonión.

**Borde superior.**- Está constituido de adelante hacia atrás por la apófisis coronoides, la escotadura sigmoidea y el cóndilo.

La apófisis coronoides.- Es una eminencia laminar aplanada de afuera hacia adentro, triangular y puntiaguada, más o menos elevada.

Por su cara externa se continúa con la cara externa de la rama ascendente; en su cara interna se halla la iniciación de la cresta temporal y en ella se insertará el tendón del temporal, lo mismo en el borde anterior y posterior.

La escotadura sigmoidea está situada entre la apófisis coronoides y el cóndilo; tiene forma semilunar, se comunican las regiones sigomáticas y maseterinas.

El cóndilo.- Es una eminencia ovoidea, aplastada en sentido anteroposterior, cuyo eje mayor oblicuo hacia atrás y adentro, se cruza con el lado opuesto a nivel del agujero occipital.

El cóndilo se halla ubicado en sus tres cuartas partes por dentro de la rama ascendente y solamente su tubérculo emerge por fuera. La superficie superior es libre y se relaciona con el menisco articular; tiene forma de techo a dos aguas, con una vertiente anterior oblicua hacia abajo y adelante y una vertiente casi vertical.

El cóndilo se halla unido al hueso, por el cuello que presenta en su cara interna la fosita pterigoidea para la inserción del músculo pterigoideo externo.

#### CONFORMACION INTERNA.

El maxilar inferior está constituido por dos tablas, externa e interna, que dejan entre ellas una cantidad de tejido esponjoso variable en espesor según la región que se considera así.

es escaso en la apófisis coronoides y abundante en el cón  
dilo donde se halla cubierto por una lámina de tejido com-  
pacto.

El maxilar inferior se halla recorrido por un conduc-  
to óseo limitado por una cortical que aloja a los vasos y  
nervios dentarios; correspondientes al conducto dentario  
inferior.

Se origina en la tabla interna casi en el centro de  
la rama ascendente y por detrás de la espina de SPIX; lug-  
go sigue oblicuamente hacia abajo y adelante hasta la al-  
tura del agujero mentoneano.

Un poco antes de alcanzar este orificio se divide en  
en conducto mentoneano y el conducto incisivo.

c).- Anatomía del hueso malar.

Es un hueso par de forma romboidal ubicado en -  
la parte superior y lateral de la cara por encima y por -  
fuera del maxilar superior, debajo del frontal y delante  
de la apófisis cigomática del temporal.

Se articula con todos estos huesos y además con el -  
ala mayor del esfenoides.

Es aplastado, presenta dos caras, una externa y otra  
interna, cuatro bordes; anterosuperior, posterosuperior, -  
anteroinferior posteroinferior y cuatro ángulos; superior,  
inferior, anterior y posterior.

Cara externa.- Es convexa y lisa constituye el pómu-  
lo; sobre ella descansa cerca del borde anterosuperior, -  
el músculo orbicular de los párpados. Da inserción a los  
músculos cigomático mayor y menor presentando un orificio  
y la terminación externa del conducto malar.

Cara interna.- Es cóncava transversalmente lisa, for-  
mando parte de la fosa temporal arriba y de la fosa cigo-  
mática abajo. Se insertan algunas fibras verticales del -  
músculo temporal.

Borde anterosuperior.- Es cóncavo hacia arriba y aden-  
tro, integra el reborde orbitario. De su lado interno se -  
desprende perpendicularmente la apófisis orbitaria. Su ca-  
ra anterosuperior es lisa, forma parte de la órbita presen-  
tando el orificio de partida del conducto malar. La cara -

posteroinferior se continúa con la cara interna del hueso y tiene el orificio temporal del conducto malar. El borde interno dentado, se articula arriba con el esfenoide y abajo con el maxilar superior.

Borde posterosuperior.- Está abierto en ángulos hacia atrás y arriba, contribuye a formar el contorno de la fosa temporal. El lado superior presenta una eminencia convexa: la apófisis marginal, en todo este borde se inserta aponeurosis temporal.

Borde anteroinferior.- Es rugoso en toda su extensión y se articula con el maxilar superior.

Borde posteroinferior.- Es como se continúa hacia atrás con el borde inferior de la apófisis cigomática, en él se insertan los haces del músculo masetero.

ANGULOS.- El superior dentado se articula con la apófisis orbitaria externa del frontal. El posterior, bífido a expensas del labio superior, es dentado y se articula con el extremo anterior de la apófisis cigomática del temporal. Los ángulos anterior e inferior se articulan con el maxilar superior.

CONDUCTO MALAR.- Se inicia por un orificio en la apófisis orbitaria y después de un corto trecho se bifurca, terminando en las caras, externa e interna del hueso. Aloja el ramo orbitario del nervio maxilar superior y sus dos ramas: Cigomato-temporal y cigomato-facial.

M I O L O G I A

a).- MUSCULOS SUPRAHIODEOS

1.- DIGASTRICO

Es un músculo alargado, en conjunto forma un arco cuya parte central está formada por un tendón intermedio situado por encima del hueso hiodes y que por sus extremos se extiende desde la apófisis mastoides alborde inferior de la mandíbula por fuera de la línea media.

Circunscribe en su concavidad, a la glándula submaxilar y parótida.

Inserciones.- Se inserta atrás y arriba, por medio - de las fibras tendinosas largas o bien carnosas, directas en la ranura digástrica de la mastoides. Desde ahí se dirige hacia abajo, adelante y adentro formando el vientre posterior que termina en el extremo distal del tendón intermedio, este tendón es de forma cilíndrica, tiene una - dirección horizontal paralela al cuerpo del hiodes.

Por encima de éste atraviesa al músculo estilohiideo que le forma un ojal, continuandose con las fibras carnosas del vientre anterior que cambian de dirección para dirigirse arriba y adentro.

El vientre anterior se inserta en la fosita digástrica, situada en el borde inferior de la mandíbula, por fuera de la línea media.

El tendón intermedio se halla unido al hiodes por fibras que se dirigen al borde superior y línea media, entre cruzandose con las opuestas y reforzando a las aponeurosis superficial, formando una hoja fibrosa que se conoce como aponeurosis interdigástrica.

Relaciones.- Vientre posterior.- la cara superficial está cubierta, de arriba abajo, por la apófisis mastoides y de los músculos que se insertan; luego por la vena faccial, el gran nervio auricular, la rama cervical del nervio facial y las glándulas parótidas y submaxilar.

La cara profunda se relaciona con los músculos del - ramillete de Kiolano, con los nervios vago, espinal e hipoglosomayor, la vena yugular interna y las arterias carótida externa y sus ramas facial y lingual.

**Ventre posterior.**- Está cubierto por la aponeurosis cervical superficial, el músculo cutáneo y la piel, mientras que su cara profunda corresponde al músculo milohiideo. Ambos límites pueden anastomosarse por fascículos -- musculares accesorios.

**Tendón intermedio.**- Se relaciona hacia afuera con la glándula submaxilar que lo oculta. Hacia adentro con los músculos milohiideo y hiogloso, dichos elementos determinan el triángulo de Pirogoff.

**Inervación.**- El vientre posterior se halla animado por ramas del facial y glosofaríngeo y el vientre anterior por el milohiideo.

**Acción.**- puede actuar en conjunto o bien los haces - separadamente la acción de los dos vientres es elevar al hiodes. Cuando se contrae el vientre anterior tomando como punto de apoyo el hiodes, actúa deprimiendo y retropujando a la mandíbula. El vientre posterior lleva al hiodes atrás y arriba si la inserción está fija, e inmovil inclina la cabeza hacia atrás, colaborando en la flexión posterior.

## 2.- GENIHIIDEO

Se extiende desde la apófisis geni al hiodes. Es un músculo alargado, situada a cada lado de la línea - media, forma parte de la región sublingual.

**Inserciones.**- Arriba en la apófisis geni inferior, por medio de los haces tendinosos. Desde ahí sus fibras - se ensanchan y se pliegan en forma de U acostada, abierta hacia afuera, insertándose abajo.

**Relaciones.**- La cara inferior está cubierta por el milohiideo; la cara superior se relaciona con el geniogloso; el borde interno se adosa al lado opuesto y al borde externo, forma la pared interna de la célula sublingual.

**Inervación.**- Nervio hipogloso mayor.

**Acción.**- Es depresor de la mandíbula y en menor grado retropujador, eleva al hiodes cuando toma un punto fijo en el maxilar inferior, por cuya causa acorta el piso de la boca durante movimientos de deglución.

### 3.- ESTILOHIODEO.

Es un músculo delgado que se extiende de la apófisis estiloides al hueso hiodes, por delante y adentro - del vientre posterior del digástrico.

Inserciones.- Por arriba en la cara posterior externa de la apófisis estiloides, cerca de la base por medio de un tendón delgado. Le sigue un cuerpo carnoso fusiforme, que se dirige abajo y adentro acompañando al vientre posterior del digástrico. Al llegar al tendón intermedio del digástrico le forma un ojal o bien pasa totalmente por dentro o fuera según el caso, termina insertandose directamente por fibras tendinosas en la cara anterior -- del cuerpo del hiodes en las vecindades del asta mayor.

Relaciones.- Análogas a las del vientre posterior del digástrico.

Inervación.- Rama del nervio facial.

Acción.- Lleva al hiodes hacia arriba y atrás.

Este movimiento es equilibrado por la contracción de los músculos infrahiodeos y de esta manera el estilohiodeo - alarga el piso de la boca.

### 4.- MILOHIODEO

Es un músculo ancho, aplanado, de forma irregularmente cuadrilátera, oblicuo hacia abajo y adentro, - se extiende de la cara lingual de la mandíbula a la cara anterior del hiodes hasta su línea media.

Inserciones.- Por arriba y afuera se inserta, - por fibras carnosas y tendinosas cortas, en la línea oblicua interna de la mandíbula o cresta milohiodea. Esta línea se extiende desde el último molar a nivel de la cresta lingual, hasta la sínfisis, por abajo de la apófisis - geni. A la altura de los premolares se hace un escalón -- descendente.

Desde esta línea de inserción, las fibras más anteriores se dirigen casi transversalmente hacia adentro - uniéndose con las del milohiodeo.

Las fibras medias y posteriores se hacen más largas y oblicuas hacia abajo y adentro, insertandose en el rañé medio y en la cara anterior del hueso hiodes.



Los dos milohioides tienen tres lados de inserción; el superior en el maxilar, en el inferior en el hioides y el interno en el rañel mediano, el borde posterior es el único libre.

Relaciones.- La cara inferior es superficial se halla cubierta por el cutáneo, la aponeurosis cervical superficial, el vientre anterior del digástrico y la glándula submaxilar.

La cara superior.- Está en relación con los músculos genihioideos y genioglosos, por fuera de ellos la glándula sublingual, los nervios lingual e hipoglosos y el conducto de warrton.

El borde posterior.- Libre se halla en relación con el músculo hiogloso.

Inervación.- Nervio milohiideo, rama del dentario inferior.

Acción.- Si toma punto fijo en el hioides, es depresor de la mandíbula y lleva el mentón abajo y atrás, lo mismo que el vientre posterior del digástrico. En caso contrario eleva al hioides y el suelo de la boca durante la deglución presionando la lengua hacia arriba y atrás con los arcos dentarios ocluidos.

#### b.)- MUSCULOS DE LA MASTICACION

##### 1.)- MASETERO

Es un músculo grueso, de forma rectangular, que se extiende oblicuamente desde el arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

Inserciones.- Se consideran dos fascículos; uno anteroexterno o superficial y otro posterointerno o profundo.

El haz superficial.- Se inserta en los tres cuartos anteriores del borde inferior del arco cigomático, desde su origen hasta el ángulo inferior del maxilar.

Las fibras carnosas que se desprenden se dirigen oblicuamente hacia abajo y atrás, insertándose en el ángulo del maxilar, en la parte inferior del borde parotideo y en el extremo inferior de la cara externa de la rama del maxilar.

El haz profundo.- Está cubierto en gran parte por el superficial y sólo lo rebasa por el borde posterior, se inserta hacia arriba en el borde inferior y cara interna del arco cigomático.

Relaciones.- Se estudiarán en sus dos caras y cuatro bordes:

La cara interna o profunda.- Se halla en relación con la cara externa de la rama, con la escotadura sigmoidea y los vasos y nervios maseterinos que la atraviesan, con la apófisis coronoides, el músculo temporal y el buccinador, del que se encuentra separado por la bola adiposa de Bichat.

La cara externa.- Tapizada por la aponeurosis maseterina, está cubierta por los músculos cigomático mayor, cutáneo y risorio de Santorini; también se relaciona con la arteria transversal de la cara, con la prolongación anterior de la parótida, el conducto de Stenon y finalmente con las ramas del nervio facial.

Borde superior.- Corresponde al borde inferior del cigoma, en el que se inserta.

Borde inferior.- Se halla atrás con el ángulo y el borde inferior de la rama.

Borde posterior.- Forma una línea quebrada debido a la dirección de los haces superficial y profundo asimismo se relaciona con el borde parotideo.

Borde anterior.- Oblicuo abajo y atrás atraviesa el hueso maxilar superior, el buccinador y el maxilar inferior, la arteria y vena facial cruzan este borde en su extremo inferior.

Aponeurosis maseterina.- Recubre la cara externa del músculo, y es de forma rectangular y toma inserciones óseas, formando una celda osteoaponeurótica abierta solamente de la escotadura sigmoidea.

Inserciones.- Por arriba lo hace en la cara externa del arco cigomático; abajo en el borde inferior de la mandíbula; atrás en el borde protideo; adelante en el borde anterior de la apófisis coronoides y en el borde anterior y cara externa de la rama ascendente.

INERVACION.- Por el nervio maseterino

Acción.- Dirige al maxilar arriba y atrás por su haz superficial lo tracciona hacia arriba y adelante. Es un poderoso elevador de la mandíbula.

## 2.- PTERIGOIDEO INTERNO

Es un músculo de forma análoga a la del masetero pero algo más pequeño, oblicuamente extendido desde la fosa pterigoidea hasta la cara interna del ángulo mandibular, está situado por dentro del pterigoideo externo.

Inserciones.- Por arriba se implanta, mediante fibras carnosas directas y tendinosas cortas, en toda la extensión de la fosa pterigoidea, algunas de estas fibras nacen en la apófisis piramidal del palatino. - Otros fascículos se insertan en la cara externa de la apófisis piramidal del palatino y en la zona vecina de la tuberosidad del maxilar, cruzandose con fibras inferiores del haz inferior del músculo pterigoideo externo (fascículo de JUVARA) en conjunto de estas fibras forman la porción superficial.

El cuerpo del músculo se dirige afuera, atrás y abajo, insertandose en la cara interna de la rama, desde el canal milohiideo hasta el ángulo.

Relaciones.- La cara interna se halla separada de la pared lateral de la faringe por un amplio espacio -- abierto hacia atrás, denominado maxilofaringe. En el se toma el paquete vasculo nervioso del cuello y los nervios glossofaríngeos, neumagástricos, espinal, hipogloso mayor y gran simpático.

La cara externa en su mitad superior, se halla en relación con el pterigoideo externo del que lo separan la aponeurosis pterigoidea que cubre toda la cara.

Más abajo se aproxima al maxilar y forma con el - por su distinta dirección, un espacio angular llamado - pterigoideo mandibular, donde se localizan los nervios dentario inferior y lingual con arterias y venas dentarias.

Inervación.- Nervio pterigoideo externo.

Acción.- Translada al maxilar inferior hacia arriba y adelante, actúa como sinérgico del masetero para elevar la mandíbula.

### 3.- PTERIGOIDEO EXTERNO

Es un músculo corto de forma prismática, con el eje dispuesto en un plano horizontal, cuyo vértice pertenece al cóndilo mandibular y la base se sitúa en la cara externa de la apófisis pterigoides.

Inserciones.- Hacia adelante toma ataduras por dos fascículos uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

El fascículo esfenoidal se originan;

1.- En la carilla horizontal o cigomática del ala mayor del esfenoides.

2.- En la cresta esfenotemporal.

3.- En la parte superior de la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Fascículo Pterigoideo se inserta en: 1.- Las tres cuartas partes superiores de la cara externa de la apófisis pterigoides por debajo del fascículo anterior.

2.- En la cara externa de la apófisis piramidal - palatino.

3.- En la tuberosidad del maxilar superior en la apófisis.

Desde estos diferentes puntos de inserción las fibras se dirigen en forma convergente hacia el cuello del cóndilo mandibular, las superiores horizontalmente y las inferiores oblicuamente hacia arriba atrás y hacia afuera. Entre los haces se insinúan el nervio bucal y la arteria maxilar interna, las fibras carnosas reunidas se insertan por:

a).- El borde anterior del mentón y en la cápsula de la articulación.

b).- En la fosita ósea del cuello del cóndilo.

Relaciones: Se consideran tres caras:

Cara superior.- Corresponde a la carilla cigomática del esfenoides, entre el músculo y hueso se deslizan los nervios temporales profundos medio y posterior.

**Cara anteroexterna.**- Tiene relaciones de atrás hacia adelante con el masetero, la escotadura sigmoidea, la apófisis coronoides, el tendón del temporal y la bola adiposa de Bichat.

**Cara posteroexterna.**- Se relaciona con el músculo pterigoideo interno y los nervios dentario inferior, lingual y auriculotemporal.

La arteria maxilar interna situada en un principio sobre esta cara, rodea el borde inferior y luego se ubica por delante de la cara anteroexterna.

**Inervación.**- Por el Pterigoideo interno.

**Acción.**- Por la contracción simultánea ambos pterigoideos externos trabajan como propulsores de la mandíbula y contribuyen al movimiento de descenso. Cuando la boca se halla abierta, evitan el desplazamiento hacia atrás del menisco articular y del cóndilo mandibular. La contracción de un solo músculo lleva hacia adelante, adentro y abajo del cóndilo y el menisco, determinando el movimiento de lateralidad de la mandíbula.

#### 4.- TEMPORAL

Es un músculo potente aplanado, ancho en forma de abanico, ocupa gran parte de la fosa temporal y desde ahí converge hacia la apófisis coronoides del maxilar.

**Inserciones.**- Se amplía sobre la cara externa del cráneo y se extiende hacia adelante hasta el borde lateral del borde supraorbitario. Su inserción inferior se hace en la apófisis coronoides y a lo largo del reborde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Presenta tres componentes funcionales independientes en relación íntima con la dirección de las fibras en el músculo. Las fibras anteriores son casi verticales, las de la parte media corren en dirección oblicua, y las fibras más posteriores son casi horizontales antes de dirigirse hacia abajo para insertarse en el maxilar.

**Inervaciones.**- Está inervado por los nervios temporales profundos.

**Acción.**- Este músculo interviene para dar posición al maxilar durante el cierre, por lo cual resulta más sen-

sible a las interferencias oclusales que cualquier otro músculo masticador. Las fibras anteriores pueden contraerse un poco antes que el resto de las fibras cuando se inicia el cierre del maxilar, las fibras posteriores de un lado son activas en los movimientos de lateralidad del maxilar hacia el mismo lado pero la retracción bilateral del maxilar desde una posición protrusiva afecta a todas las fibras del músculo

Sus haces posteriores contribuyen a la retropulsión.

#### b).- MUSCULOS PARAPROTETICOS

##### 1.- MIRTIFORME

Inserciones.- Por abajo, en la fosa mirtiforme del maxilar superior por arriba, por dos fascículos en el -- subtabique y en la parte posterior del ala de la nariz.

Acción.- Constrictor de la nariz

##### 2.- HAZ INCISIVO DEL ORBICULAR DE LOS LABIOS

Inserción.- Teniendo su inserción ósea por dentro del borde externo de la fosa mirtiforme, ha de ir a terminar a nivel de la comisura, por la cual debe cabalgar sobre el surco yugal.

##### 3.- CANINO

Inserción.- Su inserción fija, se verifica en la fosa canina y la móvil en la comisura bucal.

Acción.- Su acción muscular es escasamente importante desde el punto de vista protético, puesto que al levantar la comisura eleva el surco vestibular; en cambio cuando es arrastrado por la contracción del triangular de los labios, lleva la comisura hacia abajo y así las fibras del canino parecen continuarse, a través de su vinculación, producen un descenso del curso.

En ocasiones este músculo es el responsable de la aparición de los frenillos laterales que se observan a nivel de los premolares.

##### 4.- BUCCINADOR

Es el músculo paraprotético, que se inserta en el reborde alveolar a nivel de los tres molares y luego da un trayecto levemente ascendente, se encurva a nivel del surco haciéndose descendente para formar la cara interna de la capa muscular del carrillo, al llegar

al maxilar inferior repite la disposición que adopta en el superior.

Cuando el músculo se contrae, las fibras se cortan, descienden el surco superior y se eleva el inferior.

Acción.- Dirige a la comisura atrás.

#### 5.- CUADRADO DEL MENTON

Es un músculo cuadrilátero que se inserta por abajo en la línea oblicua externa del maxilar inferior, en donde recibe numerosas fibras del cutáneo del cuello y se dirige hacia arriba a la cara profunda de la piel del labio inferior. Baja el labio inferior y se dirige hacia afuera.

#### 6.- CIGOMÁTICO MAYOR

Inserciones.- Por arriba en la cara externa del hueso malar, y por abajo y dentro para insertarse en la cara profunda de la piel del labio superior, cerca de la comisura.

Acción.- Dirige la comisura hacia arriba y atrás.

#### 7.- CIGOMÁTICO MENOR

Inserciones.- Por arriba en la cara externa del hueso malar y por abajo, en la cara profunda de la piel del labio superior, al lado de la comisura.

Acción y Dirección.- Es la misma que la del Cigomático mayor.

#### RISORIO DE SANTORINI

Se inserta por delante de la cara profunda de la piel de las comisuras labiales, por atrás se confunde con el cutáneo.

#### 9.- TRIANGULAR DE LOS LABIOS

Se inserta por abajo en la parte posterior en la línea oblicua externa del maxilar inferior, donde reciben algunas fibras del cutáneo del cuello; por arriba, en la cara profunda de la piel del labio inferior a nivel de la comisura.

#### 10.- MUSCULO BORLA DEL MENTON

Se sitúa en el depresor del mentón.

Inserción.- Se inserta por arriba de la foseta del maxilar inferior, situado a cada lado de la sínfisis.





## INERVACION DE LA CARA

### a).- V PAR CRANEAL O TRIGEMINO

Es un nervio mixto, es decir, con sus fibras sensitivas y motoras, cuya parte sensitiva se origina en el llamado gánglio semilunar de Gasser y la parte motora - en la zona del cerebro llamada protuberancia.

Tiene tres núcleos sensitivos:

1.- Núcleo bulbo-espinal.- Es el más grande, se extiende desde los dos o tres primeros segmentos cervicales, hasta la parte alta del bulbo raquídeo. En la parte baja o caudal de este núcleo es en donde hace su primer relevo, los impulsos nerviosos procedentes de los receptores al contacto, al dolor y a la temperatura de la hemicana correspondiente y de sus actividades (ojo, fosas nasales, la boca, los dientes, la lengua, etc.).- Las fibras procedentes de la región oftálmica, se sitúa en la parte baja de este núcleo, de la región del maxilar y las que provienen de la mandíbula.

2.- Núcleo protuberancial del trigémino.- Este se encuentra en la protuberancia por fuera de su núcleo motor. En este núcleo hacen sinapsis las fibras nerviosas procedentes de la hemicana correspondiente, transportan impulsos nerviosos relacionandono con la sensibilidad táctil fina, dolor y temperatura.

3.- Gánglio Mesencefálico del Trigémino.- En el sitio donde se localiza el soma de la primera neurona de la vía la cual da sensibilidad profunda a la cara.

Las neuronas que constituyen este gánglio, representan el acúmulo de somas neuronales de los gánglios raquídeos (Gánglio de Gasser) que como caso excepcional quedaron sumergidos en el tallo cerebral. En este gánglio llegan los impulsos nerviosos procedentes de los músculos masticatorios, a nivel protuberancial, mediante una sinapsis, el reflejo masticatorio se determina por la elongación de los músculos masticatorios (apertura de la boca), una rápida respuesta de oclusión.

Este par craneal emerge por la región ventral de la protuberancia el componente motor más sensitivo se -

situa en la parte interna y ambos se dirigen hacia adelante y hacia afuera, hasta la punta del peñasco, en donde el componente sensitivo o externo, se encuentra el soma de la primera neuroma sensitiva (Gánglio de Gasser), aquí se trifurca y da origen a tres nervios sensitivos periféricos que se distribuyen en la hemicara correspondiente, y de arriba abajo con los siguientes:

a).- Nervio Oftálmico.- Inerva la frente, los párpados, el ojo y sus anexos, y el hueso mismo.

b).- Nervio maxilarsuperior.- Inerva la región del mismo nombre, en su superficie y en su profundidad (seno maxilar, fosas nasales, arcada dentaria superior, bóveda, palatina).

c).- Nervio mandibular o maxilar inferior.- Es el único que se asocia con la rama motora o nervio masticador.

Este nervio da la sensibilidad somática general de la región mandibular, la arcada dentaria inferior, la lengua en sus dos tercios anteriores, piso de la boca y sus anexos.

4.- Nervio masticador o rama motora.- Inerva los músculos: Temporales, Masetero, Pterigoideos interno y externo, Digástrico y el músculo del martillo.

Función.- Este nervio tiene capital importancia biológica, tanto en su aspecto sensitivo, como en el aspecto motor; ya que siendo la facie la parte que primero entra en contacto con el ambiente, para fines de exploración en la supervivencia, interviene en funciones vegetativas como la succión, la ingestión, la masticación, la deglución y de manera oleatoria la respiración; también es vía aferente de los siguientes reflejos vegetativos: lagrimación, parpadeo, secreción de moco nasal, estornudo, salivación, también interviene en las respuestas reflejadas de protección como son: la respuesta palpebral de oclusión, ante estímulos nocivos que afectan la córnea o la conjuntiva, como el polvo, cuerpos extraños, la contracción permanente de los masticadores, que fijan la articulación temporomandibular es una posición antálgica, en presencia de lesiones dentales o parodontales.

## MÉTODOS PARA EXPLORAR EL NERVIIO

a).- Sensibilidad.- Con trocitos de algodón, por medio de alfileres y objetos calientes o fríos.

b).- Reflejos.- Corneal, conjuntival, mendibular y del estornudo.

c).- Estado motor.- Capacidad para masticar, palpación de los músculos masetero y temporal cuando los maxilares están fuertemente cerrados.

### d).- VII PAR O NERVIIO FACIAL

Es un nervio mixto compuesto, tiene un núcleo motor vegetativo especializado, situado en el casquete de la protuberancia; sus fibras emergen por el surco bulbo-protuberancial, asociadas a un fino paquete de fibras correspondientes al nervio intermedio de Whisberg la cual inerva los músculos derivados del segundo arco branquial, ó sea todos los músculos superficiales de la cara.

Las fibras sensitivas del facial, proceden de los receptores gustativos, localizados en los dos tercios anteriores de la lengua por medio del nervio lingual y posteriormente la cuerda del tímpano por medio del VII par, llegan al gánglio geniculado que se encuentra en el peñasco. Este componente sensorial tiene su núcleo en el casquete protuberancial, el núcleo del haz solitario. En este núcleo confluyen los impulsos nerviosos procedentes de los receptores gustativos del tercio posterior de la lengua a través del IX par (Glossofaríngeo) y de la parte alta de la laringe (Epiglótis), a través del X par (vago).

El VII par, también contiene fibras negativas procedentes del núcleo salival superior y secretor del moco nasal. Estas fibras se encargan de inervar, a través de gánglios parasimpáticos específicos, las siguientes estructuras: La glándula lacrimal, las glándulas secretoras de mucosa nasal (Gánglio oftálmico) y junto con la rama vegetativa del IX, inerva las glándulas salivales; submaxilar (Gánglio submaxilar), sublingual (Gánglio sublingual) y parótida (Gánglio ótico).

La función del componente gustativo, es primeramente la detección de los alimentos agradables o apetecibles, es tan constituidos por cuatro sabores elementales:

Salado, Amargo, Acido y dulce.

Las fibras parasimpáticas que inervan las glándulas salivales, activan la secreción salival y trabajan asociadas a la estimulación gustativa y mecánica de la boca, para facilitar la masticación, inicio de la digestión y de la deglución.

La función motora del facial es primordialmente el gobierno de la expresión de los estados de ánimo; actúa en la protección criminal ante los peligros (expresión de miedo, terror y agresión), secundariamente, la expresión anímica influenciada por la inteligencia y la voluntad adquiere un carácter propio para cada individuo, en muchos sentidos es el reflejo de la persona.

#### EXPLORACION DEL NERVIO

a).- Estado motor.- Capacidad para sonreír, salivar, etc. La exploración eléctrica del nervio y músculos faciales así como el electromiografía.

b).- Reflejos.- Deben ser explorados los reflejos conjuntival, corneal y palpebral.

c).- Estado sensitivo.- El gusto se explora por medio de dulce, con azúcar, agrio, ácido cítrico, amargo, con quinina y salado con sal.

d).- Simetría facial.- Debe observarse la cara en reposo o durante movimientos faciales voluntarios.

C A P I T U L O   I I I  
ASEPSIA                      Y                      ANTISEPSIA

a).- DEFINICION

ASEPSIA.- Significa "ausencia de sepsis", es decir, de infección por falta absoluta de microbios patógenos.- Es una condición imprescindible para efectuar una operación quirúrgica, con el objeto de que la herida operatoria no se transforme en puerta de entrada de los microbios patógenos causantes de infecciones locales o generales.

ANTISEPSIA.- O desinfección. De Sepsis, es la práctica de todas aquellas medidas y precauciones que conjuran o combaten la infección destruyendo los respectivos microbios patógenos.

No debe confundirse la antisepsia, que es la lucha contra los microbios de las distintas infecciones presentes en un local sobre un objeto o sobre la superficie externa de nuestro organismo, con la asepsia que significa "ausencia de infección", es decir absoluta ausencia de microbios patógenos.

La antisepsia puede obtenerse por medios: Mecánicos, Físicos, Químicos y Biológicos.

b).- PROCEDIMIENTOS MECANICOS PARA LA ESTERILIZACION

Toda intervención quirúrgica va precedida de una antisepsia mecánica y en nuestra especialidad: La limpieza de la cavidad de un diente careado por medio de fresas excavadoras, etc., o la eliminación de tártaro que se deposita sobre los dientes o el enjuagatorio de la boca con una solución fisiológica esterilizada, con el objeto de arrastrar hacia el exterior parte de los gérmenes que se encuentran en la cavidad oral.

También la asepsia del operador y de los objetos que están en relación durante la intervención quirúrgica son también procedimientos que concurren a la obtención de la asepsia.

### c).- PROCEDIMIENTOS FISICOS

La mayor parte de los elementos físicos, la luz, calor, frío y electricidad han sido empleados con fines antisépticos, pero en la práctica quirúrgica solo se toma en cuenta como procedimientos destinados a destruir los microorganismos, los que se basan en la utilización del calor.

Según se emplee el calor seco o el calor húmedo, -- producido por el agua hirviendo, o por vapores de agua bajo presión, variará la temperatura y el tiempo a que es necesario someter un objeto para obtenerse su completa esterilización.

En general, podemos decir que el calor húmedo es -- más eficaz que el calor seco; la mayoría de los gérmenes patógenos en estado adulto mueren por una exposición de 10 minutos a 60°C aproximadamente de calor húmedo o por calentamiento a 120°C durante una hora en el aire seco.

La esterilización por el calor puede obtenerse por tres procedimientos:

- 1.- Por calor seco
- 2.- Por calor húmedo a presión
- 3.- Por tinalización

1.- Calor seco.- se efectúa en estufas, una de ellas es una caja cuadrada o rectangular de cobre bronceado, en cuya parte superior presenta dos orificios; uno de ellos sirve para adaptar un termómetro y el otro para colocar un graduador que pone en comunicación la estufa con el exterior.

Para esterilizar instrumentos o materiales en las estufas secas debe mantenerse a una temperatura de 170°C a 180°C durante cuarenta minutos.

Otro procedimiento de esterilización para calor seco es el flameado de los objetos, solo se emplea para -- instrumentos metálicos, para ello se colocan los instrumentos a esterilizar en una cubeta encendiendo en ella -- una pequeña cantidad de alcohol.

Este procedimiento no garantiza una absoluta esterilización, debe utilizarse en casos excepcionales de urgencia.

Está contraindicado para instrumentos cortantes ya que pierden su filo.

## 2.- Calor Húmedo

Para esta técnica se emplea agua corriente adicionada con sales; vapor de agua a la presión ordinaria es decir a  $100^{\circ}\text{C}$  y vapor de agua saturado a alta presión.

El calor húmedo es más eficaz para esterilizar que el calor seco, porque el vapor de agua penetra por ósmosis a través de las membranas de los microorganismos y de las esporas, además coagula el protoplasma celular.

La esterilización por el agua hirviendo ( $100^{\circ}\text{C}$ ) se obtiene sumergiendo sencillamente los objetos a esterilizar en el agua y metiéndolos más o menos treinta minutos.

Para aumentar la temperatura del agua hirviendo y tener un poder esterilizante total, se puede agregar un 2% de carbonato o borato de sodio o cloruro de sodio, - con el cual se hace que la temperatura llegue a  $108^{\circ}\text{C}$ .

El vapor de agua saturado por presión, realiza una ideal esterilización.

El vapor de agua atmosférica, es decir de 1 kgm, - por Cm. cúbico, produce una temperatura de  $120^{\circ}\text{C}$ , la - que es suficiente para destruir los microorganismos. con un tiempo de 15 a 30 minutos.

## 3.- Esterilización por Tindalización.

Fue ideado por TINDALL, dice que es posible tener - una perfecta esterilización sin pasar a los  $65^{\circ}\text{C}$  de temperatura, bastando para ello calentar los objetos que se desean esterilizar durante una hora diaria, por espacio de 5 a 6 días consecutivos.

Las esporas resisten los  $65^{\circ}\text{C}$  del primer día de calentamiento, pero en el intervalo competido entre dos - calentamientos sucesivos, llegan al estado adulto y se hacen vulnerables a un segundo calentamiento y así sucesivamente.

## ch), - PROCEDIMIENTOS QUÍMICOS

Son los que se utilizan por medio de sustancia que impiden el desarrollo de los microorganismos para obtener la antiseptia.

Cuando son suficientemente enérgicos para destruir los microorganismos y sus esporas, se denominan desinfectantes o microbicidas, además suprimen los malos olores provenientes de la putrefacción se designan con el nombre de desodorantes.

Muchos agentes son a la vez antisépticos o desinfectantes, según la concentración que se emplee. En soluciones débiles obran como antisépticos y en las soluciones fuertes como desinfectantes.

El ideal de un antiséptico es que detenga el crecimiento o actividad de los gérmenes y a la vez estimule a las células para que activen su defensa natural.

En la actualidad debemos elegir sustancias conocidas, que menos perjudiquen al organismo.

Citaremos algunos desinfectantes como: el formaldehído, la formalina, el fenol, el cresol, el lisofornio, el cloro y sus derivados, el alcohol etílico, la tintura de yodo, etc.

#### d).- PROCEDIMIENTOS BIOLÓGICOS

Están constituidos por las vacunas y los sueros - que son los que introducimos en el organismo humano.

Por lo consiguiente las vacunas activan las defensas o ayudan a éstas y los sueros sirven para luchar contra agentes infecciosos.

Fomas para hacer asépticos los elementos que emplearemos en la Cirugía.

#### REQUISITOS PARA LA SALA DE OPERACIONES

1.- Debe ser suficientemente amplia para permitir la cómoda instalación del sillón y del equipo dental, de las mesas para poner los instrumentos, dejando espacios libres, suficientes para el operador y sus ayudantes.

2.- El pavimento y el revestimiento de los muros y del techo deben ser lo más lisos e impermeables posibles.

3.- La temperatura del local debe ser estable y no bajar de los 22°C y no subir a los 25°C.

4.- La iluminación natural debe ser amplia, el espejo frontal provisto de una lámpara eléctrica, ya que



puede ser útil en ciertas intervenciones.

5.- Los muebles de la sala de operación deben ser indispensables como el sillón dental, equipo dental, - mesa para instrumentos, negatoscopio.

El piso y las paredes de la sala de operaciones - se lavarán diariamente con una solución muy diluida de hipoclorito de sodio.

El sillón y las mesas se cubrirán con lienzos esterilizados y el brazo del torno eléctrico, cuya pieza de mano debe ser intercambiable para poder esterilizarse:

## C A P I T U L O IV

### INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO

#### a).- INSTRUMENTAL PARA HEMOSTASIA

Este instrumental se utiliza para impedir o cohibir una hemorragia.

Está integrado por:

1.- Pinza de hemostasia.- Lo hay curva y recta, es delgada con estriaciones transversales en su extremo terminal, mide de 12 a 13 cm., se utiliza para vasos de pequeño calibre.

2.- Pinza de Kelly.- La hay recta y curva, es más ancha y gruesa que la de hemostasia, tiene estriaciones transversales en su extremo terminal y mide de 14 a 16 cm., se utiliza para vasos de calibre grueso.

3.- Pinza de Halsted.- Es de ramas delgadas, tiene estriaciones transversales, mide de 16 a 20 cm. sirve para tomar vasos pequeños o mediano calibre a profundidad.

4.- Pinza de Pean Rochester.- Tiene estriaciones paralelas y se usa para tomar pediculos a profundidad.

5.- Pinza de Pean.- Mide de 12 a 14 cm. se usa para tomar torundas de algodón e hilos.

6.- Pinza de Kocher.- Tiene estriaciones transversales y dientes de ratón, mide de 14 a 16 cm., se utiliza para disecciones.

#### b).- INSTRUMENTAL DE DIRESIS O DE CORTE

Está comprendido por:

1.- Bisturí

2.- Tijeras

1.- Bisturí encontramos varios tipos:

a).- De una sola pieza

b).- De hoja cambiable

Las de hoja cambiable son los más usados y constan de mango y hoja.

Los mangos más usados son: 3, 4 y 7.

El mango No. 7 se usa en cavidades profundas y pequeñas, es el más usual en el área odontológica.

El mango No. 3 se usa para tejidos en los cuales se realizan cortes finos.

El mango No. 4 se usa para cortes gruesos.

Las hojas más usuales son 11, 13 y 15.

Existen tres formas básicas para tomar el bisturí.

a).- Como cuchillo de mesa

b).- Como lápiz

c).- Como arco de violín.

El movimiento del corte cuando se usa el bisturí deberá siempre dirigirse:

a).- De izquierda a derecha

b).- De lejos a cerca

c).- De arriba hacia abajo.

La toma en lápiz se usa para cortes pequeños, ya -- que el movimiento lo ejecuta la muñeca.

La de cuchillo y arco de violín, los movimientos -- los ejecutan el codo y el hombro, se emplean para corte largos.

El bisturí siempre debe de cortar en ángulo de 90° - con la piel, para permitir que en el momento de la sutura los bordes de afrontamiento sean exactamente iguales.

2.- Tijeras.- Existen varios tipos: Las curvas y las rectas.

Las rectas se usan para cortes de hilo y las curvas para cortes de tejidos.

Las tijeras se toman con el dedo pulgar y anular, - el índice guía el corte, el medio y meñique fijan y sostienen la rama de donde está el dedo anular.

El corte de las tijeras rectas.- Se sigue el hilo - con una de las ramas de la tijera y al llegar al nudo Es ta se ladea y se corta para que el corte sea de 2mm al nudo. El corte se hace con la punta de las tijeras.

El corte con las curvas.- La dirección del corte va de derecha a izquierda, de cercas a lejos u de abajo hacia arriba.

Tipos de tijeras:

1.- De mayo.- Son las más utilizadas y tienen una - longitud de 14 a 16 cm., las hay rectas y curvas.

2.- De punto.- Se utilizan para quitar los puntos - de sutura.

3.- Metzenbaum.- Su longitud es de 18, 20 y 22 cm. se usan para cortes finos.

#### C).- INSTRUMENTAL DE DESECCION

Estos instrumentos nos sirven para separar tejidos y están constituidos por:

1.- Pinzas de disección.- Estas pueden ser sin -- diente de ratón, se usa para tejidos desgarrables (VIS CERAS) y con diente de ratón se usa para tejidos resis tentes (PIEL).

El tamaño de las pinzas de disección pueden variar desde los 10 a los 32 cm.

La forma de tomarse las pinzas es colocando cuatro dedos en una de sus ramas y el dedo pulgar en la rama - opuesta.

2.- Pinzas de Atzon.- Las hay con dientes de ratón o sin dientes, se usan en cirugía plástica de cara.

3.- Estilite.- Se usa para explorar cavidades.

4.- Sonda acanalada.- Sirve para separar vasos y - nervios.

5.- Separadores.- Son de dos tipos:

a).- Romos, como los de FARABEUF, los cuales miden de 10 a 15 cm., además son los más usados.

Otro ejemplo son el de Negrete y Richardson.

b).- Garras como el Volkman es el más usado.

Existen variantes como los separadores automáticos:

a).- Viellaner (Garras)

b).- Gosset (Romo)

6.- Pinzas de campo o Erina.- Se utilizan para suje tar o sostener las compresas de campo.

#### ch).- MATERIAL DE SUTURA

Nos ayuda a la restauración o reunión de los tejidos seccionados y está constituido por:

Portaguajas, hay de varios tipos:

a).- Doyan .- Es una pinza común pero más fuerte, con un hueco en el extremo libre para tomar la aguja, sus ex- tremos son agudos y miden de 20 a 46 cm.

b).- Hegar.- Los extremos son romos y miden de 32 a 46 cm.

c).- Mayo.- Semejante al Doyen pero más largo y con ramas finas.

#### AGUJAS

Las hay de varios tipos:

1.- Comunes.- Estas pueden ser rectas o curvas, las cuales a su vez son cortantes o romas.

Las cortantes son aquellas cuya sección transversal es un triángulo o es aplanada. Las romas son aquellas cuya sección transversal es redonda.

Las cortantes se utilizan para tejidos resistentes - (Piel) y las romas para tejidos desgarnables (músculo).

Las curvas pueden ser de un cuarto, media y tres cuartos de circunferencia y su longitud va de 1 a 6 cm. Las rectas tienen una longitud de 4 a 10 cm.

2.- Las especiales.- Dentro de éstas tenemos a la de Reverdín, Deschamp, etc.

3.- Mixtas.- Consta de una parte recta y una curva.

En todas las agujas existen tres partes:

Punta, Cuerpo y Ojo. Los ojos de las agujas más usados son los automáticos, que constan de hojales separados por una rampa.

#### HILOS

Pueden ser de dos clases:

a).- Absorbibles: De estos el más usado es el Catgut que se fabrica con la capa submucosa del intestino de carnero.

Existen tres tipos del mismo: Simple, Semicrómico y Crómico. La longitud del catgut va de 68 cm a 1.37 m. El calibre es variable y va del 4 al 6-0.

La diferencia entre el calibre de uno y otro es de 0.0762 mm.

La resistencia máxima del catgut va de acuerdo a su grosor. El catgut es digerido por el organismo, está en relación al grosor y la cantidad de cromo.

El simple, tarda en absorberse cinco días, el semicrómico doce días y el crómico 20 días.

El catgut simple se usa para tejido celular subcutáneo, músculos y ligaduras de vasos.

El catgut crómico se usa para suturar músculos, aponeurosis, vísceras y serosas.

En cuanto a su presentación pueden ser atraumático (con aguja) y traumático (sin aguja).

b).- Los no absorbibles: Este siempre permanece en el organismo; hay varios tipos:

1.- Hilo algodón: Hay dos colores, blanco y negro. Su numeración va del 10 (el más grueso) al 70 es el más delgado.

2.- Hilo de lino: Tiene las mismas dimensiones que el algodón.

3.- Hilo seda: Es trenzado y es un hilo capilar por lo que no se usa en infecciones ya que favorecen su propagación.

Sus dimensiones van del 6-0 al 4. Lo hay con aguja o sin aguja.

4.- Hilos metálicos.- Se utilizan cuando se desea gran resistencia en la sutura, el más usado es el de SUR GALOV.

5.- Hilos de nylon.- Puede ser torcido o de un solo filamento, se usa para suturar piel, sus números son de 6-0 a 2.

## C A P I T U L O V

### TECNICAS DE BLOQUEO

#### METODOS PARA PRODUCIR ANESTESIA POR INFILTRACION

##### a).- ANESTESIA SUBMUCOSA

Hay dos tipos de anestesia submucosa: la que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa bucal y la profunda o supraperiostica.

La primera tiene escasa aplicación en cirugía bucal. Se realiza depositando las sustancias anestésicas en la mucosa bucal, El líquido anestésico en estas condiciones tarda mucho tiempo en ser reabsorbido y no llega a las terminaciones nerviosas periféricas.

Esta técnica solo es útil para realizar intervenciones sobre la mucosa o para el bloqueo de los nervios superficiales.

##### b).- ANESTESIA SUPRAPERIOSTICA

Esta se realiza llevando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa, en vecindad inmediata con el periostio. Es el método eficaz y útil para la cirugía bucal.

#### TECNICA

El dentista debe mantener el labio y la mejilla del paciente entre el pulgar y el índice, estirandolos hacia afuera a fin de distinguir bien la línea de separación entre la mucosa alveolar móvil y la mucosa gingival firme y fija. La aguja se inserta en la mucosa alveolar, cerca de la gingival y se deposita inmediatamente una gota de la solución anestésica en este punto. Se espera unos cuatro o cinco segundos, posteriormente el dentista empuja la aguja hacia la región apical del diente que se quiere anestesiar:

Antes de tocar el periostio de sensibilidad se inyecta una o dos gotas del anestésico. Para evitar que la aguja resbale entre el periostio y el hueso, se aconseja dirigirla de manera que forme un ángulo obtuso con el hueso.

La profundidad de la inserción de la aguja no debe pasar de unos cuantos milímetros. Entonces se inyecta lentamente la solución, sin provocar distensión o hinchazón de los tejidos.

Los mejores resultados suelen observarse con medio cen

tímetro cúbico de solución inyectada durante el lapso de dos minutos.

Con este tipo de anestesia se hace, preparación de cavidades, extirpación de la pulpa, preparación de los dientes para colocar soportes.

c).- ANESTESIA SUBPERIÓSTICA

Consiste en llevar la solución anestésica inmediatamente por debajo del periostio.

La técnica para la aplicación de la anestesia es la siguiente: El sitio de punción debe ser elegido sobre la mucosa gingival, a la mitad del camino entre el borde de la encla y la línea de los ápices dentarios. Se esteriliza el sitio de punción, se realiza una pequeña anestesia submucosa para poder efectuar en forma indolora las maniobras posteriores y se perfora el periostio perpendicularmente al hueso, el bicep de la -- aguja dirigido hacia la estructura ósea. Perforando el periostio se inclina en ángulo recto la jeringa, haciéndola paralela a la tabla externa y se marcha entre el periostio y el hueso, depositando pequeñas cantidades de anestesia mientras se avanza y se llega así hasta el nivel del ápice dentario, donde se deposita la solución anestésica.

ch).- ANESTESIA INTRAÓSEA

Esta técnica se realiza perforando la tabla ósea externa con una fresa y por esta vía se introduce una aguja, depositando el líquido anestésico en el interior del hueso. Las indicaciones de esta anestesia, según DURANTE AVELLANI, son:

a).- Extracción de premolares y molares inferiores, en los cuales hay contraindicación o dificultad de realizar la anestesia regional.

b).- En todos los casos de hiperestesia dentaria, para realizar la anestesia regional.

c).- Pulpectomía inmediata.

d).- Para tratamientos de la neurología del dentario inferior.



d). - ANESTESIA REGIONAL

Bloqueo intraoral del nervio alveolar inferior.

TECNICA:

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. por encima del plano occlusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula inferior. Desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm. pegada a la cara interna de la rama del maxilar; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal.

La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama. Si el paciente mantiene la boca bien abierta, se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo. Si es necesario bloquear también el nervio lingual, se inyecta una pequeña cantidad de solución anestésica cuando la aguja rebasa la línea mi lohiodea, aunque generalmente este nervio queda bloquea do indirectamente ya que cuando se introduce la aguja - casi siempre se inyecta un poco de anestésico. Una vez que se haya alcanzado el punto deseado con la punta de la aguja, se inyecta 1.5 a 2 ml. del anestésico.

Este bloqueo se puede también afectar insertando, desde un principio, la guja con la jeringa en la posición final descrita anteriormente y haciéndola avanzar directamente hacia la rama.

Cuando se van a efectuar extracciones en la región molar, es necesario completar la anestesia infiltrando el periostio y la mucosa del lado bucal, inyectando en la mejilla 0,5 a 1 ml. de anestésico, inmediatamente por encima del pliegue mucoso correspondiente al tercer molar.

Así se anestesia el nervio bucal.

INDICACIONES.

1.- Para tratamientos de cirugía bucal en dientes del maxilar inferior.

2.- Intervenciones quirúrgicas en los alveolos situados en el costado del borde lingual, en el surco comprendido desde el primer molar hasta la línea media.

## TECNICA DE BLOQUEO GENERAL PARA PACIENTES QUE LO REQUIEREN

La anestesia por inhalación puede efectuarse por cualquiera de los siguientes métodos:

- 1.- METODO ABIERTO
- 2.- METODO SEMIABIERTO
- 3.- METODO SEMICERRADO
- 4.- METODO CERRADO
- 5.- METODO INTRAFARINGEO
- 6.- METODO ENDOTRAQUEAL

### PERIODOS DE LA ANESTESIA SEGUN GUEDEL

1.- Periodo de analgesia.- Es en donde se pierde o se disminuye el sentido del dolor, pero no se pierde el sentido del tacto ni el conocimiento. El paciente conserva cierto control mental.

2.- Periodo de excitación o delirio.- Hay pérdida completa de la conciencia.

3.- Periodo Quirúrgico.- Se divide en cuatro planos: Anestesia ligera, Anestesia moderada, anestesia profunda y Anestesia depresiva.

4.- Periodo de parálisis Respiratoria.- Es el que precede a la muerte.

### SIGNOS DE LA ANESTESIA

- a).- RESPIRACION
  - b).- SIGNOS OCULARES
  - c).- SIGNOS MUSCULARES
  - d).- COLOR DE LA PIEL
- a).- ANESTESIA ENDOTRAQUEAL

Definición.- Es la anestesia por inhalación por medio de una sonda que se coloca en el interior de la tráquea a través de las fosas nasales o por la boca. Este procedimiento se denomina Intubación endotraqueal y es el mejor para controlar la respiración.

Descripción.- La sonda puede ser colocada por la boca (Orotraqueal) o por la nariz (Nasotraqueal), en ambos casos puede usarse el tipo abierto o el tipo cerrado. En el método abierto, bucal o nasal, no hay oclusión entre la sonda y la tráquea y la anestesia puede ser mantenida mediante el uso de una mascarilla abierta.

En el método nasal o bucal cerrado, la sonda se adapta a la tráquea. Este órgano se cierra por medio de un manguito que se infla entre la sonda endotráqueal y su pared; la vía aérea también se cierra en la faringe por medio de un taponamiento con gasa húmeda, en esta forma se logra una vía aérea permeable.

#### VENTAJAS:

- 1.- Se evita que entren en la tráquea materias extrañas.
- 2.- Se evita el espasmo laríngeo
- 3.- Se proporciona una vía aérea permeable, mejor relajación y menores probabilidades de anoxia.
- 4.- El moco, la sangre y el vómito pueden ser aspirados por medio de un tubo.

#### DESVENTAJAS:

- 1.- Se requiere habilidad para colocar la sonda en la laringe
- 2.- Si no se tiene experiencia se produce traumatismo
- 3.- Se requiere de una anestesia más profunda para abolir el reflejo laríngeo
- 4.- La sonda es un cuerpo extraño
- 5.- Se introduce lubricante en la tráquea
- 6.- Se produce además laríngeo

Por la vía nasal se pasa la sonda al interior de la laringe y de la tráquea. En el método nasal cerrado, la tráquea se cierra por medio de un taponamiento con base en la parte posterior de la boca o con un manguito que se infla alrededor de la sonda.

#### USOS:

La intubación endotráqueal se utiliza en operaciones que requieren un mejor control de intercambio gaseoso sin estorbar el trabajo del cirujano.

#### EQUIPO Y MATERIALES:

Para hacer una intubación endotráqueal se necesitan: Larínscopios, sondas traqueales de tamaños adecuados, estiletes, sonda para conectar tubo del aspirador, conexiones para tubos, cojín para levantar la cabeza, tela adhesiva, tapones de gasa o sondas con manguitos de caucho, abre-bocas, almohadillas de gasa para proteger los dientes, pinzas de intubación y una jeringa para inflar el manguito.

### TECNICA:

La intubación endotráqueal puede ser realizada por el método ciego o por visión directa.

#### INTUBACION CIEGA:

Este método tiene la ventaja de poder colocar la sonda durante el plano ligero o el profundo de la anestesia quirúrgica, la sonda se coloca sin visión directa.

Se anestesia al paciente, tan pronto como se produce la relajación se coloca una almohada bajo el occipicio, de manera que también se extienda por debajo de los hombros; se coloca la cabeza en la línea media del cuerpo y se tira de la mandíbula hacia adelante elevando el mentón.

Se elige la ventana nasal que no presente obstrucción y que se adapte mejor al método, se sostiene el mentón hacia arriba con la mano izquierda, se toma la sonda en su extremidad nasal entre el pulgar y el índice de la mano derecha y se sostiene con la concavidad mirando hacia arriba. Se introduce en el interior de la ventana nasal con inclinación hacia abajo y hacia adelante, no se debe forzar la introducción de la sonda, sino proceder lentamente y con precaución, colocando el oído junto al orificio de la sonda, se debe notar el punto de inspiración máxima; en este momento se desliza la sonda al interior de la tráquea con un empujón rápido.

Se fija con tela adhesiva. Si se ha introducido bien la sonda, generalmente se oye una tos expulsiva aguda, seguida de ruidos respiratorios de tono grave, se conecta la sonda al inhalador o bien se usa sólo como vía aérea.

#### INTUBACION POR VISION DIRECTA

Esta puede ser realizada por intubación nasotraqueal u - orotraqueal.

Posición del paciente.- Levantando sobre la mesa sus escápulas asimismo que descansen sobre la misma, un ayudante sostiene la cabeza y los hombros, en tanto que otro mantiene estos contra la mesa. La cabeza y el cuello son levantados y la primera es inclinada hacia atrás de manera que la intubación se pueda hacer siguiendo una línea directa.

Anestesia.- La faringe y las cavidades nasales deben ser nebulizadas con solución de pantocaína al 1% o de cococaína al 10% unas gotas de la solución pueden ser aplicadas sobre la

Laringe.

TECNICA:

Se sostiene el laringoscopio en la mano izquierda, levantando el labio superior con los dedos de la mano derecha se observa la epiglottis. La extremidad en forma de espátula del laringoscopio se coloca en el lado derecho de la boca del paciente, o a lo largo del lado derecho de la lengua (a nivel 2/3 de dicho órgano), la lengua es apartada hacia la izquierda y conforme se alcanza su parte posterior, el dorso es levantado dirigiendo la punta del laringoscopio hacia la línea media y empleando un movimiento de elevación, observando si es visible la apiglottis.

A continuación la extremidad en forma de espátula del laringoscopio se inclina hacia la pared posterior de la faringe, pasa por detrás de la epiglottis y avanza una distancia aproximada de un centímetro lentamente a lo largo del tercio posterior de la lengua, hasta alcanzar la fosa glosopiglótica durante este movimiento.

La lengua debe continuar levantada, de manera que la epiglottis sobresalga claramente. Al levantar la epiglottis cuidadosamente pueden verse las estructuras laringeas.

Si se va hacer la intubación bucal es el momento en que la sonda se coloca en el curso de la hoja del laringoscopio y se dirige en línea recta entre las cuerdas bucales y hacia el interior de la tráquea. Después de que la sonda ha sido colocada, generalmente el paciente tose durante unos minutos o bien suspende temporalmente la respiración.

Primeramente se administra oxígeno hasta que las respiraciones sean adecuadas, poco tiempo después de la tos o de la apnea, la respiración se hace regular y a nivel anestésico puede profundizarse si se considera necesario.

Ocasionalmente al hacer la intubación bucal, puede presentarse espasmo laríngeo; si éste es grave y no es aliviado por insuflación de oxígeno al 100% durante un tiempo razonable, debe colocarse una guía en una sonda endotraqueal e introducir dicha sonda en forma forzada al interior de la tráquea, teniendo cuidado de que la guía no sobresalga de la extremidad de la sonda. Este procedimiento

se hará en caso de emergencia.

Si se quiere hacer la intubación nasotraqueal por visión directa, se coloca primeramente la sonda por la ventana nasal en el interior de la nasofaringe, tal como se mencionó anteriormente para hacer la intubación a ciega; a continuación se coloca el laringoscopio en la orofaringe de manera que se visualice la extremidad de la sonda endotraqueal, constantemente debe mantenerse visible la sonda para poder colocarla al ver la faringe, después de haber logrado una exposición del área laríngea, la sonda es introducida entre las cuerdas bucales en la inspiración o expiración, la sonda no debe ser introducida -- más de 4 a 6 cm., más allá de las cuerdas bucales.

## C A P I T U L O VI

### CIRUGIA CORRECTIVA EN TEJIDOS BLANDOS

#### 1.- FRENECTOMIA LABIAL

##### DEFINICION

El frenillo es un replique de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos frenillos descienden hasta el borde alveolar rodeando este borde para terminar en la papila interdental, en la bóveda palatina.

Histológicamente está constituido por tres capas:

1a.- epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.

2a.- la túnica propia, consiste en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.

3a.- la submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas (según JACOBS).

##### CLASIFICACIONES:

Según JACOBS describe cuatro tipos de frenillos anormales:

- a).- Ancha base en forma de abanico en el labio
- b).- Ancha base en forma de abanico entre los incisivos
- c).- Amplio frenillo difuso adiposo

Según MONTI existen tres tipos:

- a).- El frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos
- b).- El frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el surco gingival
- c).- El frenillo triangular, a base inferior

##### ANOMALIAS QUE OCASIONA EL FRENTILLO

Los diversos tipos de frenillo ocasionan anomalías dentarias, según MONTI son:

Los frenillos de tipo a, ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensibles y paralelos.

Los frenillos de tipo b originan un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son conver-



gentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.

Por lo contrario, los frenillos de tipo c, originan un diastema, pero los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.

#### INDICACIONES:

Por razones ortodónticas y protéticas, el frenillo labial debe extirparse; después de la erupción de los ca ninos.

#### TECNICAS DEL FRENILLO LABIAL

##### TECNICA DE FEDERSPIEL

1.- Previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo.

2.- Con un bisturí de hoja corta se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico, de derecha a izquierda del frenillo llegando así en profundidad hasta el hueso.

3.- La porción del frenillo circunscripta por la in sición, se toma con una pinza de Kocher o con una pinza de di sección; se despega el tejido a ressecarse por medio de una legra o espátula roma. Los bordes de la herida se reúnen -- con dos o tres puntos de sutura.

4.- Se retiran los puntos de 5 a 7 días.

##### TECNICA DE L'HIRONDEL Y ARANOWICZ

#### PRIMER TIPO:

Previa anestesia local infiltrativa, se levanta el frenillo para mantenerlo tenso y así adquirir una forma triangu lar con base superior y vértice inferior.

Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura, se marca una línea imaginaria donde se realiza el -- corte, la dirección del triángulo se hace oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

#### SEGUNDO TIEMPO:

La herida al ser realizada por la tijera, afecta en for ma lasángica a determinados músculos de los labios.

#### TERCER TIEMPO:

Se reseca con bisturí el cordón fibroso del frenillo in mediatamente se extirpa, se cauteriza con galvano de inserción.

#### CUARTO TIEMPO:

Se sutura con hilo o seda, se practican tres o cuatro -- puntos de sutura.

### DESCENSO DEL FRENILLO EN PACIENTES DESDENTADOS

Esta técnica se puede aplicar tanto en frenillos laterales como el frenillo labial, sin necesidad de -- exéresis.

Suponiendo que un paciente desdentado total su -- frenillo esté insertado sobre la arcada alveolar, que opone a la retención de la prótesis total, se realiza la siguiente técnica:

1.- Se hacen dos incisiones paralelas trazadas a cada lado del frenillo, llegando a la profundidad del hueso, su límite inferior está dado por el vértice -- del frenillo.

2.- Se realiza otra incisión perpendicular a las paralelas, para completar el colgajo.

3.- Se desprende el colgajo en donde se encuentra el frenillo, se fijan con puntos de sutura, dos a cada lado, la cual va a quedar una porción de periostio -- descubierta, que posteriormente es cubierta por tejido de granulación. El periostio descubierto puede protegerse temporalmente, con un pedazo de gasa yodoformada.

4.- Los puntos de sutura se retiran a los 7 días.

### FRENECTOMIA VESTIBULAR ANTERIOR

#### TECNICA DE LA Z-PLASTIA Y LA EXCISION TOTAL V Y PLASTIA O LA U DIAMANTE PLASTIA.

Este procedimiento se lleva acabo bajo anestesia local o general.

1.- Se levanta el labio, se le va dando vuelta y -- se conserva en tensión para que el frenillo se destaque.

Debemos de tomar en cuenta que la frenectomía se -- hace con el fin de eliminar la parte fibrosa del freni-- llo y la mucosa sea devuelta a su posición de manera que cubra el defecto quirúrgico.

2.- Las incisiones se hacen en la mucosa, alrededor del frenillo y se profundizan hasta el hueso. Si la fre-- nectomía es por problema ortodóntico de un diastema cen-- tral el vértice de la V debe estar en la papila incisiva del paladar. Cuando es de tipo protético el vértice de la V corresponde a la extensión inferior del frenillo. Los dos brazos deben de quedar juntos y casi paralelos. Cuando el frenillo es separado del hueso con el elevador

periostico, la mayor parte de las fibras del tejido conectivo se repliegan hacia arriba, en el labio.

3.- El pequeño trozo de mucosa vestibular y el excedente de tejido conectivo se elimina facilmente con tijera.

4.- Los márgenes del defecto con forma de diamante se puede socavar con tijera y cerrar con suturas independien--tes.

5.- Se sutura, la primera de ellas debe de ir a través de la mitad de la herida (por su parte más ancha) y debe de tomar bordes mucosos y periostio en la línea media. Se hacen atrás suturas para cerrar la herida en la línea vertical. Las suturas se retiran a los 7 días.

#### CUIDADO POSTOPERATORIO

Consiste en la aplicación de bolsas de hielo sobre el labio de 20 a 30 minutos cada hora, el día de la cirugía - para minorar la hinchazón.

La higiene bucal se mantiene mediante enjuagatorios - apropiados después de las comidas.

Se puede administrar analgésicos según las necesidades.

Se quitan los puntos de sutura una semana después.

#### 3.- FRENECTOMIA VESTIBULAR POSTERIOR

Son pliegues de mucosa con un delgado estroma fibroso. Se presentan en la zona de los primeros premolares, en los dos maxilares. Su tratamiento quirúrgico es por medio de V-Y-plastia o la V-diamante plastia si los frenillos son grandes. Si son pequeños se hace una incisión transversal a través del frenillo con bisturí o con tijeras.

#### 4.- FRENECTOMIA LINGUAL

##### INDICACIONES DE LA FRENECTOMIA LINGUAL

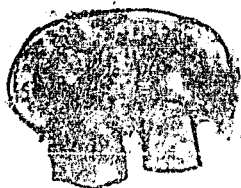
a).- Cuando el paciente no puede mover la punta de la - lengua.

b).- Cuando la punta de la lengua está unida al proceso alveolar.

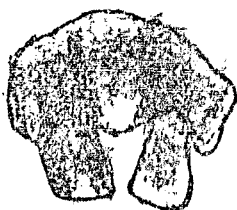
El frenillo lingual se compone de un pliegue de mucosa sola, o puede contener un tabique fibroso denso que une la -- punta de la lengua al proceso alveolar.

El frenillo puede ser corto fibroso o contener fibras de los músculos giniglosos por lo tanto va a restringir el desplazamiento de la lengua.

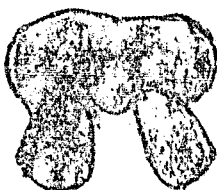
DISTINTOS TIPOS DE FRENILLOS  
ANORMAL.



a



b



c

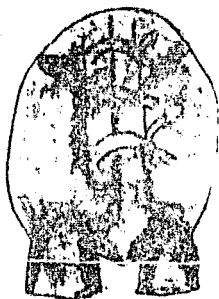
RESECCION DEL FRENILLO POR  
EL METODO DE FEDERSPIEL



A

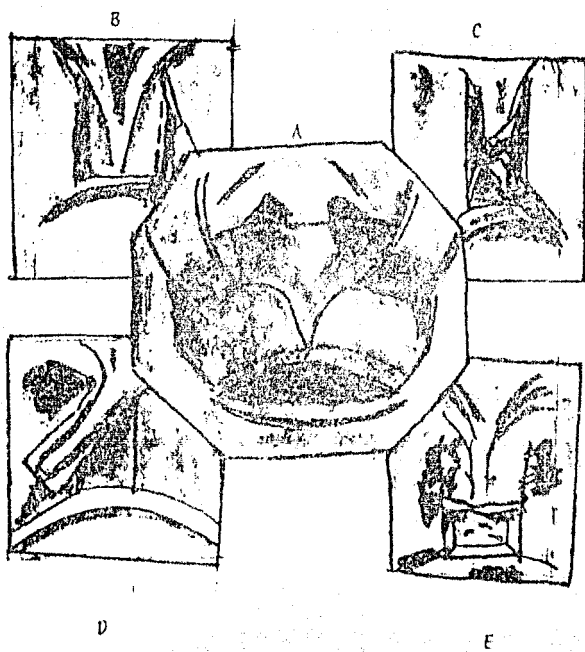


B

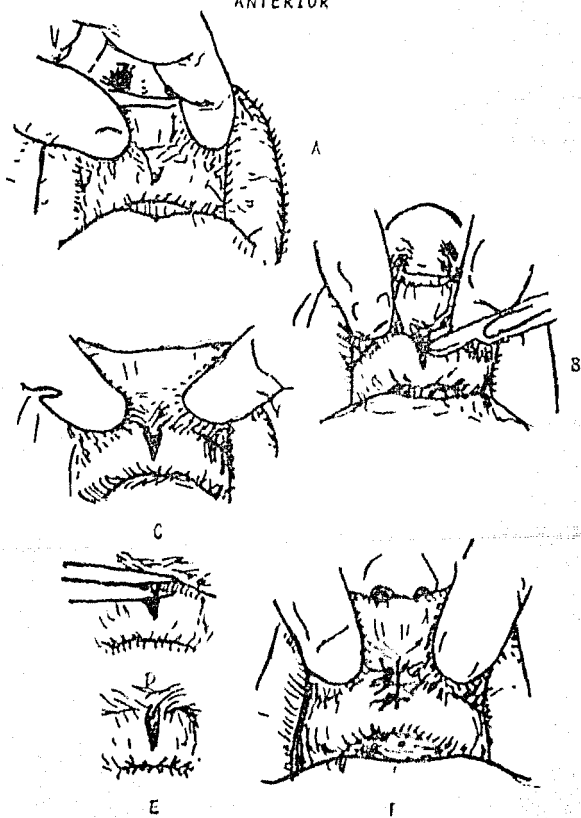


C

MOVILIZACION DE LA INSERCIÓN  
DEL FRENILLO EN DESDENTADO  
TOTAL



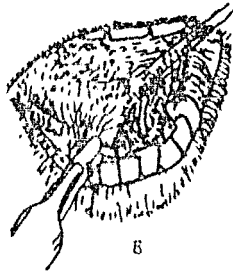
FRENECTOMIA VESTIBULAR  
ANTERIOR



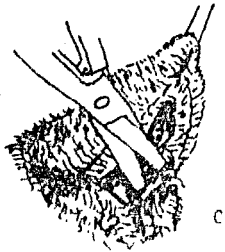
FRENECTOMIA LINGUAL



A



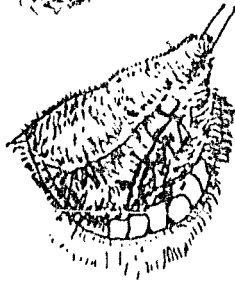
B



C



D



E



### 5.- LABIO DOBLE

Es un pliegue accesorio de mucosa excedente que se localiza, por dentro del borde del bermellón del labio.

Es una anomalía congénita poco común aunque también puede ser adquirida mediante la succión del labio entre los dientes.

#### INDICACIONES:

Está indicado el procedimiento quirúrgico antes de confeccionar la prótesis para que sea factible conseguir un resultado estético adecuado de la dentadura.

#### TECNICA:

El procedimiento se lleva a cabo mediante anestesia local.

1.- Se hace el bloqueo bilateral del nervio infraorbitario de modo de que se evite la infiltración dentro del labio y que por lo consiguiente produzca la deformación del contorno.

2.- Los pliegues excedentes de mucosa labial se toman con suavidad con pinzas de Allis y se hacen las incisiones elípticas alrededor de las masas.

3.- Se profundizan las incisiones hacia la submucosa de manera que se retire un bloque o dos de tejidos en forma de cuña en corte transversal.

4.- Los pequeños puntos sangrantes se ligan con catgut 0000.

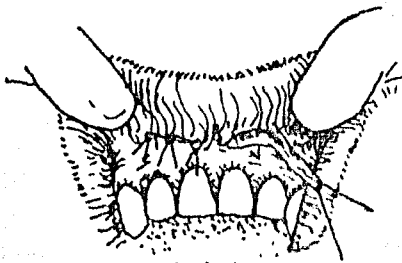
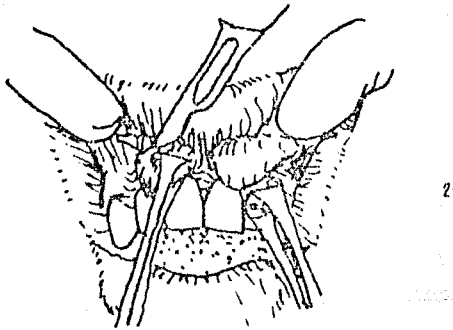
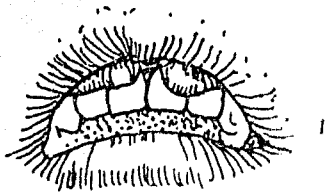
5.- Las heridas se cierran por planos con sutura de catgut 0000 o seda para suturar 0000.

En el postoperatorio, el edema es mínimo, se controla mediante vendaje externo a presión con tela adhesiva o bolsa de hielo.

Las molestias se evitan con analgésicos.

Las suturas se retiran al 5º ó 6º día.

LABIO DOBLE



1

## 6.- HIPERPLASIA FIBROSA DEL PROCESO ALVEOLAR

### a).- HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DEL PALADAR

Es una enfermedad indolora e irreversible de la mucosa bucal. Se presenta en pacientes que portan próte--sis superior completa o parcial y en pacientes con dientes naturales sin aparatos protéticos.

La enfermedad se presenta como proyecciones nodulares o papilares múltiples de mucosa tamaño y altura diversas y separadas por fisuras. Es frecuente encontrar alimentos en descomposición y residuos bacterianos en la base de las fisuras.

La inflamación con enrojecimiento es una característica común. A veces adquieren un aspecto de moho o aterciopelado.

Etiología es desconocida, pero algunos autores la contribuyen a una serie de factores:

- 1.- Mala adaptación de la prótesis
- 2.- Uso de la dentadura durante 24 hrs. del día
- 3.- Higiene bucal
- 4.- Alivio palatino

Guernsey afirma que esta enfermedad es prevenible y que es posible obviar su reaparición, recomendando las siguientes indicaciones:

La técnica minuciosa de la toma de impresiones es esencial para la confección de la nueva prótesis.

La prótesis no debe tener alivio palatino.

El paciente debe quitarse su prótesis durante varias horas.

La dentadura deberá ser limpiada minuciosamente todos los días.

La mucosa bucal debe ser limpiada minuciosamente mediante el cepillado diario.

Es preciso mantener frecuentes exámenes de los tejidos bucales y el cuidado protético continuo.

#### TRATAMIENTO:

1.- Biopsia para verificar la naturaleza benigna de la enfermedad.

2.- El retiro de las prótesis durante varios días ayuda a reducir las lesiones pero no erradica las lesiones.

3.- Las lesiones pequeñas se eliminan mediante curetas filosas o por microabrasión con instrumentos rotatorios.

La escisión del espesor total, que incluye perióstio, sirve para lesiones pequeñas, pero no para grandes.

4.- Para lesiones grandes, la técnica de espesor dividido, la cicatrización y reepitelización del paladar.

5.- Según GUERNESKY prefiere la electrocirugía.

#### POSTOPERATORIO

El paciente debe de emplear la prótesis o una férula quirúrgica preparada especialmente para cubrir la herida viva.

En caso de dolor, administrar analgésicos, se necesitan antibióticos para prevenir la infección, hay que usar un enjuagatorio suave para irrigar la herida.

#### b).- HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCIA PALATINA

Es un agrandamiento de la encía que se extiende por debajo del plano oclusal superior.

#### INDICACIONES:

1.- Cuando la remoción de la encía blanda es excesivamente móvil, deja un reborde maxilar firme para la buena estabilidad del aparato protético.

2.- La encía palatina se remodela para quitar espacios muertos en los tejidos blandos.

3.- Seacorta la cresta del reborde maxilar y se obtiene un espacio para la base de la prótesis

#### TECNICA:

1.- Esta técnica se realiza bajo anestesia local.

2.- Se hacen incisiones elípticas alrededor de las masas gingivales, estas incisiones se profundizan hasta llegar al hueso.

3.- Para retirar los bloques de encía se hacen por medio de una gubia.

4.- Se adelgazan los tejidos blandos por vestibular y palatino. Se hacen incisiones submucosas en el tejido conectivo palatino y vestibular, en sentido paralelo a la superficie mucosa y se profundiza hasta hueso.

5.- Se quitan los bloques de tejido conectivo submucoso, dejando los colgajos vestibular y palatino de grosor adecuado.

6.- Se vuelven a su lugar y se suturan.

#### POSTOPERATORIO

El dolor se domina mediante analgésicos, las suturas se quitan entre 5<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> día, las impresiones se pueden tomar de 2 a 3 semanas posteriores a la cirugía.

#### ALMOHADILLA RETROMOLAR INFERIOR

Es poco común, cuando se presenta puede llegar hasta la tuberosidad del maxilar o con los dientes.

#### TECNICA

1.- La intervención se realiza bajo anestesia local.

2.- Se hacen incisiones elípticas alrededor de las masas de tejido blando.

3.- Las incisiones deben convergir y ser profundizadas hasta el hueso para poder retirar un bloque de encía inferior.

Si es necesario se adelgazan los colgajos vestibular y lingual mediante la excisión de la submucosa.

4.- Se acercan y se suturan los colgajos gingivales.

#### c).- HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA MUCOSA VESTIBULAR

Son masas hiperplásicas que se componen de tejido conectivo fibroso con una membrana que lo cubre y en ocasiones glándulas mucosas en el estroma. Una de sus características es que presentan inflamación.

También es conocido como EPULIS FISURADO O FIBROMA PROTETICO.

#### CAUSAS:

Mala adaptación de la prótesis.

#### TECNICA:

1.- Se efectúa bajo anestesia local

2.- La excisión de la masa se hace con tijeras, aunque algunos autores prefieren con bisturí.

3.- No se sutura ya que las heridas cicatrizan por granulación y epitelización secundarias.

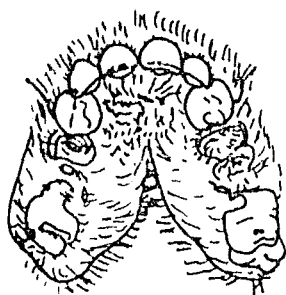
4.- Se cortan los flancos de la prótesis.

5.- Se usa una pasta analgésica o revestimiento blando para prótesis para dar comodidad y proporcionar el contacto

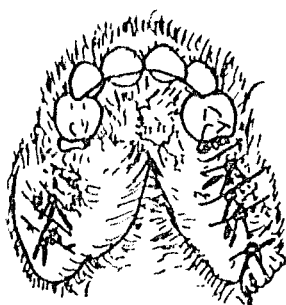
adecuado entre prótesis y tejidos.

6.- La cicatrización se completa en 3 ó 4 semanas ya que es el momento en que se puede confeccionar las prótesis.

ESCISION DE LA MUCOSA PALATINA  
HIPERPLASICA



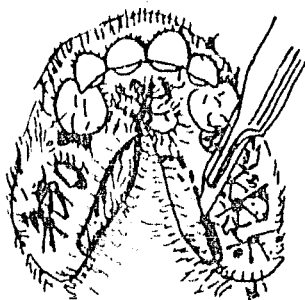
A



B

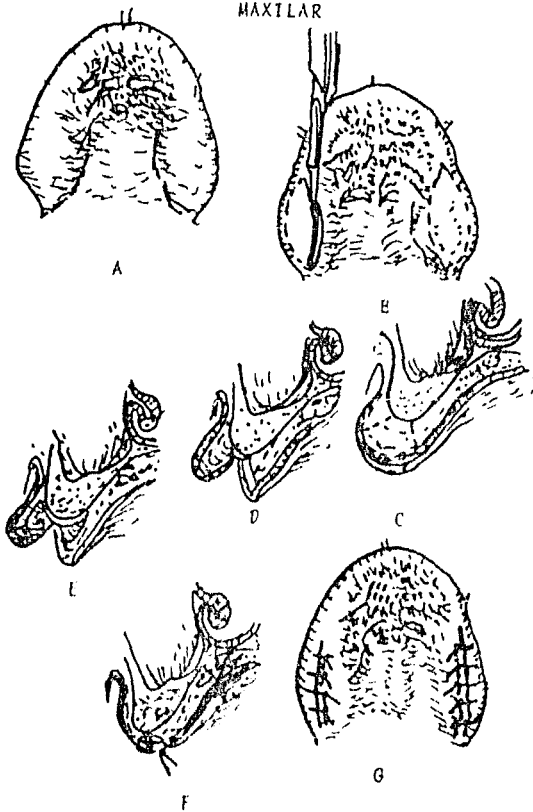


C



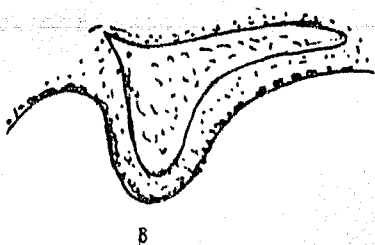
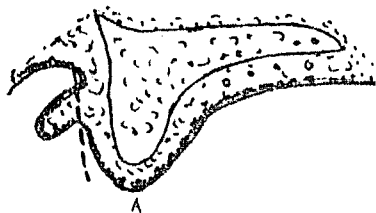
D

REDUCCION QUIRURGICA DE LA  
HIPERPLASIA FIBROSA  
DEL REBORDE DEL  
MAXILAR





ESCISION DE LA HIPERPLASIA INFLAMATORIA  
DEL SURCO VESTIBULAR



## C A P I T U L O VII

### TORUS PALATINO Y TORUS MANDIBULAR

#### TORUS PALATINO

THOMA clasifica los torus palatinos en:

- a).- TORUS PLANOS.- Es ligeramente convexo con una suave exostosis ubicada en la línea del paladar duro. Varía de tamaño y está distribuido simétricamente a ambos lados del refé medio y su base es amplia.
- b).- TORUS FUSIFORME.- Se presenta como un reborde en la línea media palatina. Su longitud varía y puede extenderse desde la papila incisiva hasta la terminación del paladar duro, puede tener en ocasiones un surco medio.
- c).- TORUS NODULAR.- Presenta pequeñas protuberancias óseas lisas y circunscritas. Al unirse forman círculos entre los nódulos.
- d).- TORUS LOBULAR.- Es una masa ósea relativamente grande, puede tener una base bastante amplia o un pedículo con el cual parece estar suspendida. Su masa está recorrida por surcos que le imparten un aspecto lobulado, presenta una base común para todos los lóbulos.

El torus palatino es una masa con superficie densa y cantidades mínimas de núcleo esponjoso, además crece con una lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera década de la vida.

#### ETIOLOGIA:

Es desconocida, aunque se dice que es por factores etiológicos como: La herencia, el traumatismo superficial, la maloclusión y la respuesta funcional.

El torus palatino no tiene ninguna utilidad, por lo general no está indicado el tratamiento salvo que:

- 1.- La mucosa se traumatice se ulcere o no cicatriza en razón de la irrigación insuficiente.
- 2.- No se pueda persuadir al paciente que no se trata de un tumor maligno.
- 3.- Que interfiera en el diseño y la confección de una prótesis dental removible, aunque existen torus que no son eliminados.

a).- TECNICA

Se coloca al paciente en un sillón dental de modo que su cabeza quede inclinada hacia atrás y el paladar esté en un plano vertical. Se usa anestesia local para bloquear los nervios palatino anterior izquierdo y derecho y el nervio nasopalatino.

Se refuerza el anestésico para conseguir una anestesia regional y al mismo tiempo conseguir una hemostasia.

Se hace una incisión palatina media en la mucosa en toda la longitud del torus y dos incisiones con divergencia oblicua en los extremos anterior y posterior. Si el torus se extiende hacia la zona posterior - del paladar dura, hay que tener cuidado en evitar la penetración dentro del paladar hacia la cavidad nasal. Cada colgajo se separa con el elevador peribístico y se sutura a la mucosa del proceso alveolar para mantenerlo lejos del campo operatorio.

Hay que tener precaución para no traumatizar o desgarrar o perforar los colgajos.

Si el torus es pequeño u profundo y si el hueso palatino es grueso, es posible desprender el torus del paladar mediante un golpe seco del martillo sobre un escoplo filoso del bicel único.

Sin embargo la mayoría de los torus tienen base ancha, en estos casos se emplea una fresa de fisura de carburo, # 703, u otra fresa para hueso. Los cortes de hueso se hacen de la profundidad deseada, con la precaución de no penetrar hacia el piso de las fosas nasales. Una vez dividido el torus, las partes se eliminan con gubias, o con un escoplo y martillo sin peligro de fracturar el paladar.

Enseguida se alisa el muñón del torus con limas para hueso, cincelos o fresas grandes para hueso.

Se recorta el excedente de la mucosa palatina con tijera y posteriormente se cierra la mucosa sobre la herida ósea con sutura no reabsorbible.

b).- CUIDADO POSTOPERATORIO.

Determina el éxito ó el fracaso de todo el procedimiento, el cuidado de rutina incluye el uso de analgésicos y el mantenimiento de higiene bucal. Es necesario tener la prevención de la formación de hematomas mediante el uso de un drenaje de goma o mediante una férula o matriz.

Se usa la matriz para adaptar y sostener los colgajos mucosos en contacto con el hueso, eliminando así los espacios muertos en las cuales se pueda acumular la sangre y suero. Se pueden usar antimicrobianos para prevenir una infección.

La matriz se puede confeccionar por medio de resina acrílica, después de la operación cubrirla con pasta de óxido de zinc y eugenol. Se debe dejar la matriz por una semana, o hasta que remita el edema.

Factores que determinan el uso de la matriz

- 1.- Altura de la ojiva palatina
- 2.- Tamaño del muñón del torus
- 3.- Grado de flexibilidad de los colgajos mucosos

Cuando se utilicen los drenajes de goma, se deberán retirar a las 24 ó 48 horas.

Las suturas se quitarán a los 8 ó 10 días y por lo general a la 4a o 6a semana se podrá tomar impresión del paladar cicatrizado.

c).- COMPLICACIONES.

Hemorragia.- Las incisiones bien localizadas evitan los grandes vasos palatinos y nasopalatinos y el manejo suave de los colgajos reduce las probabilidades de la hemorragia.

En ocasiones suele necesitar una sutura o ligadura para determinar una hemorragia. La hemorragia interna ósea se cohibe aplastando el hueso adyacente contra el punto sangrante o atacando la zona con oxiceel ó Novocel.

Hematoma.- La hemorragia persistente, los colgajos, adaptados con fragilidad, o la falta de matriz produce la aparición de un hematoma entre la mucosa y el hueso palatino. Si el hematoma se infecta, los colgajos mucosos pueden necrosarse y desprenderse.

colgajos mucosos pueden necrosarse y desprenderse.

Hay que drenar los hematomas cuando se descubren y se administran antimicrobianos para reducir la probabilidad de infección.

Desprendimiento de la mucosa palatina.- Si se produce el desprendimiento de la mucosa, se debe confeccionar una férula para que cubra el hueso expuesto hasta que produzca granulación y epitelización secundaria esta fase puede durar de 5 a 6 semanas.

La causa se debe a la traumatización, laceraciones, hematomas, mala técnica de colgajo y presencia de infecciones.

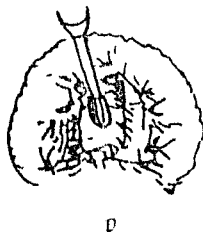
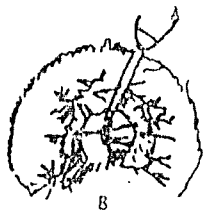
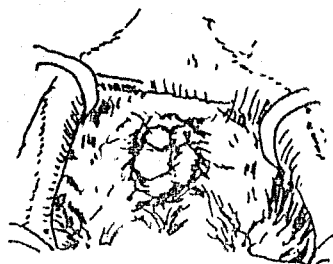
Perforación del piso de fosas nasales.- Es muy raro, si la hemorragia persiste 5 minutos se atacará la matriz con gasa envaselinada.

Fractura del paladar.- En este caso hay que volver a su lugar los fragmentos libres e inmovilizarlos, la mucosa se volverá a colocar en su lugar con precisión y se sutura.

En caso de que el tumor no se ha eliminado, la prosecución de la reducción se pospondrá hasta que la fractura consolide, durante este período se tendrá que poner una férula.

Si el fragmento del proceso palatino no se pudiera colocar hay que inmovilizar la mucosa nasal y la palatina y sostenerlas con una férula.

TORUS PALATINO



## ORUS MANDIBULAR.

Suele existir en forma de protuberancias óseas lisas y redondas o exostosis que varían de tamaño y número y se generan principalmente en la cara lingual de la mandíbula en la región de premolares. Son unilaterales o bilaterales y se clasifican en:

- a). - Torus Unilateral único.
- b). - Torus Unilateral múltiples.
- c). - Torus Bilateral únicos.
- d). - Torus Bilateral múltiples.

El torus mandibular es una exostosis que por lo general se presenta en forma bilateral sobre la superficie medía del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar.

Del 5% al 10% se halla en personas adultas.

ETIOLOGIA. - Es desconocida, pero se cree que es una reacción funcional o fuerzas masticatorias.

El torus mandibular se elimina :

1. - Cuando se agrandan y generan dificultades de dicción o en la alimentación.
2. - Cuando la mucosa que lo cubre se ulcera y no cicatriza.
3. - Para facilitar la confección de prótesis removibles completas o parciales,

El torus mandibular se localiza en la región de los caninos, premolares.

Aunque también se encuentran como nódulos óseos múltiples -- desde una zona de los incisivos hasta la zona de los molares.

### a). - TECNICA

Se realiza con anestesia local mediante el bloqueo del nervio lingual, mentoneano y puntos locales.

Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de los molares la región de los incisivos.

Si se tratan los dos lados en la misma sesión, no se separa la encía de la región incisiva central para poder volver a colocar el colgajo lingual, hay que reducir la formación de un hematoma postoperatorio.

El colgajo se debe proteger con un separador ancho sostenido por el ayudante durante la reducción del hueso subsecuente.

La mayoría de los torus mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco del martillo sobre un cincel afilado.

Si el torus es grande, es necesario usar fresa dental antes de utilizar el martillo y cincel. Una vez reducido el volumen del torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñon mediante limas para hueso y fresas.

#### b).- CUIDADO POSTOPERATORIO

Aunque raras veces la matriz resulta útil para sostener el mucoperiostio en contacto con la superficie lingual de la mandíbula reduciendo la hinchazón y la posibilidad de la formación de un hematoma.

Por lo tanto es útil derretir trozos de hielo en la boca, el día de la cirugía.

El uso de los antimicrobianos aminoran la infección y algunos administran enzimas para limitar el edema sublingual.

#### c).- COMPLICACIONES.

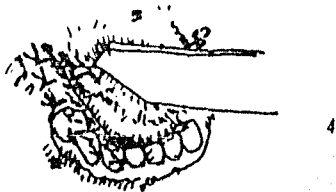
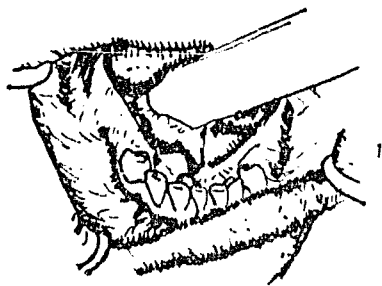
Son muy raras, tienen su origen en el desgarramiento de los colgajos del tejido blando o por la laceración del piso de la boca con cinceles, fresas u otros instrumentos.

Las laceraciones profundas producen hemorragias intensas que en ocasiones requieren de ligadura de vasos grandes.

La hemorragia masiva en el piso de la boca produce edema de la lengua y de las zonas adyacentes que obstruyen las vías aéreas.



TORUS MANDIBULAR



## CAPITULO VIII

### ALVEOLOPLASTIA

#### a.- OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE LA ALVEOLOPLASTIA.

1.- Mediante la eliminación del hueso o el tejido blando es posible modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis.

2.- Para impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción de hueso.

#### b.- TIPOS DE ALVEOLOPLASTIA

1.- COMPRESION ALVEOLAR

2.- ALVEOLOPLASTIA SIMPLE

3.- ALVEOLOPLASTIA DE DEAN

4.- ALVEOLOPLASTIA DE ORWESER.

5.- ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR

1.- COMPRESION ALVEOLAR

Consiste en la compresión de los dedos entre la tabla cortical interna y la externa.

Indicaciones :

Después de todas las extracciones especialmente en aquellas donde se realiza expansión de la tabla vestibular.

Objetivos :

Para reducir el ancho del alveolo y eliminar los espacios muertos óseos que sin esta compresión presentarían dificultades. Se sutura con frecuencia para sostener el tejido blando y el hueso en la posición adecuada.

2.- ALVEOLOPLASTIA SIMPLE-

Indicaciones :

Cuando se desea reducir el margen cortical vestibular y lingual o el margen alveolar palatino o lingual.

Técnica :

1.- Se efectúa bajo anestesia local.

2.- Se hace un colgajo en forma de bolsillo.

3.- Se separa inmediatamente más allá de la proyección.

ósea, porque da una mayor separación de dirección apical, la cual puede generar hinchazón exagerada, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva.

4.- Con una gubia se sostiene en sentido paralelo al margen óseo del proceso alveolar, así mismo se elimina la cantidad de hueso conveniente.

### 3.- ALVEOLOPLASTIA DE DEAN.

#### PRINCIPIOS BIOLÓGICOS.

1.- Se reduce la prominencia de los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la recepción de la prótesis.

2.- No se perturba la inserción de los músculos.

3.- El periostio queda intacto.

4.- La tabla cortical se conserva como una capa --- vital de hueso con irrigación intacta.

5.- Al conservar el hueso cortical la reabsorción postoperatoria se reduce.

#### TECNICA:

1.- Previa anestesia.

2.- Extracción de los dientes eliminando las papilas gingivales.

DEAN aconseja eliminar primero el molar más posterior y luego trabajar hacia adelante para preservar la tuberosidad cuando se prepare el borde posterior.

Los caninos se deberán extraer antes que los incisivos para evitar la fractura y eliminación de la tabla vestibular que se halla unida a los caninos.

3.- Se usa una fresa para hueso ó alveolotomo para quitar el hueso medular interradicular así mismo se crea un orificio para comunicarse con todos los alveolos.

4.- Se hace un corte de hueso en la cortical vestibular en la zona distovestibular de cada alveolo de los caninos.

5.- Se introducen instrumentos gruesos y planos -- dentro del orificio óseo y se aplica una fuerza hacia afuera para fracturar la cortical alveolar.

6.- Se hace presión digital para comprimir y modelar la cortical alveolar vestibular hasta darle el contorno deseado.

7.- Para acercar la encla palatina y gingival se sutura con puntos simples.

Indicaciones :

En casos de inclinación vestibular moderada de los ---  
lentes. Es conveniente sacrificar el hueso medular interconti-  
sal y conservar la tabla cortical vestibular.

4.- ALVEOLOPLASTIA DE OBWEGESER

Indicaciones :

Para casos de protrucción vestibular extrema de los in-  
cisos superiores y procesos alveolares.

TECNICA:

1.- Previa anestesia

2.- Extracción de los dientes.

3.- Se hace un canal ancho que comunique todos los al-  
véolos con una fresa para hueso, debe de ser ancha para que pos-  
teriormente se pueda introducir un disco.

4.- Las corticales vestibular y palatina se cortan con  
una fresa en las zonas correspondientes de los alvéolos en los -  
caninos.

5.- Se introduce un disco pequeño cortante dentro del  
canal óseo y se usa para hacer un corte en la cortical palatina.

6.- Se usan elevadores anchos y planos para fracturar  
las tablas corticales vestibulares y palatina.

7.- Mediante la presión manual se comprime y se mode-  
la el proceso alveolar.

8.- Se cierra la encla con puntos de sutura.

En esta técnica primero se realiza en un molde de ye-  
so piedra en el laboratorio y luego sobre el modelo operado.

9.- Se confecciona una férula o prótesis.

5.- ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR

Consiste en la reducción de la tabla cortical externa.

TECNICA:

1.- Previa anestesia

2.- Se hace una incisión en la encla y se separa un -  
colgajo mucoperióstico, que se extienda por lo menos a un diente  
de distancia a cada lado del área de cirugía ósea.

3.- Se coloca una gubia de corte lateral o un alicate  
Blumenthal de modo que un extremo quede debajo del reborde óseo  
del alvéolo y el otro en la cresta del reborde.

4.- Después de este procedimiento, se utiliza una lima para hueso, para alisar y retocar el contorno óseo.

5.- Posteriormente se vuelve la mucosa en su lugar mediante suturas individuales que se hacen desde vestibular hacia lingual sobre los tabiques óseos interradiculares.

Indicaciones :

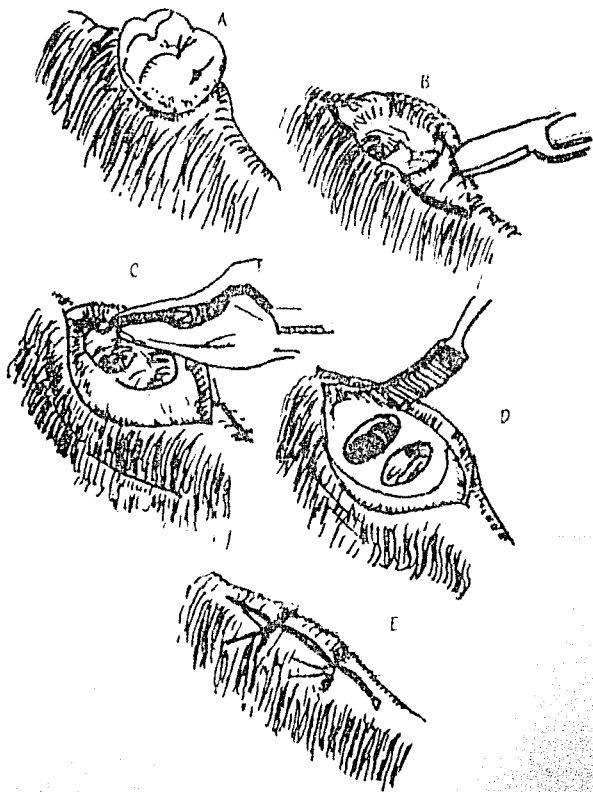
Después de las extracciones de los dientes.

Hipertrofia en el proceso alveolar.

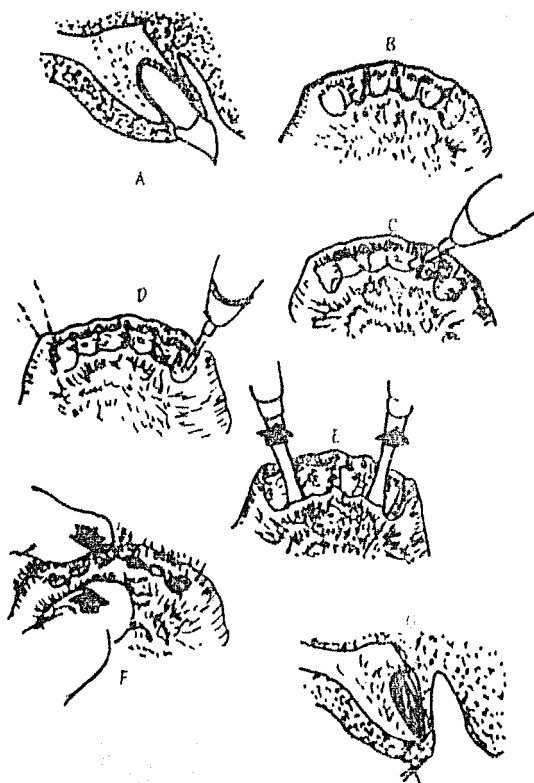
Exostosis Palatinas.

Exostosis vestibulares.

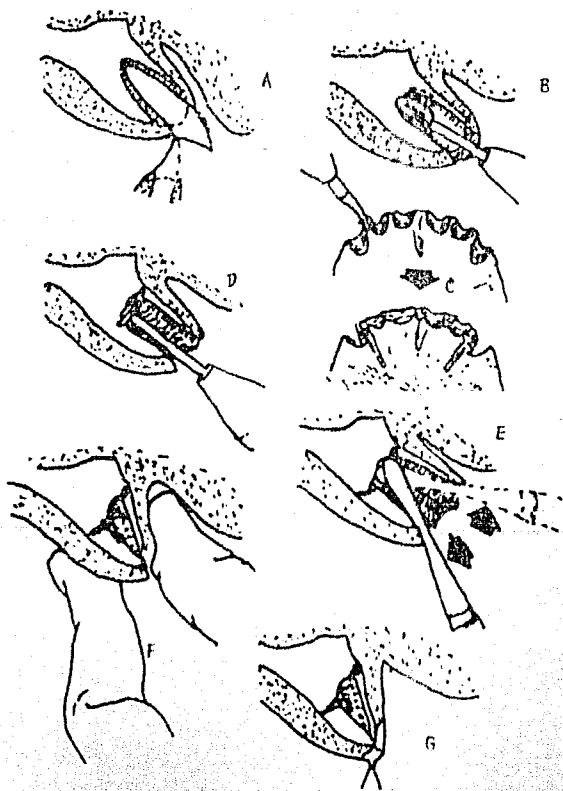
ALVEOLOPLASTIA SIMPLE



ALVEOLOPLASTIA DE DEAN

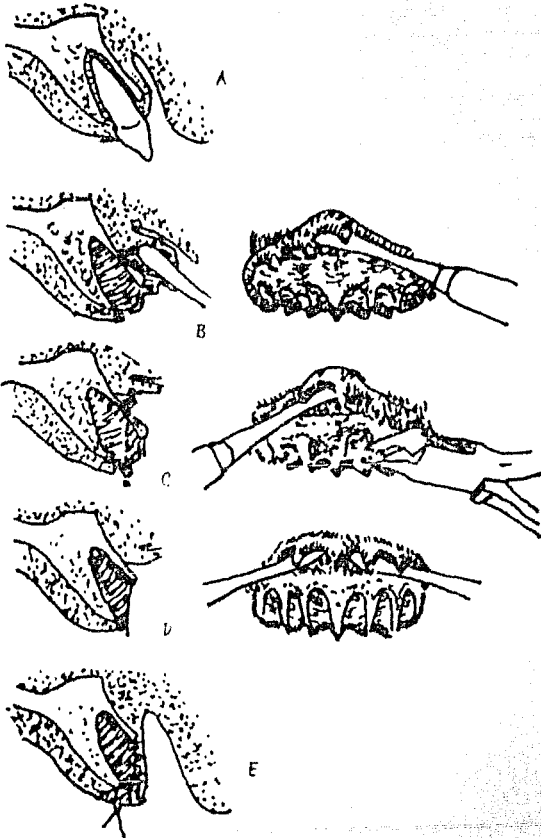


TECNICA DE OBWEGESER





ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR  
SIMPLE



## CAPITULO IX ALVEOLECTOMIA

### a).- DEFINICION

Es la eliminación quirúrgica de la parte del reborde alveolar.

#### INDICACIONES GENERALES.

Desde el punto de vista protético son ;

a).- Eliminar los excesos de reborde alveolar cuando este presenta tal forma que haga imposible colocar el borde periférico de la dentadura a lo largo de la línea de inserción de los tejidos blandos o impida la colocación estética o anatómica de los dientes.

b).- Para apresurar el modelado definitivo del maxilar luego de la extracción, eliminando quirúrgicamente zonas óseas destinadas a la reabsorción.

### b).- TIPOS DE ALVEOLECTOMIA

Segun SAIZAR dice que existen dos tipos de alveolectomías:

1.- ALVEOLECTOMIA CORRECTORA.- Está destinada a la corrección de la forma y tamaño del maxilar.

2.- ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA.- Consiste en eliminar hueso destinado a la reabsorción contribuyendo a la más rápida estabilización del maxilar.

#### 1.- ALVEOLECTOMIA CORRECTORA

Las indicaciones van a depender al estudio de los modelos articulados en cada caso.

Está indicando en casos de hipertrofia de la tuberosidades en sentido oclusal, ya sea con presencia o ausencia de dientes.

En casos de gran prominencia lateral de las tuberosidades que impidan la llegada del reborde del aparato a la zona de sellado.

En caso de exostosis linguales del maxilar inferior.

4.- Con una espátula roma o un instrumento adecuado (periostómo, espátula de Freer, etc. ) se levanta el colgajo mucoperiostico.

La cantidad de elevación del colgajo labial o bucal va a depender a la extensión de la operación.

Según Mead aconseja separar el colgajo hasta el tercio apical de los dientes.

Saizar aconseja no desprender totalmente la fibromucosa gingival, sino dejarla adherida al hueso a lo largo de su unión con la mucosa floja del fondo del surco.

Los colgajos se mantienen separados por separadores.

5.- De acuerdo con el tipo de extracciones a realizarse y según los principios de la exodoncia será la magnitud de la osteotomía de la tabla externa. Se elimina el hueso con escoplos o fresa, según sea conveniente.

6.- Se realizan las extracciones.

7.- Alveolectomía.- la cantidad de hueso a resecar con fines protéticos debe ser relativamente escasa.

Algunos autores aconsejan conservar toda la arcada alveolar posible para que sirva de apoyo a la futura prótesis, sólo se eliminarán las aristas óseas, los rebordes óseos filosos cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudencial.

Esta parte de la operación se realiza con pinzas gubias. El alisamiento final del hueso se hace con limas para hueso (escofinas) o fresas redondas grandes.

En caso de procesos patológicos periapicales estos serán resecaos según las indicaciones dadas a su oportunidad.

8.- Se regulariza la arcada alveolar, se vuelve el colgajo a su sitio y con tijera se corta el excedente del tejido gingival bucal y palatino de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes.

Estos colgajos se fijan con tres o cuatro puntos de sutura a puntos separados o por sutura continua.

En fin, en cualquier otra clase de eminencia ósea que dificulte la colocación o retención del aparato o la situación correcta de los dientes.

La extensión de toda alveolectomía debe determinarse sobre modelos de estudio articulados.

## 2.- ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA

Las ventajas que tiene esta técnica es que ayuda adelantar la cicatrización, eliminando zonas óseas destinadas a la reabsorción; le permite dar al maxilar una forma ideal; pone al descubierto las zonas de infección

asegurando su completa extirpación- permite la extracción quirúrgica de los dientes.

c).- TECNICA DE LA ALVEOLECTOMIA CON FINES PROFETICOS.

La alveolectomía puede hacerse en toda la extensión de la arcada, - o dividir la operación en dos o tres zonas; estos procedimientos están en - relación con el número de dientes a extraerse y estado del paciente.

En general preferimos dividir la arcada superior en tres segmentos:

Un segmento posterior derecho que se extiende desde el espacio interdentario entre canino y primer premolar hacia atrás; un segmento posterior izquierdo que tiene los mismos límites y un segmento anterior comprendido - entre canino y canino.

1.- Previa anestesia regional o local, según sea conveniente para el -- paciente.

2.- Incisión.- Se trazan dos incisiones, la primera ubicada en el espacio entre canino y primer premolar y ligeramente inclinado hacia adelante - en altura, esta incisión tiene las mismas características para una exodon-- cía.

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

3.- Se realiza una incisión en la cara palatina (un colgajo mínimo) --- para no traumatizar la fibromucosa en las maniobras operatorias.

ch).- TECNICA OPERATORIA DE LA ALVEOLECTOMIA PARA MAXILARES DESDENTADOS.

1.- Previa anestesia.

2.- Incisión.- Como se trata de un maxilar desdentado, puede ser casi siempre semilunar el colgajo, partiendo del surco vestibular hacia la cresta del reborde, pasando palatinamente o lingualmente a la parte de rese-- car y volviendo al surco. Esto permite levantar el colgajo con una sola in-- cisión. Debe ser suficientemente amplia como para que al levantar el colga-- jo, quede perfectamente al descubierto la zona a reseca. No se debe olvidar modelar el maxilar en este momento ya que requiere de una visibilidad espe-- cial.

3.- La osteotomía se realiza con fresa, rongeur, piedra o escoplo, - según la importancia y la preferencia del operador.

4.- Se sutura cuidando siempre de no movilizar las inserciones en el fondo del surco vestibular.

Los puntos de sutura pueden ser separados o continuos.

## CONCLUSIONES

En esta investigación trato de expresar la importancia que tiene la Cirugía Bucal Preprotética en la práctica de la Odontología.

La mayoría de las malformaciones congénitas o adquiridas, el método quirúrgico es el fundamental para llevar a la normalidad las estructuras, tanto en la estética como en la funcionalidad.

Las técnicas quirúrgicas, nuevas y precisas han puesto al día para transformar anomalías graves en formaciones correctas.

Se citan algunos tipos de anomalías, mencionando en algunas de sus ventajas y desventajas.

1.- Frenilectomías, desde el punto de vista protético ayudan a tener una perfecta ubicación de la prótesis, permitiendo un desplazamiento normal de las inserciones musculares.

Desde el punto de vista ortodóntico ayuda al cierre de los diastemas originados por la presencia de los frenillos labiales anteriores y normales.

Si no es eliminado el frenillo anormal con el tiempo nos puede ocasionar una alteración en el crecimiento durante la pubertad.

2.- Torus palatino y mandibular.- Las ventajas que tienen las técnicas de estas anomalías son; permiten una correcta y cómoda colocación de la prótesis.

Las desventajas es que si no se realiza una técnica adecuada nos puede originar; procesos infecciosos en el área intervenida asimismo puede lesionar a sus tejidos adyacentes.

Dentro de las fecciones podemos mencionar:

Hemorragias en la cavidad oral, Hematomas, fracturas de las estructuras vecinas o el desprendimiento de la mucosa palatina.

3.- Labio doble.- Este procedimiento se realiza con fines estéticos; aunque también para poder adaptar nuestras prótesis para aquellos pacientes que lo requieren.

4.- Alveolectomía.- Este procedimiento corrige aquellas disposiciones que dificultan o impidan la colocación de prótesis correcta.

Las prótesis desequilibradas son factores de atrofia, asimismo las inflamaciones remanentes originan atrofia ósea.

La finalidad de este procedimiento es conservar la estructura ósea alveolar, además ayuda a una cicatrización -- más rápida.

5.- Alveoloplastia.- Su finalidad es que nos sirve para facilitar las extracciones dentarias, para corregir irregularidades del reborde alveolar residualmente después de las extracciones de los dientes y para preparar el reborde residual para la recepción de las dentaduras artificiales.

BIBLIOGRAFIA.

- I.- Anestesia en Odontología  
Autor: Archer W. Harry  
Editorial: Mundi-Buenos Aires.
  
- II.- Técnicas Quirúrgicas  
Autor: Aldape Barrera Fernando  
México 1975
  
- III.- Cirugía Odontomaxilar  
Autor: Durante Avellanal  
Editorial: Buenos Aires  
1a. edición 1946
  
- IV.- Compendio de Anatomía Descriptiva  
Autor: Fort J.A.  
Editorial: Gustavo Gili  
5a. Edición 1958
  
- V.- Tratado de Cirugía  
Autor: Kruger E. Berlard  
Editorial Interamericana  
1a. Edición 1960.
  
- VI.- Cirugía Preprotésica del Tejido Óseo  
Autor: López Morales Jaime.  
UNAM-1971-tesis.
  
- VII.- Cirugía Preprotésica  
Autor: Martínez Antonio René  
UNAM- 1976-tesis.
  
- VIII.- La Anestesia en Cirugía Dental  
Autor: Mead Sterling V.  
Editorial: Hispano Americana  
2a. Edición 1957

IX.- Técnicas Quirúrgicas de cabeza  
y cuello.

Autor: Palacios G. Alberto

Editorial: Interamericana

1a. Edición 1967

X.- Anatomía Odontológica

Autor: Pile A. Humberto

Editorial: El Ateneo-Buenos Aires

3a edición.

XI.- Cirugía Bucal

Autor: Ries Centeno

Editorial El Ateneo-Buenos Aires

7a. edición 1975

XII.- Cirugía Preprotésica

Autor Starshak J. Thomas

Editorial: Mundi-Buenos Aires -

1a. edición 1974.