

24, 189

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - UNAM
TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM
CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA

"AFECCIONES MAS FRECUENTES EN CIRUGIA BUCAL"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

VICTOR MARTINEZ GARAY

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

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.

PROLOGO

La odontología actualmente se presenta como una bien estructurada rama médica. El odontólogo contempla que su profesión inserta en el campo pleno de la medicina; no se limita a la observación y atención de las dentaduras, sino a la atención del paciente como un todo.

La evolución y las necesidades condicionan la especialidad, el odontólogo elige entre los diferentes aspectos de las especialidades odontológicas. Debiendo contar con los recursos suficientes para resolver y atender la odontología no especializada, sin alejarse del principio humano de su profesión.

Hoy la odontología es una especialidad, que se le considera científica, ya que se encuentra altamente evolucionada y en franca vía de progreso, está superada esa etapa de no tomar en cuenta la relación íntima entre la cavidad oral con el resto del organismo.

Esta tesis trata de explicar algunas generalidades de las diversas afecciones más comunes que aquejan a gran número de pacientes.

Me inclino a este aspecto de la odontología o sea la cirugía bucal, por ser una de las especialidades interesantes e importantes en el campo clínico; así como las demás especialidades en su campo, pero que es esencial en la odontología actual; que con el avance del tiempo requiere un mejor desempeño y aprovechar la inquietud existente en las nuevas generaciones de profesionales para irse capacitando cada vez más y darle a la profesión el lugar que le corresponde.

El fin de esta tesis es de hacer comprender que en nuestros estudios y labores clínicas de consultorio, nuestro objetivo serán los pacientes y no limitadamente las dentaduras.

Además considerar que nuestra profesión inserta en el amplio campo de las ciencias médicas y a la vez meditar en la responsabilidad que tiene el odontólogo de diagnosticar y aliviar la dolencia del paciente, así como la orientación del que padece una afección ajena a nuestro campo.

INDICE

	Pág.
Concepto e importancia de la Cirugia Bucal	1
Generalidades de dientes retenidos	2
Caninos retenidos	3
Terceros molares retenidos	4
Endodoncia Quirúrgica	6
Técnicas quirúrgicas preprotéticas	9
Afecciones de las glándulas salivales	14
Hipertrofia de frenillos	18
Tumoraciones benignas de maxilar y mandibula	19
Hiperplasia gingivales	21
Fracturas maxilares	23
Bibliografía	28

CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA BUCAL

La cirugía bucal, es una rama de la odontología que se encarga del estudio y tratamiento de las diversas afecciones, que se presentan en la cavidad oral; y para lograrlo, lo hace a través de técnicas que han sido ya demostradas ininidad de veces, para lograr el máximo éxito y bienestar del paciente.

La cirugía bucal se puede clasificar en:

Cirugía de Urgencia.

Que trata por ejemplo, el caso de una fractura o una hemorragia que puede ser provocada por algún traumatismo, etc.

Cirugía Programada o Electiva.

Esta, nos permite una mejor realización de la intervención, ya que facilita un estudio preoperatorio más o menos completo y que nos dará una mejor visión de éxito.

Cirugía Reparativa.

Actúa, como es el caso de malformaciones congénitas, neoformaciones, etc. . .

Cirugía Conservadora o Mutilante.

Esta otra clasificación va a actuar como en el tratamiento de la fractura del ápice de un diente (que nos interesa conservar para lograr fines estéticos), o bien un diente retenido (que vamos a eliminar para evitar dificultad en la colocación de una prótesis).

Cirugía Diferida.

Cuando aplazamos una intervención a causa de la presencia de alguna enfermedad existente y pueda interferir en la intervención.

Todas las clasificaciones ya mencionadas, tienen el fin de hacer de la cirugía bucal, una rama de la odontología firme y completa y que en un padecimiento oral, logre la salud favorable del paciente.

Para lograrlo es necesario que el odontólogo tenga el conocimiento suficiente de la intervención, así como relaciones anatómicas de la zona a intervenir, conducta del cirujano en el quirófano y capacidad de manejar satisfactoriamente los diversos accidentes que se presentasen durante o después de la intervención. Además tener la convicción de un criterio firme que lo lleve a tener el éxito en la intervención y tratamientos proyectados para la rehabilitación del paciente.

Por todo lo antes mencionado en cirugía bucal, el cirujano dentista aplicará todo su empeño, entusiasmo y cuidado en aplicar las técnicas y tratamientos adecuados, que enmarquen y logren hacer ver a la odontología, como una bien estructurada y firme rama del área de las ciencias médicas.

GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

Una de las afecciones muy frecuentes es la presencia de un diente retenido. Se puede definir como la retención de un diente a aquel estado en el cual un diente, parcial o totalmente desarrollado, queda alojado en el interior de los maxilares. Después de haber pasado la época de erupción ordinaria, quedando éste circunscrito por su saco epitelial intacto.

El tipo de retensión puede ser:

Intraóseo. En este tipo de anomalía, el diente queda retenido o atrapado por tejido óseo y no alcanza a observarse, pero que en muchas ocasiones puede palpase, su diagnóstico determinante se hace a través del estudio radiográfico.

Normalmente el paciente que padece este tipo de anomalía la presenta como una molestia pequeña y en otras pasa desapercibida y sólo se descubre accidentalmente.

Subgingival. Es otra forma de anomalía que puede impedir su libre erupción, en esta afección el diente hace su erupción hasta tejido óseo y no logra erupcionar la porción subgingival y que es provocado por algún agente mecánico, como es el caso de una raíz mesial.

La etiología de la afección de retensión según Berger son:

LOCALES:

- 1.—Irregularidad en la posición.
- 2.—Presión de un diente adyacente.
- 3.—Densidad del hueso que lo cubre.
- 4.—Inflamaciones crónicas.
- 5.—Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.

PRENATALES:

- 1.—Herencia.
- 2.—Mezcla de razas.

POSTNATALES Y SISTEMATICOS:

- 1.—Raquitismo.
- 2.—Anemia.
- 3.—Sífilis Congénita.
- 4.—Tuberculosis.
- 5.—Desnutrición.

Varios análisis van a determinar el diagnóstico:

1.—Análisis Visual. Se observará si existe inflamación de la zona, tamaño de la lesión en caso de presentarse, si interesa o no a las demás estructuras, etc. . .

2.—Análisis de Palpación. Este método nos dará información sobre la situación del problema.

Otro dato que nos proporciona es el sintomático; puede o no haber dolor, ya que en algunos casos puede existir; además a través de la palpación, podremos observar si hay o no movimiento del tejido.

3.—Análisis Radiográfico. Este método de análisis es el que será determinante en este tipo de anomalías, en cirugía bucal, ya que nos muestra, la longitud de la corona, espacio de erupción, dirección del eje del diente, diámetro de la corona, localización subgingival o intraósea, etc.

Su tratamiento es la exodoncia de estos dientes a través de varias técnicas. Antes de cualquier tratamiento en cirugía bucal tendremos que elaborar un programa a seguir y será el siguiente:

- a).—Estudio e Historia Clínica.
- b).—Estudio Radiográfico.
- c).—Pruebas de Laboratorio.
- d).—Medicación Preoperatoria.
- e).—Intervención.
- f).—Medicación Postoperatoria.
- g).—Cuidados Postoperatorios.

CANINOS RETENIDOS

La anomalía de un canino retenido, se presenta con frecuencia y se descubre por lo general, en algún estudio radiográfico, o bien en el tratamiento de la colocación de una prótesis.

La etiología de los caninos retenidos puede ser asociada a problemas propios del paciente:

- 1.—Período más largo del desarrollo superior.
- 2.—Desviación de la trayectoria hacia palatino.
- 3.—Quistes Dentígeros.
- 4.—Odontomas.
- 5.—Infección del germen dentario.
- 6.—Participación de dientes supernumerarios, que pueden desviar o interferir en el patrón eruptivo.
- 7.—Falta de espacio.
- 8.—Incompleta fusión de premaxila y los maxilares.
- 9.—Retención prolongada del canino temporal.

Se ha comprobado que la aparición de esta afección es casi por lo general unilateral.

Puede clasificarse su presencia en dos y son:

- A).—Presencia en pacientes dentados.
 - 1.—Situación palatina.
 - 2.—Cerca de la arcada.
 - 3.—Lejos de la arcada.
 - 4.—Situación vestíbulo palatina.

5.—Situación palatino vestibular.

6.—Situación vestibular.

B).—Presencia en pacientes desdentados.

1.—Situación palatina.

2.—Cerca de la arcada.

3.—Lejos de la arcada.

4.—Sobre la arcada.

5.—Situación vestibular.

6.—Situación vestibulo palatina.

7.—Situación palatino vestibular.

8.—Otra clasificación de los caninos retenidos por su posición paranormal es la siguiente:

1.—Vertical como es la posición nasopalatina.

2.—Oblicua como es la posición antropalatina.

El diagnóstico definitivo se hace a través del estudio radiográfico ya que en algunos casos es necesaria la extracción; antes de hacer la intervención odontológica se hará un previo análisis clínico, asimismo incluirá tiempo de sangrado, según Duke o según Ivy y otras pruebas como glucosa en sangret, etc. . .

Al momento de hacer la intervención odontológica se hará la técnica de anestesia; puede ser por infiltración infraorbitaria, seguida de la infiltración local y como tercer punto se hará la infiltración en el caso de agujero palatino posterior, esto cuando existen dientes retenidos por posición paranormal; todo esto en caso necesario de extracción.

Después se hará una incisión siguiendo el cuello de los dientes tipo Newman, siempre y cuando se respeten las pápilas interdientarias o bien una incisión en forma de media luna o una tipo Partsch en el caso de un paciente desdentado.

Ya hecha la incisión se hará, en caso necesario la osteotomía, la cual iniciaremos con la apertura de trepanos con fresa de bola chica y terminamos con una fresa de Linderman o una fresa troncocónica, después ya hecha la osteotomía, hacemos la extracción del diente retenido, la exfoliación del diente retenido se dificulta un poco más cuando ha alcanzado el diente su máximo desarrollo.

Después de haber extraído el diente retenido, hacemos un raspado de la zona y lavamos perfectamente y posteriormente si el sangrado es normal, se procede a suturar. En caso contrario, vamos a empacar un apósito quirúrgico; después se adesa perfectamente el colgajo y se sutura; la sutura se retirará a los cinco días después de la intervención.

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Una de las afecciones comunes o frecuentes son los terceros mola-

res retenidos de los cuales en forma general hablamos a continuación.

En el trato clínico con nuestros pacientes se presenta esta anomalía frecuentemente, podemos encontrar en algunas ocasiones accidentalmente a través de un estudio radiográfico o bien debido a que el paciente se queja de molestia o dolor constante.

En otras muchas ocasiones pasa desapercibido durante toda la vida y en algunos casos al paciente que se le hace una rehabilitación oral, es necesario extraerlo debido a que causa una anomalía ósea en el proceso y hace difícil la colocación de la prótesis parcial o total.

Su situación varía y de acuerdo a las características que le dan la posición y colocación, se clasifica en terceros molares inferiores retenidos y terceros molares retenidos superiores; de acuerdo a la clasificación que presenta Ries Centeno, se clasifica en:

1).—Terceros molares retenidos de acuerdo a su eje:

a).—Situación vertical.

b).—Situación horizontal.

c).—Situación oblicua.

2).—De acuerdo a su giroversión se clasifican en:

a).—Posición mesio angular.

b).—Posición disto angular.

c).—Posición linguo angular.

d).—Posición vestibulo angular.

3).—Otra clasificación sugerida por Ries Centeno, menciona a otras tres clases de acuerdo a la situación de la corona del tercer molar y son las siguientes:

a).—Primera clase. Cuando una parte de la corona anatómica del tercer molar retenido se alcanza a observar clínicamente.

b).—Segunda clase. Cuando la corona anatómica del tercer molar retenido, se encuentra cubierto por mucosa totalmente.

c).—Tercera clase. Cuando la corona anatómica del tercer molar retenido se encuentra rodeado en su totalidad por tejido óseo.

4).—Pell y Gregori sugieren otra clasificación y que incluye una parte de la clasificación de George B. Winter, que es de acuerdo al borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.

a).—Primera clase. Es cuando existe espacio suficiente entre la rama ascendente desde su borde anterior a la cara distal del segundo molar.

b).—Segunda clase. Es cuando la corona del tercer molar se encuentra cubierto por la porción del borde anterior de la rama ascendente en este caso existe poco espacio.

c).—Tercera clase. Es caracterizado por no tener casi nada o nada

de espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar, por consiguiente el tercer molar se encuentra cubierto parcial o totalmente por tejido óseo de la rama.

El tratamiento de esta afección es la extracción quirúrgica, ya que en muchas ocasiones es sintomático, ya que provoca acumulación de restos alimenticios y consecuentemente provoca dolor; una técnica a seguir entre otras es la siguiente:

Se hace técnica de anestesia, en caso de tratarse de un caso en el proceso inferior, se hará la infiltración de anestesia troncular del nervio dental inferior, después haremos una incisión sobre la rama ascendente; todo esto de acuerdo a la localización del tercer molar retenido; bien puede ser una incisión tipo Partsch, Newman o una Wassmund, según el caso, la incisión tipo partsch en caso de estar retenido el tercer molar gingivalmente, la de Newman en caso de encontrarse subgingivalmente y para eliminar vestibulo y la de Wassmund en caso de estar cubierto por hueso, sólo en caso de querer eliminar una parte del hueso. Posteriormente a esto, se hará la separación del colgajo y sólo en caso de encontrarse intraóseo y con una trayectoria anormal de su eje, se procederá hacer la osteotomía y se hará la extracción del tercer molar retenido, después se procederá a hacer el lavado de la zona con suero fisiológico o agua bidesalada; después se hará la sutura, adosando perfectamente el colgajo, ya colocada la sutura se colocará un apósito para evitarle molestias al paciente y se le recomienda control de placa bacteriana y una higiene oral adecuada.

A los cinco días posteriores a la intervención si no existe ninguna molestia, retiraremos la sutura.

ENDODONCIA QUIRURGICA

Nuestro sentido de responsabilidad profesional y la mayor cultura odontológica de nuestros pacientes, nos obliga a volvernos cada día más conservadores con sus dientes; con la actual endodoncia calibrada, al rellenar perfectamente el conducto, el porcentaje de fracaso es mínimo pero estos fracasos más, las lesiones que de antemano sabemos que no van a curar con la simple endodoncia, así como la falta de tiempo de nuestra parte y por lo del enfermo, nos hacen recurrir a las técnicas quirúrgicas.

Es fundamental tener presente que estas técnicas no son una peca para la endodoncia. Otra indicación es aquella en que nuestro paciente que por sus actividades profesionales tiene que desplazarse constantemente y queremos tener la seguridad de practicarle un tratamiento correcto, rápido que no vaya a interferir en sus actividades diarias.

Las técnicas quirúrgicas que podemos emplear son las siguientes:
Fistula artificial

Apicectomía
Legrado periapical
Reimplante y prolongación apical

En todas ellas hemos de tomar en cuenta el germen y el terreno, la flora microbiana de la boca sabemos que es amplísima y decimos que los gérmenes se encuentran en estado saprofito, ésta nos interesa conocer y considerar su virulencia y toxicidad.

Cuando las barreras del diente han desaparecido, caries o fractura con exposición de la pulpa, los gérmenes se ponen en contacto y con ésta dando lugar a una infección de características especiales, por ser en un principio un absceso abierto, está en comunicación con el exterior y posteriormente, se convierte en cerrado por taponamiento, bien de la comida o de los exudados, que originan en el foco; esta característica modifica la sintomatología, sin que por esto deje de ser un fenómeno inflamatorio de origen infeccioso cuya dinámica nos interesa conocer para una mejor comprensión de la sintomatología, cuyo diagnóstico y tratamiento lo haremos más efectivo.

Cuando la curación no se consigue, puede agudizarse la lesión en cualquier momento y que puede provocar hasta una osteitis periapical que provoca la lisis del hueso.

El tratamiento de las afecciones endodónticas puede ser:

A).—Fistula artificial. Consiste en practicar una incisión a nivel de los dientes y separa la mucosa y el periostio, y con una fresa redonda atravesamos hueso hasta llegar a la lesión periapical; momento en el que notaremos porque la fresa cae en un espacio vacío, se retiran los restos con una cucharilla, se lava y se cauterizan los bordes de la herida con fenol.

B).—Apicectomía. La intervención consiste en una incisión mucoperiostica, que deberá ser lo suficientemente amplia para que nos proporcione el campo operatorio visible y accesible.

Con esta intervención únicamente intervenimos sobre ápice radicular y por lo tanto sus indicaciones serán las lesiones del mismo:

Delta apical infectado, acodamiento de raíces que no permiten el paso de los instrumentos de endodoncia, conductos accesorios laterales, instrumentos de endodoncia rotos en ápice que no pueden extraerse ni obturarse, fractura de la raíz y toda etiología que radique en ápice.

Los tiempos de la endodoncia deberán intercalarse adecuadamente para obtener un sellado apical perfecto, el orden a seguir es el siguiente:

Limpieza de la cámara, apicectomía, se controla el sellado apical y se sutura.

La técnica es la siguiente:

Se hará una incisión a nivel de ápice, se hará después perforación del hueso a través de una fresa de bola chica y se practica la resección apical, la superficie de la sección apical la haremos oblicua de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, para tener mejor visión.

C).—Legrado apical o curetaje. En esta intervención actuamos principalmente en la zona apical que es lesionada; el punto más interesante y delicado va a ser el curetaje, que deberá realizarse completamente; incluso de la parte de la raíz que quede descubierta y cuidadosamente para que no queden restos del tejido enfermo y para no lesionar la capa cementaria de la raíz, sus indicaciones son las lesiones y los quistes.

Existe una técnica según el doctor Lundquist, que consiste en una endodoncia convencional combinada con una osteotomía, dirigida al agujero apical para coseguir el sellado perfecto y el curetaje de la zona enferma.

Esta intervención consiste en previa endodoncia, los tiempos de la intervención:

Limpieza de la cámara pulpar, osteotomía, dejando al descubierto el ápice, control de la hemorragia, ensanchamiento del conducto y limpieza del mismo; se hace un raspado de las paredes sin lesionar la zona apical y se retira el tejido enfermo, se lava cuidadosamente y se sutura; si a los cinco días después de la intervención no existe molestia, se retirará ésta y se le recomendará al paciente una higiene oral adecuada y el control de la placa bacteriana.

D).—Reimplante y prolongación apical. Sus indicaciones son en caso de traumatismos, con expulsión de los dientes, cuando el alveolo se mantiene intacto y cuando los tratamientos anteriores no tienen la posibilidad de éxito y nos interesa mantener la pieza dental.

La técnica consiste en practicar, extraoral, la endodoncia por vía cameral e retrógrada, reimplantar la pieza en el alveolo e inmovilizarla bien con una férula prefabricada en los casos de extracción o con ligadura de alambre o bien con una resina autopolimerizable en casos de traumatismo. Cuando exista la lesión periapical, antes de reimplantar la pieza, haremos un curetaje en el fondo del alveolo afectado.

El resultado de este tratamiento suele ser favorable y en los casos resueltos con éxito tienen una duración aproximada de ocho años, estando esto en relación con la salud del paciente e inversa con la edad y el tiempo en que la pieza dental ha estado fuera del alveolo.

Es pues un tratamiento de excepción, ya que es muy sencillo y los resultados que llegamos a obtener, bien merece la pena emplearla, cuan-

do una pieza que consideramos perdida, nos interesa conservarla.

Otro tratamiento es la prolongación apical; esta denominación la empleó Graziade y colaboradores porque da una idea más exacta de lo que es la intervención.

Esta intervención consiste en introducir un vástago metálico a través del conducto radicular y éste sujeto fijamente a él y que la parte intracásea no tenga holgura, la sujeción será función del grosor y la longitud de dicho vástago.

Dos técnicas son las empleadas: Desvitalización, ensanchamiento del conducto radicular y preparación del vástago del grosor necesario, ligeramente inferior al conseguido en el ensanchamiento del conducto con ensanchadores del mismo grosor que el vástago a emplear, o clavándola en la esponjosa a través del conducto ensanchado. Como es lógico, siempre es más seguro el enclavamiento que el preformar el conducto a sujeción radicular simple, sino que la sujeción radicular será a través de un cemento como es el fosfato de zinc.

Los resultados se dividen en casos tratados por parodontosis horizontal y los demás.

En los primeros el postoperatorio, radiológicamente, se empieza a ver en esta zona una porción radiolúcida alrededor del vástago en la zona endoósea, ocupada por tejido conjuntivo, reacción propia del organismo, ante un cuerpo extraño metálico, debido a la reacción de rechazo y a la disociación iónica del metal.

En cuanto a otros casos: Parodontosis vertical, por infección apical, fracturas del diente, los vástagos de metal empleados son de diversos metales como son: oro, oro platinizado, plata y actualmente es usado el cromo cobalto. Los resultados son diferentes, extremo fácilmente aplicables, si tenemos que durante los primeros cuarenta días, periodo mediante el cual el vástago estabiliza al diente.

La indicación de esta técnica es exclusivamente cuando tenemos que practicar una apiceptomía de más de un tercio de la raíz, bien por infección o por traumatismo, y el diente está inmovilizado bien antes de la intervención o por la intervención en sí, ya que ayuda a una más rápida y completa restauración de los tejidos de sostén.

TECNICAS QUIRURGICAS PREPROTETICAS

Este método es muy importante, ya que la cirugía preprotética incluye una serie de técnicas que podríamos clasificar o considerar como cirugía menor, y que intervienen a la colocación de una prótesis dental adecuada.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

Sin embargo y haciendo referencia del paciente desdentado se presenta en clínica; pacientes en los cuales la necesidad de hacer una intervención quirúrgica previa, a la colocación de la prótesis es prácticamente imprescindible para conseguir un resultado satisfactorio.

El aumento de profundidad de los vestibulos bucales superior e inferior o del surco gingivo lingual, los denominaremos bajo el nombre de vestibuloplastias.

La vestibuloplastia está indicada cuando la profundidad disponible de los vestibulos bucales es insuficiente para el soporte y retención de la prótesis. Este cuadro clínico se presenta cuando la absorción alveolar es muy severa, cuando existen cicatrices en la mucosa vestibular o cuando las inserciones musculares o mucosas de los frenillos se hallan cerca de la cresta alveolar.

Entre las numerosas técnicas descritas de vestibuloplastia podemos distinguir:

- 1.—Vestibuloplastia submucosa.
- 2.—Vestibuloplastia con implante de piel y submucosa.
- 3.—Implantes óseos para aumentar la altura alveolar.
- 4.—Implantes metálicos para aumentar la altura alveolar.

1.—Vestibuloplastia submucosa. Esta técnica tiene indicaciones muy limitadas y precisas, requiere como condición indispensable la existencia de una mucosa vestibular muy abundante. Con ella se corrigen únicamente las inserciones de los músculos y de la mucosa excesiva a la cresta alveolar que interfiere a la adaptación adecuada de una prótesis.

La técnica es la siguiente:

Se efectúa una incisión vertical en la línea media del vestibulo y se tuneliza el tejido mucoso, desinsertando a todas las inserciones anómalas. El espacio se consigue y se mantiene mediante una ferulización que puede ser una placa de acrílico, tubo de goma, etc. . .

Esta técnica puede emplearse en maxilar y también en mandíbula pero sus mayores indicaciones las tiene en maxilar superior.

2.—Vestibuloplastia con implante de piel y submucosa. Los injertos de mucosa se utilizan en el maxilar superior o en zonas limitadas debido a la disponibilidad de las zonas mucosas.

Vestibuloplastia con implante cutáneo en mandíbula. Haremos estudio radiográfico completo para determinar la forma y tamaño de la mandíbula, seguimos con la preparación de la férula de acrílico, tomamos impresiones del reborde alveolar y vaciamos un modelo en yeso, rebajamos el modelo en la profundidad adecuada; sobre este modelo adaptado confeccionamos la férula de acrílico.

En la intervención se hará la toma del injerto, lo efectuamos con

el dermatomo según las preferencias, tomamos un injerto de unos 10 centímetros de largo por 4 de ancho y de 0.15 a 0.18 mm. de espesor.

En la zona receptora, se hará una incisión en el vértice de la cresta alveolar o si deseamos conservar una franja de mucosa en la cresta, podemos efectuar dos incisiones; una vestibular y otra lingual.

Diseción suprapariostica del colgajo vestibular, una vez efectuada la incisión desde el espacio retromolar derecho al izquierdo, elevamos cuidadosamente un colgajo mucoso, respetamos el periostio. Pondremos especial cuidado de no lesionar el paquete vasculo-nervioso mentoniano, que libramos en caso de que emerjan excesivamente a una posición más inferior, prolongando mediante una fresa quirúrgica redonda el foramen, proseguimos la incisión más inferior y seccionamos en parte a los músculos mentonianos y los caninos.

Posteriormente, respetando la porción más inferior de estos últimos para evitar la flacidez que resulta en el labio inferior si se secciona totalmente.

Diseción suprapariostica del colgajo lingual, respetando el periostio, en la zona más posterior debemos tener cuidado de no lesionar el nervio lingual, seccionamos el músculo milohioideo y libramos con el dedo todas las estructuras que interfieren en esta zona. Anteriormente seccionamos las fibras laterales y también las superiores del genioglosso, respetando las inferiores para no interferir con el soporte y movilidad de la lengua, si la apófisis protruyen excesivamente pueden regularizarse y con una fresa redonda, seccionamos previamente el periostio con una incisión vertical y suturándolo nuevamente.

Sutura de los colgajos vestibular y lingual: una vez despegados ambos colgajos completamente, suturamos los bordes mediante varios puntos de sutura que pasarán por debajo del borde inferior de la mandíbula.

Impresión del área receptora: tomamos la placa de acrílico y la rellenamos del material con que vamos a tomar la impresión del área alveolar, a la que tenemos expuesta, retocando varias veces hasta que sea la impresión uniforme en todos sus puntos.

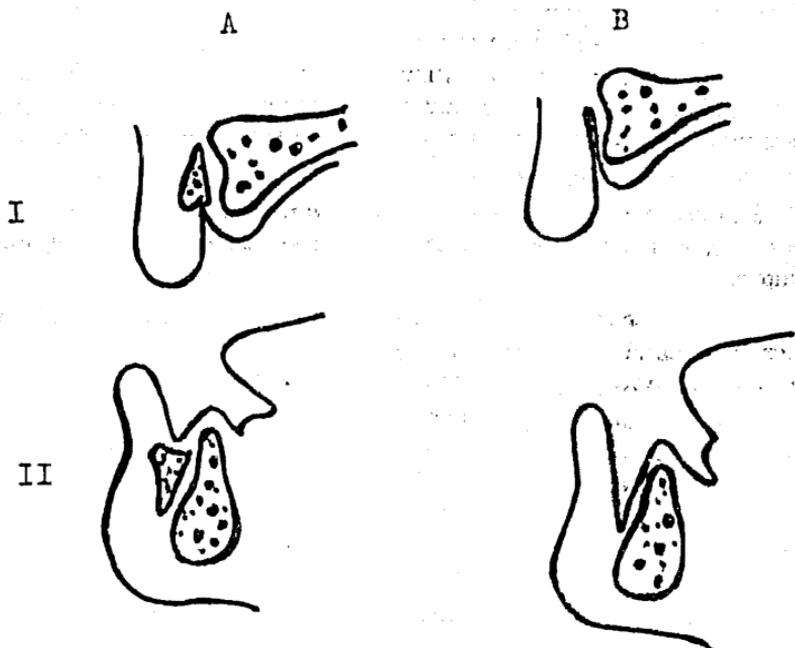
Fijación del injerto: colocamos primero el injerto sobre la placa de acrílico, cuando la impresión está bien seca. Es útil pincelar antes un adhesivo quirúrgico, la cual dará más firmeza al colgajo.

Después colocamos la placa de acrílico con el injerto adaptado sobre ella encima del área receptora, fijándola en posición.

Posteriormente prescribimos medicación antibiótica y antiinflamatoria, los días siguientes de la intervención; la hospitalización suele ser de cuarenta y ocho horas, la placa portadora del injerto es retirada a los

ocho días, tras la cual se puede apreciar la perfecta toma del injerto, a las seis u ocho semanas de la intervención puede ser confeccionada la prótesis definitiva.

La técnica de vestibuloplastia con injerto de mucosa en el maxilar superior es esencialmente la misma; en la secuencia siguiente se muestra una vestibuloplastia con injerto de mucosa en el maxilar superior (I) y en mandíbula (II).



3.—Injertos óseos para aumentar la altura alveolar. Se efectúa en aquellos casos de atrofia alveolar muy severa, el injerto óseo es la única posibilidad terapéutica. Numerosas técnicas se han descrito, la mayoría de las cuales no han tenido el éxito principalmente a la reabsorción experimentada por el hueso injertado.

Sin embargo las técnicas descritas por Boyne, utilizando hueso esponjosa, obtenido de la cresta iliaca, han abierto un campo prometedor con esta técnica, del hueso esponjosa es fijado sobre la zona dadora mediante placas de titanio con filtro interpuesto. Varios meses después es necesario efectuar una vestibuloplastia con injerto cutáneo.

4.—Implantes metálicos para aumentar la altura alveolar. Con respecto a este tipo de implantes, se realiza con metales inertes como el Novillium, Vitalium o bien la combinación de ambos. Los implantes metálicos pueden ser: Aislados. Completos.

La técnica a seguir es la siguiente: El implante que tiene forma de gancho se usa en los procesos alveolares, primero se medirá la profundidad y la longitud, posteriormente se hará una incisión sobre el reborde alveolar y se introducen los implantes, se sutura perfectamente y que la maniobra de implante quede bien ajustada y posteriormente se colocará la prótesis provisional.

Los implantes serán a nivel de los molares y caninos, se coloca la prótesis provisional para su osificación a través de la estimulación de la masticación.

En el periodo de un mes se puede rehabilitar al paciente y hacer hábitos e higiene oral adecuada.

Los implantes completos se procederá en la forma siguiente:

Antes de la intervención se deberán tomar impresiones totales superiores e inferiores y en los muñones se hace una red con sus cuatro muñones en la región de molares y caninos.

A la mitad del proceso se hará una incisión, se separa el colgajo y se coloca el implante, red o malla metálica, se sutura perfectamente y se coloca la prótesis provisional de tal manera que quede bien estabilizada la oclusión.

Los cuidados postoperatorios son aplicaciones de agua fría; no se recomiendan antibióticos, sólo enzimas y analgésicos y a los cuatro meses se notará una cicatrización sólida.

Otra de las afecciones muy frecuentes y que permiten la presencia de la cruz preprotética, es la presencia de aristas que imposibilitan la colocación de la prótesis que se quiera colocar en la rehabilitación adecuada del paciente. Muchas veces el clínico advierte por palpación la presencia en las apófisis alveolares desdentadas con bordes agudos; las causas más serias y más frecuentes de la incomodidad de las prótesis son las apófisis a manera de filo, la masticación parece comprimir el mucoperiostio contra las aristas agudas del hueso y, por lo tanto, la oclusión es dolorosa. Esta afección se presenta también en el caso de hacer extracciones múltiples, que provocan la presencia de aristas traumáticas en el proceso alveolar de los maxilares.

El clínico muchas veces puede creer que la cresta ósea es satisfactoria debido a que la cubierta de tejido blando es redonda, ocultando el hecho de que existe una cresta afilada debajo del mucoperiostio. La presión firme con los dedos puede descubrir las regiones que le molestan. El tratamiento a seguir es la eliminación de esas crestas o aristas del proceso alveolar. A través de la técnica quirúrgica siguiente:

Se hace una incisión aguda a través del mucoperiostio, sobre la región que se va a exponer, un poco hacia labial o bucal de la cresta, se

levanta el periostio para hacer visible el hueso. Después con un ostéotomo o lima para hueso, se quitan las irregularidades y se nivelan las protuberancias y se deja lisa, cuando sobra tejido se elimina; después se lava con suero fisiológico y se sutura y posteriormente se retirará ésta a los cinco días después de la intervención.

Otra afección que se presenta con frecuencia son los torus mandibulares o maxilares, no tienen importancia patológica y por lo general no necesitan atención quirúrgica, está indicada su eliminación si se traumatizan, su eliminación es esencial en muchos casos, cuando se va a colocar una prótesis en esa región.

Los torus maxilares varían en tamaño y forma, muchos son pequeños y otros son grandes.

El torus no debe quitarse en masa, debido a que muchas veces el piso de las fosas nasales (caso del torus palatino), llega hacia abajo en esa región, de manera que se puede hacer una perforación de la nariz (si se pierde gran cantidad de hueso).

La técnica descrita por Kruger es la siguiente:

Se hace una incisión abarcando la superficie del torus y después se puede dividir el torus en segmentos por medio de fresas, eliminándose los pedazos pequeños con cinceles y alveolótomos, las fresas quirúrgicas grandes y las limas son buenas para la preparación final de la superficie, se debe evitar pulir la superficie del hueso.

Posteriormente si queda exceso de tejido, se elimina y después se sutura. En todos los casos es necesario la colocación de un soporte (en caso palatino) que permanecerá durante una semana; posteriormente se prosigue a la rehabilitación protética del paciente.

AFECCIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Suelen ser afectadas por tumores, quistes sialolitos, sialolitis de infección, sialoductitis con la subsecuente obstrucción del conducto o por avitaminosis "A".

Los quistes son del tipo de retención provocada por la obstrucción del conducto, así como por un trauma o infección; los sialolitos pueden ser encontrados en las glándulas salivales con frecuencia, pero más frecuentemente en la glándula submaxilar, y en los conductos de Warthon, en la parotida y el conducto de Stenon.

Su diagnóstico se hace a través de la sialografía y estudio radiográfico, la sialografía es la demostración radiológica de las glándulas salivales y conductos que puede ser demostrada por medio de una inyección radiopaca como son el Lípidol, Etidol, Hepoquen. La sialografía sigue una serie de pasos para diagnosticar y que tiene sus limitaciones.

Se recomienda tomar una serie de radiografías como son:

A).—Radiografía lateral de mandíbula.

B).—Radiografía anteroposterior.

C).—Radiografía submentoniana.

En la radiografía observaremos el medio contrastante que ha sido inyectado en las glándulas a través de los conductos y podremos encontrar un quiste encapsulado, que será demostrada en el estudio radiográfico así mismo su importancia en benignidad, las características de un tumor mixto de parótida, son la deformidad del conducto, el agrandamiento glandular y la no encapsulación del mismo.

También serán demostrados los tumores malignos, así como los carcinomas que presentan una infiltración y destrucción del sistema de drenado de la glándula, y por consiguiente la infiltración a las estructuras glandulares y a los tejidos adyacentes.

La técnica de inyección para la sialografía es la siguiente:

Por medio de esta técnica para la sialografía se puede diagnosticar la presencia de cálculos para realizar esta técnica en la glándula parótida, se recomienda una inyección de 5 cm³. con una aguja angulada y con una oliva que nos sirva de tope (sustancia colorante).

La colocación de la aguja deberá ser lo más atraumático posible y la penetración de la misma en los conductos sin desgarramiento de los bordes. La cánula de la aguja deberá ser gentilmente introducida en el conducto hasta llegar al tope.

El tope evita el reflejo de los medios contrastantes en la inyección. Después de una inyección completa la cánula se extrae y procedemos a tomar las radiografías de la zona inyectada. Existe un lapso de 20 minutos después de la inyección de la cual se pueden tomar las radiografías necesarias.

Probablemente encontremos una dilatación que es esencial de la estenosis de la glándula parótida para determinar la sialografía de las glándulas submaxilar y sublingual. Es necesario localizar los conductos de saliva, que son muy difíciles de observar y sobre todo de introducir la cánula de las mismas para la observación de la secreción que nos dará un punto de referencia para lograr nuestros objetivos.

Existen diversas anomalías en glándulas como son:

1.—Sialoadenitis supurativa. Esto significa la inflamación de las glándulas salivales, la cual puede tener efecto agudo y subagudo.

Cuando existe esta infección en la glándula parótida se llama Parotiditis.

La etiología de la sialoadenitis supurativa es:

- a).—Infecciones del medio bucal.
- b).—Complicaciones asociadas con infecciones.
- c).—Fiebre escarlatina.
- d).—Tifoidea, etc.
- e).—Parotiditis contagiosa o epidémica asociada con enfermedades agudas o infecciosas por un virus.

El tratamiento en caso de sialoadenitis supurativa aguda en inflamación linfoadenopatías y drenajes purulentos. Necesitamos la inyección de penicilina o antibiótico de amplio espectro, el exudado deberá ser estudiado sistemáticamente haciendo un cultivo donde encontraremos igualmente en adultos, estafilococos aéreos; en niños estafilococos viridans. Las inflamaciones aparecen generalmente alrededor de las dos semanas y las glándulas salivales su estado normal lo recuperará volviendo a retomar su secreción para prevenir su recurrencia se necesita aplicar antibiótico asimismo la aplicación intraductal de antibiótico.

Método de inyección antibiótica intraductal. Necesitamos que la aguja sea de preferencia delgada con la cual podemos también realizar la misma técnica de canulación como en el uso de la sialografía para poder realizarlo; en esta técnica necesitamos aplicar Xilocaina al 2%, la cual mantiene la zona anestesiada perfectamente durante 2 minutos, evita el movimiento excesivo del paciente.

La solución es también mezclada con Xilocaina al 2% por la misma razón dentro del antibiótico que podemos emplear está la tetraciclina en dosis de 15 mg. sobre 2 ml. de Hidróclorido de Lidocaina en adultos y en niños 10 mg. sobre 2 ml.

La tetraciclina o eritromicina (250 mg.) con un periodo de 10 días se aplica sistemáticamente para la eliminación de la infección.

2.—Absceso de la Parótida. Los abscesos de la Parótida suelen presentarse y los vamos a determinar perfectamente, si el absceso se localiza intraductal o extraductal, e intra angular o extraangular a través del estudio radiográfico; por medio de la sialografía.

Así vamos a localizar si el conducto se encuentra normal o la armonización de la porción exterior de la glándula (en caso de estado normal) se usan los medios contrastantes llenando así la cavidad o la glándula.

Su tratamiento es la aplicación parenteral de penicilina o tetraciclina.

En la inflamación de la Parótida, esta enfermedad la observamos durante la erupción del 2o. y 3er. molar (en pacientes jóvenes), los cuales presionan las partes laterales de los carrillos a nivel de los conductos de la saliva de la Parótida (Stenon) inicialmente la lesión comienza con la ulceración de la pápila.

3.—Sialiectiasis. Es otra afección, pero esta no es una enfermedad primaria sino que es secundaria a la obturación de los conductos, generalmente esta enfermedad se localiza de predilección, en la glándula submandibular con cálculo intraductal una sialiectiasis no es común de observar en la glándula parótida, si la remoción del cálculo ha sido efectiva y a la vez curativa, es necesario realizar su tratamiento, extirpación de la glándula o también llamada sialoadenectomía.

4.—Otro problema de las glándulas salivales es la inflamación de éstas, y está acompañada de la inflamación del conducto (sialoductitis) que durante la fase aguda existe una hiperemia del orificio del conducto y se observa también la secreción purulenta.

El tratamiento es la escisión del orificio del conducto en los casos de sialoadenitis crónica y subaguda, lubricamos los conductos con aceite mineral, provocando así la fácil salida de cualquier sustancia que pueda obstruir el conducto.

5.—Otra de las afecciones es la sialolitiasis y que no es otra cosa que la presencia de piedras salivales o cálculos que suelen ser encontrados en las glándulas salivales o en los conductos, su coloración es de un color amarillento hasta café; su forma es nodular, está formado por un 5% de carbono de calcio y un 10% de fosfato de calcio y el resto por estructuras salivales.

Su etiología puede ser debido a la formación excesiva de carbonatos, formación excesiva de fosfatos o reducción del conducto, exceso de formación de células epiteliales, deficiencia de la producción de vitamina "A".

Son comúnmente encontrados estos cálculos en la glándula submandibular.

Las principales manifestaciones son, el aumento exagerado de la zona correspondiente, dolor irradiado hasta los oídos y cuello; disminución del volumen cuando no son estimuladas las glándulas, reacciones inflamatorias de los conductos; en muchos casos el paciente nos indica una inflamación crónica en el piso de la boca donde podemos palpar el sialolito.

6.—Otra afección frecuente es la presencia de tumoraciones de origen de retención como son:

- a).—Mucocele
- b).—Ránula

Ambos son quistes de retención, provocados por la obstrucción de conductos.

c).—Mucocele. Son cavidades llenas de sustancias homogéneas conteniendo mucina o productos de las glándulas salivales, provocando una inflamación y hasta la ruptura del conducto que permite el escape de los flui-

dos del tejido conectivo, lo observamos frecuentemente en las cercanías de las glándulas salivales como son: labios, mucosa, piso de la boca.

Su tratamiento es la escisión completa. Generalmente el quiste mucoso puede ser removido, a través de la disección roma, con una pinza hemostática, pequeña y curva, una cureta o un elevador del perióstio; se debe tener cuidado de no romper el saco, ya que entonces la extirpación se hace más difícil y nunca estaremos seguros de haberlo extirpado totalmente, la recurrencia es muy frecuente.

d).—Ránula. Tumor blando, lleno de líquido glutinoso, que suele formarse debajo de la lengua. Formados por la retención de fluidos de la glándula sublingual o submaxilar.

Es similar al mucocele, pero esta última es de grado superior, se presenta generalmente unilateral o bilateral indistintamente. En ambas podemos encontrar secreciones salivales y fluidos mucoides.

Su tratamiento es la simple escisión y drenaje de la ránula, va siempre seguido de recurrencias, la enucleación de esta afección es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones importantes, una vez que el quiste es roto, es muy difícil conseguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad, la ránula recidive.

HIPERTROFIA DE FRENILLOS

Una afección que se presenta con frecuencia, es la alteración en la fisiología de los frenillos; esta afección puede presentarse en vestibulo o lingual; la forma de los frenillos puede ser:

- a).—Largo y delgado
- b).—Cortos
- c).—Normales

El frenillo largo y delgado, se inserta a nivel de la púpila de los incisivos centrales superiores, y por lo general presenta un diastema amplio y severo y su terminación será en la parte media más inferior de la mucosa del labio superior.

La hipertrofia de frenillos largos y delgados da como consecuencia los trastornos siguientes:

- 1.—Presenta un diastema amplio y severo.
- 2.—Provoca trastornos del orbicular de los labios.
- 3.—Puede provocar dificultad fonética.

La hipertrofia de frenillos cortos pueden provocar los trastornos siguientes:

- 1.—Puede provocar una hiperfunción del orbicular de los labios.
- 2.—Esta anomalía en el frenillo provoca atrofia del orbicular de los labios y en muchas ocasiones es tan severo, que el labio superior se ve

doble.

3.—Raras veces presenta un diastema.

El frenillo labial normal, se inserta en la parte inferior de la encía, en la unión de la encía alveolar y la encía insertada, de ahí se dirige hacia la mucosa del labio, insertándose en la parte media del labio superior.

En caso de presentarse el frenillo lingual se le denomina como Anquiloglosia, y en muchos casos es tan severo que la lengua aparece casi pegada al piso de la boca. Su tratamiento es la eliminación quirúrgica del frenillo.

La técnica de eliminación de los frenillos según Monti es la siguiente:

Esta técnica se efectúa en todos aquellos casos en que provoca alguna alteración en nuestro paciente; como a continuación se describe:

1.—Técnica de anestesia.

2.—Sujeción del frenillo con pinzas hemostáticas.

3.—Con bisturí se corta por arriba y por debajo de las pinzas hemostáticas.

4.—La incisión se hará hasta hueso y hasta la inserción del frenillo, en muchas ocasiones se recomienda hacer un raspado a nivel de la inserción para evitar la recidiva (frenestración).

6.—Posteriormente se hará el lavado con suero fisiológico o agua estéril.

7.—Adozamos perfectamente la herida y colocamos sutura con puntos aislados.

8.—Después se coloca un apósito quirúrgico, para evitar molestias al paciente.

9.—Le hacemos indicaciones al paciente sobre control de placa y una higiene oral adecuada.

10.—La sutura se elimina a los cinco días posteriores a la intervención.

TUMORACIONES BENIGNAS DE MAXILAR Y MANDIBULA

En el trato clínico es frecuente observar este tipo de anomalía, que se manifiestan en forma de hiperplasia de los tejidos fibro-óseos y que pueden localizarse tanto en maxilar como en mandíbula y que no siempre degeneran, pero que tampoco es frecuente que ello ocurra.

Las tumoraciones más frecuentes son:

1.—Papilomas.

2.—Fibromas.

3.—Hiperplasias gingivales (de los que hablaremos en otro tema aparte).

1.—Papilomas. Es un tumor benigno que se origina en el tejido epitelial, se encuentra con relativa frecuencia en la piel y mucosa de epitelio

estratificado.

La etiología del papiloma bucal es desconocida, entre los factores desencadenantes debe tomarse en cuenta los traumatismos, alteraciones metabólicas, los agentes infecciosos, irritación por la acción de sustancias determinadas.

Se ha probado que la presencia del papiloma es entre los pacientes de los 20 a los 50 años de edad.

El papiloma puede encontrarse en cualquier lugar de la cavidad bucal, pero habitualmente se encuentra en los labios, dorso de la lengua y frecuentemente en la úvula.

Los papilomas localizados en el interior de la cavidad bucal son blandos, en tanto que los expuestos en los labios son ásperos y escamosos.

La forma de los papilomas se presentan como neoformaciones de coliflor (papilar) cuyo origen suele estar en pedículo o en una base amplia (sesil).

La coloración del papiloma varía de color según su localización el tamaño de los papilomas generalmente son pequeños y a veces se desconoce su existencia y su crecimiento es lento.

Los papilomas bucales normalmente son asintomáticos y solamente cuando está aunada a una infección secundaria, se presenta.

Su tratamiento será la extirpación quirúrgica como se menciona a continuación:

Se procura que la incisión llegue hasta hueso, el exceso de tejido se recorta y al eliminar esta anomalía nos va a dar una superficie cruenta que en muchas ocasiones es extensa y es necesario colocar sutura, pero por lo general no se usa.

Ya eliminado el papiloma le indicamos al paciente un control de placa e higiene oral adecuada.

Además procuraremos retirar el agente causal que puede estarla provocando.

2.—Fibromas. Se considera como otra afección con un desarrollo hiperplásico, también provocada por algún agente irritante, se presenta en personas edéntulas al faltarle estímulo en el tejido, una prótesis mal ajustada o bien por atrofia muscular en personas de edad avanzada; esta afección provoca alteración en la fibra colágena, y que en casos muy severos llega a alcanzar hasta las fibras elásticas.

Los fibromas pueden ser: Unilaterales o bilaterales, esto de acuerdo a su aspecto general, y de acuerdo a su localización podemos encontrar a esta afección en la zona vestibular y en el paladar.

Los fibromas de acuerdo a su extensión pueden abarcar una arcada, las dos arcadas y un vestibulo o bien las dos arcadas y los dos vestibulos.

En el diagnóstico de estas afecciones bucales será a través del estudio histopatológico en laboratorio a través de la biopsia o la citología exfoliativa.

La biopsia es un método de laboratorio para determinar y confirmar el diagnóstico clínico; este método se llevará según Robbins, de la manera siguiente:

Seleccionamos la lesión a estudiar y tomamos las partes más representativas a esto, llamamos biopsia incisional o incompleta.

Es mejor hacer una incisión profunda y angosta llegando hasta tejido sano, para poder apreciar los diferentes cambios celulares.

Si la lesión es pequeña, se procede a la remoción total de la lesión, llamándose a ésta biopsia excisional o completa (que está indicada en lesiones no mayores de un centímetro), la porción obtenida se deposita en un recipiente que contenga formalina al 10% o formaldehído al 4% para hacer su estudio histopatológico de la porción de la lesión y posteriormente fijarla y darle la tinción adecuada.

La citología exfoliativa oral es otro método para determinar los cambios celulares que se observan en las superficies tumorales, este es un método preliminar y no definitivo.

Este estudio, la biopsia y otros estudios enviados a laboratorio deberán tener anexo los siguientes datos:

- a).—Fecha.
- b).—Nombre del paciente.
- c).—Sexo.
- d).—Edad.
- e).—Material enviado.
- f).—Procedencia.
- g).—Datos clínicos.
- h).—Diagnóstico de presunción.

HIPERPLASIAS GINGIVALES

Este tipo de afección puede ser:

A).—Hiperplasia Gingival Hereditaria. Esta es una de las afecciones que han recibido varios nombres como: Hiperplasia idiopática, o hereditaria gingival, elefantiasis gingival, fibromatosis gingival, macroencía congénita, hipertrofia primaria de la encía.

Esta afección es crecimiento generalizado, localizado, el cual consiste en un agrandamiento de la encía, pero no por inflamación sino por

proliferación de las fibras colágenas. Esto es común de observar en el momento de erupcionar los dientes permanentes y su etiología no ha sido determinada.

El cuadro característico es el de un tejido duro crecido, que cubre la mayor parte anatómica de los dientes en su porción coronaria, el tejido es de color normal, punteado, es indoloro y no sangra, la encía se observa nodular de color normal o pálida, en casos severos de hiperplasia cubre totalmente la corona de los dientes y obstrucciona la libre erupción de los demás dientes.

Hay ocasiones en que la encía crece tanto que crea aversión de los labios.

Los maxilares aparecen distorsionados por el agrandamiento gingival, histológicamente se observa un agrandamiento o engrosamiento y multiplicación de las fibras colágenas del tejido conjuntivo, donde podemos encontrar fibroblastos muy escasos. La etiología se ha sugerido una hormonal y otra nutricional, el tratamiento a seguir es la extirpación quirúrgica del tejido excesivo presente.

B).—Hiperplasia Gingival Dilantinica. Esta otra infección se caracteriza por presentarse en pacientes que se encuentran bajo un tratamiento de un medicamento dilantinico, en este caso el medicamento ejerce una acción directa sobre las fibras colágenas provocando un hiperdesarrollo a través del dilantin sódico del factor gingival.

En este caso como el paciente no puede abandonar el medicamento por indicaciones médicas, la presencia de la afección será continua con intervalos de intervención periódica mientras se esté administrando este medicamento.

El tratamiento a seguir tanto en la hiperplasia gingival hereditaria como en la hiperplasia gingival dilantinica, será la gingivectomía y gingivoplastia, bajo anestesia troncular bilateral, también aplicamos anestesia local, para cohibir la hemorragia.

La técnica a seguir es la siguiente:

Con bisturi hacemos una incisión hasta el fondo de la bolsa llegando hasta hueso y en un solo trazo. Como instrumental se utiliza un bisturi Barra Parker con hoja intercambiable. Ya hecho el corte se practica el legrado y procedemos a hacer la gingivoplastia, le damos forma al margen gingival de manera funcional, con bisturi de hoja de oliva.

Posteriormente hacemos limpieza del área intervenida, cohibimos la hemorragia, y procedemos finalmente a la aplicación del apósito quirúrgico el cual deberá permanecer durante 8 o 10 días, posteriormente si no hemos logrado una buena cicatrización, lavamos cuidadosamente y co

locamos otro apósito.

Por último le indicamos al paciente tener o estar bajo un control de placa e higiene oral adecuada.

FRACTURAS MAXILARES

Las fracturas de los maxilares y de la mandíbula comprenden en forma general el 0.04% de todas las fracturas. La causa de estos traumatismos son: peleas, accidentes industriales, accidentes automovilísticos. La mandíbula tiende a fracturarse, pues tiene la forma de arco que articula con el cráneo en sus extremos proximales mediante dos articulaciones, las fracturas ocurren con frecuencia en la mandíbula debilitada por factores predisponentes que pueden ser:

a).—Enfermedades que debilitan a los huesos.

b).—Osteoporosis postmenopáusica.

c).—Enfermedades retículo Endoteliales.

Las fracturas se clasifican en varios tipos dependiendo de su gravedad y de si es simple, conminuta o compuesta.

En la fractura simple la piel, permanece intacta; el hueso ha sido fracturado completamente, pero, no está expuesto y puede o no ser desplazado.

En la fractura en tallo verde, un lado del hueso está fracturado y el otro solamente doblado. Este tipo de fractura se observa en niños en los cuales el hueso se dobla sin fracturarse.

En la fractura compuesta hay una herida externa que llega hasta la fractura del hueso. Cualquiera fractura expuesta a través de la piel o membrana mucosa se supone infectada por contaminación externa.

El cirujano bucal está acostumbrado a tratar fracturas compuestas en la boca; los antibióticos han ayudado a evitar la infección potencial, ya que si no es tratada, puede provocar una osteomielitis.

En la fractura conminuta el hueso está aplastado o astillado, y puede ser sencilla (es decir no expuesta) o compuesta.

Se pondrá especial atención en el estado general del paciente y la presencia o ausencia de traumatismos más serios, son de principal importancia la asfixia, el shock y hemorragia que exigen atención inmediata, las heridas extensas de los tejidos blandos de la cara se atienden antes junto con la reducción de las fracturas, a excepción de los pocos casos donde las fracturas pueden ser tratadas por alambres directos antes de que se lleve a cabo la sutura de los tejidos blandos.

La historia clínica se hará tan pronto como sea posible, los detalles importantes deberán anotarse. Se preguntará: pérdida del conocimiento, su duración, vómitos, hemorragia y otros síntomas, también se re-

gistrarán las medicinas que se dieron antes de llegar al hospital. Después se pregunta sobre enfermedades anteriores y si está bajo algún tratamiento médico. El examen se hará a través de la palpación con movimiento mínimo, ya que el paciente sufrirá dolor. Después de confirmar a través del estudio radiográfico se procederá a su tratamiento que incluye: la reducción, fijación y posteriormente vendrá la resolución.

Las fracturas de los maxilares superior e inferior, su reducción puede ser, manual o mecánicamente tratada.

El estudio radiográfico puede hacerse mediante varias técnicas y son las siguientes:

Posición postero anterior. La placa radiográfica se coloca en forma horizontal, el punto central en el Nasión.

Esta técnica es ideal para la zona frontal, suelo de la órbita y seno etmoidal. Un punto clave es el suelo de la órbita justo por encima del reborde.

Posición de Waters. La placa radiográfica se coloca en forma perpendicular, el punto central es la espina nasal inferior.

Esta posición es ideal para las fracturas faciales, para evitar proyecciones se debe asegurar que el arco cigomático esté en el centro del campo.

Waters-prona. La placa radiográfica se coloca horizontal, el punto central en la espina central inferior.

El suelo de la órbita no se ve tan bien como en la posición de Waters erecta.

Posición Base. La placa radiográfica se coloca horizontal, el punto central en ángulo de la mandíbula.

Ideal para observar el retrodesplazamiento del cigoma. También se ven bien los arcos cigomáticos.

Posición erecta lateral. La placa radiográfica se coloca vertical sin pantalla, el punto central en el medio camino de la línea orbitomeatal.

Da valores de adelante atrás, emplear técnica de tejidos blandos para los huesos nasales.

Posición para el forámen óptico. Se coloca la placa radiográfica horizontal, con pantalla de 4 pulgadas, el punto central en la pupila.

Posición mandibular póstero anterior. La placa radiográfica se coloca horizontal, el punto central en los labios.

Esta posición da una vista en "herradura".

Posición mandibular oblicua. La placa radiográfica se coloca en posición horizontal, el punto central en el ángulo de la mandíbula.

En esta posición se observa muy bien la rama ascendente y el cuello.

Laminagrama anteroposterior de la órbita. La placa radiográfica se coloca en forma horizontal, diafragma de Bucky, pantalla de 6 pulgadas, el punto central en el centro de la órbita.

Excelente para abreviar el precoperatorio: muestra el tamaño del defecto en las fracturas por transmisión aérea. También se usa para los senos frontales, etmoidales, esfenoidales y antrales.

Articulación temporomandibular. Se coloca la placa radiográfica en forma horizontal, pantalla de 4 pulgadas, el punto central en la articulación temporomandibular una pulgada por encima del centro de la placa.

Esta posición da una buena visión del ático del oído medio y de los huesecillos, en casos de sospecha de fracturas del hueso temporal o de la articulación temporomandibular.

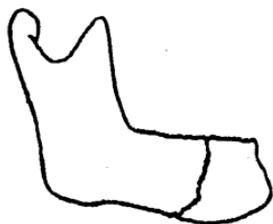
Las fracturas de la mandíbula están determinadas por dos factores:

A).—Dinámico (el traumatismo).

B).—Estacionario (mandíbula).

Las fracturas mandibulares pueden ser:

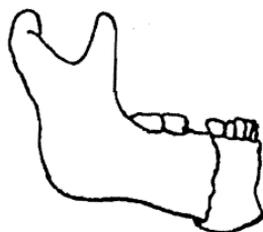
- 1.—Fractura del cuello mandibular.
- 2.—Fractura del ángulo de la mandíbula.
- 3.—Fractura del cuerpo de la mandíbula.
- 4.—Fracturas múltiples como:
 - a).—Fractura doble del cuerpo.
 - b).—Fractura del cuerpo, cuello y condilo.
 - c).—Fractura del cuerpo y ángulo.
 - d).—Fractura de la sínfisis.



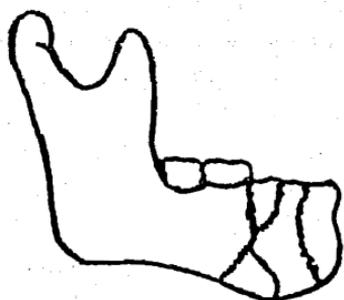
FRACTURA SIMPLE



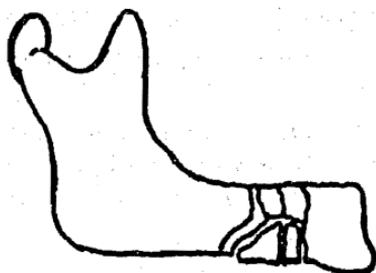
EN TALLO VERDE



FRACTURA COMPUESTA



CONMINUTA SIMPLE



CONMINUTA COMPUESTA

Los signos y síntomas de las fracturas mandibulares son las siguientes:

- 1.—Antecedentes de traumatismo.
- 2.—Índice de deformidad en la oclusión.
- 3.—Movilidad anormal.
- 4.—Crepitación.
- 5.—El trismo frecuente en caso de lesionar algún nervio.
- 6.—Dolor.
- 7.—Incapacidad funcional.
- 8.—Laceración de la encía.
- 9.—Puede haber anestesia de labios y mucosa en óseo de lesión del nervio alveolar inferior.
- 10.—Equimosis de la encía y mucosa.

El tratamiento de las fracturas mandibulares consiste en tres pasos esenciales y son: la reducción, la fijación y la resolución.

Como ya hemos mencionado, la reducción puede tratarse manual o mecánicamente. Posteriormente el cirujano dentista generalmente sigue el procedimiento de que cuando existen dientes en maxilar o mandíbula, su oclusión puede utilizarse como guía para la reducción, colocando barras para arcada o alambres, o bien férulas sobre los dientes y los huesos se llevan a su lugar o posición correcta, a través de la interdigitación de los dientes en forma armónica.

Si esto es insuficiente existen casos en que es necesaria la fijación a través de un alambrado directo a través del hueso (osteosíntesis) esto además de la fijación intermaxilar.

Las fracturas en el maxilar superior se presentan frecuentemente y según Leford, hace una clasificación en la forma siguiente:

Leford I. (Fractura de Guerin).—Esta fractura corre en posición transversa por encima de los dientes. La línea de fractura incluye el pro-

ceso alveolar, el paladar antral y a veces las proyecciones pterigoides del esfenoides.

Leford II. (Fractura piramidal).—Produce esta fractura una separación que pasa a través de la sutura cigomática maxilar, reborde inferior de la órbita, suelo de la órbita, huesos lacrimales y apófisis pterigoides.

Produce una sección triangular del tercio medio de la cara, el cual permanece libremente inmóvil.

Leford III. (Disyunción craneofacial).—Esta fractura separa la cara del cráneo quedando el maxilar libre "flotante" la línea de fractura pasa a través de la sutura cigomático-frontal, maxilo-frontal y naso-frontal, suelo de la órbita y áreas etmoidales y esfenoides.

Los signos y síntomas de las fracturas en el maxilar superior son los siguientes:

- 1.—Dolor al mover el maxilar.
- 2.—Suavidad a la palpación.
- 3.—Frecuente evidencia de sangrado dentro del tejido.
- 4.—Deformidad; esto dependiendo el tipo de fractura.
- 5.—Pérdida de la función, o limitación en la función.
- 6.—Articulación incorrecta (falta de oclusión).
- 7.—Equimosis, generalmente presente después del segundo día.
- 8.—Inflamación de los tejidos alrededor de la fractura.
- 9.—Crepitación (frecuentemente por manipulación del hueso).
- 10.—Cuando el nervio que provee el área es afectado o lastimado da como consecuencia una parestesia.

En el tratamiento de las fracturas del maxilar superior; el diagnóstico en ocasiones puede dificultarse, debido a que a la palpación de los huesos a través del edema de los tejidos faciales es confusa. Incluso en el examen radiográfico, las radiografías pueden ser difíciles de interpretar debido a la superposición de numerosas estructuras, lo que ocasiona problemas al hacer el diagnóstico máxime si no existe desplazamiento.

El tratamiento en general del maxilar fracturado consiste en colocarlo en relación correcta con la mandíbula, con la base del cráneo e inmovilizarlo.

La forma en que ocluyen los dientes es de gran utilidad para determinar una correcta reducción. La fijación se obtiene mediante tracción intermaxilar (fijación intermaxilar), suplementada por alambrado interóseo directo.

Si el maxilar no tiene diente en número suficiente, entonces se liga a un arco situado en la mandíbula. La fijación maxilar se mantiene durante 4-6 semanas, tiempo en que generalmente la unión del maxilar se

ha verificado.

En las fracturas conminutas del tercio medio de la cara cuando la suspensión interna se hace imposible, se hace necesaria la suspensión externa, la cual se hace por medio de una capelina de escaloya o un armazón colocado en la cabeza, las continuas mejoras proporciona al paciente más comodidad y facilidad de aplicación.

El maxilar desdentado es rara vez asunto de fractura debido a que al no existir dientes, no se transmite la totalidad de la fuerza el golpe a la cara. Incluso las dentaduras transmiten la fuerza sobre una de soporte, resultando que en ellos mismos se fracturan. Cuando se producen fracturas, éstas se tratan por medio de suspensión interna con alambre en la dentadura maxilar, en la dentadura inferior con alambrado circunferencial, complementando los dos tipos de alambrado con fijación intermaxilar, utilizando arcos vestibulares y tracción elástica.

El tratamiento de las lesiones del tercio medio de la cara debe hacerse en combinación con el médico especialista, tales como el neurólogo, asimismo la ayuda del otorrinolaringólogo o cirujano plástico. La combinación con otros médicos resulta siempre un beneficio para el paciente, obteniendo mejores resultados en su tratamiento.

Los alambres de suspensión interna se quitan con sedación o anestesia local, la fijación intermaxilar no se quita por lo menos en 6 semanas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Archer W. Harry
Cirugía Bucal Atlas Paso por Paso de Técnicas Quirúrgicas.
Tomo I y II
1960
- 2.—García Torres Rafael
Lesiones Epiteliales Benignas
UNITEC
1973
- 3.—Kruger Gustavo
Tratado de Cirugía Bucal
Mex. Interamericana
1960
- 4.—Martínez Jiménez Ma. Guadalupe
Dientes Incluidos
UNAM
1975
- 5.—Mead Sterling V.
Cirugía Bucal

Unión Tipográfica

1937

6.—Odontología Clínica de Norte América

Cirugía Oral en el Consultorio

Buenos Aires Mundi

1961

7.—Paz Pérez Asunción

Lesiones Epiteliales Benignas

UNITEC

1973

8.—Ramírez de la Torre Cristina

Fracturas de Maxilar y Mandíbula

UNAM

1974

9.—Revista Hispano Americana de Odontología

Vestibuloplastias

Volumen XII-1973

Volumen XIII-1974

10.—Ries Centeno Guillermo A.

Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica

Buenos Aires, El Ateneo

Tomos I y II

1957

11.—Ries Centeno Guillermo A.

Tercer Molar Retenido Inferior

Buenos Aires, El Ateneo

1960

12.—Rodríguez Báez Edmundo Javier

Extracción y Tratamiento de Dientes Retenidos

UNAM

1975

13.—Torres Valdominos Luis

Caninos Superiores Retenidos

UNAM

1964

14.—Starshak Thomas J.

Cirugía Bucal Preprotética

Buenos Aires, El Ateneo

1974

15.—Vila Torrent José

Cirugía Bucal y de los Maxilares

Barcelona, Labor

1953