



27. 277
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IZTACALA - U. N. A. M.
CARRERA 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 :

RODOLFO VIZCARRA VALDEZ

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1 9 8 0



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROLOGO

El tema que con este nombre pretendo desarrollar, como una inquietud personal e interés ante los problemas protéticos dentro del campo de la cirugía bucal, a nivel de práctica particular para que tanto el estudiante de odontología como el profesionista desarrollen un criterio más amplio para mejorar el éxito y pronóstico de sus prótesis, ya que a pesar de que nuestro título es de Cirujanos Dentistas, pocos son los que desarrollan esta materia dentro de la odontología actual.

Dentro de la cirugía bucal, mi preocupación es la cirugía preprotética, ya que continuamente se pasan por alto lo que causa los múltiples fracasos en prótesis dental, por falta de conocimientos y evaluación en la preparación del paciente.

Aunque la cirugía bucal preprotética se incluye dentro del campo de la cirugía bucal con aplicación sobre el paciente desdentado parcial o total sujeto a prótesis parcial removable o prostodoncia total, incluyo dentro de este tema técnicas quirúrgicas que están más relacionadas con la periodoncia que con la cirugía bucal, con el propósito de solucionar los problemas más comunes que limitan el campo de trabajo del protesista dedicado a la rehabilitación dental.

Es necesario preparar al paciente en todos los aspectos - cuando va a recibir una prótesis dental, pero el aspecto pre-protético es quizá el más descuidado u olvidado. Por lo que - dedico mi trabajo de tesis a enumerar los diferentes procedi- mientos y técnicas de las que se puede valer el cirujano den- tista para resolver tal aspecto.

El tipo de lenguaje que usaré será verosímil y de fácil- lectura, al alcance del estudiante como del profesionista , y aunque se requiere de conocimientos previos básicos, enumero- temas importantes como Anatomía bucal y cuidados postoperato- rios .

En el desarrollo de esta tesis se describirán los proce- dimientos y técnicas precisas para cada caso, tanto para teji- dos blandos como duros, ya que se tenderá a conservar o susti- tuir porciones funcionales y estéticas de la anatomía humana.

Se reflejará el tema con filosofía teorico práctica, para expresar la conservación de la salud del paciente.

Se dará una idea clara de lo que se hace y como se hace - tanto al cirujano dentista interesado como al desinteresado - del campo de la cirugía , quien podrá ver las opciones que -- hay para mejorar su pronóstico y éxito en la preparación de - la base o soporte de la futura prótesis. Así de esta manera -

quien remita a un paciente a Cirugía preprotética, sabrá que resultados esperar con una u otra técnica quirúrgica.

Se pretende que con los conocimientos que ya se tienen - junto con los que se darán permitan que la Cirugía preprotética se incluya como parte integral de la Odontología que realiza el práctico general, para que se tenga la idea de los máximos modelos, idealmente preparados para recibir una prótesis bien ajustada.

Se pretende hacer una promoción de los resultados de bienestar, comodidad, funcionalidad ante el paciente ya que muchos de ellos, tolerarán prótesis dentales con molestias, desagrado, y vergüenza. Así de esta manera la cirugía puesta al servicio y en coordinación con la prótesis podrá desarrollar una útil e inteligente misión dentro de los maxilares y tejidos blandos.

Dentro del desarrollo de las técnicas quirúrgicas se encontrarán algunos refinamientos y variaciones, los cuales se aplican a casos poco comunes. Pero los conocimientos fundamentales son los mismos, ya que para el tema se ha revisado la bibliografía pasada y actual.

Rodolfo Valdeza Valdez.

INDICE

Agradecimientos.....	III
Prólogo.....	V

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.- Definición de Cirugía Bucal.....	1
2.- Definición de Cirugía Preprotética.....	1
3.- Historia de la Cirugía Bucal Preprotética.....	2
Bibliografía.....	5

CAPITULO II

ANATOMIA Y FISILOGIA BUCAL

1.- Cara.....	6
2.- OSTEOLOGIA.....	7
2.1.- Maxilar.....	7
2.2.- Mandíbula.....	11
2.3.- Rebordes alveolares.....	14
2.4.- Cambios post-extracción.....	18
2.5.- Factores que intervienen en la reducción de los rebordes residuales.....	20
3.- Artrología.....	26
4.- Miología.....	28
4.1.- Músculo Masetero.....	28
4.2.- Músculos Suprahioideos.....	29
4.3.- Músculos paraprotéticos.....	31

5.- Angiología.....	35
6.- Mucosa Bucal.....	38
7.- La Boca ideal para prótesis.....	41
Bibliografía.....	42

CAPITULO III

BASES DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS Y VALORACION DEL PA- CIENTE

1.- Valoración preoperatoria del paciente.....	44
1.1.- Historia Clínica.....	44
1.2.- Exámen físico.....	46
1.3.- Radiografías.....	49
2.- Plan Quirúrgico.....	50
3.- Instrumental fundamental.....	50
4.- Asepsia y Antiseptia.....	57
4.1.- Definición.....	57
4.2.- Procedimientos físicos.....	63
5.- Material de sutura.....	67
5.1.- Agujas.....	67
5.2.- Hilos.....	67
6.- Apósitos.....	69
7.- Características de un colgajo en cirugía.....	71
Bibliografía.....	76

CAPITULO IV

TECNICAS QUIRURGICAS EN EL PACIENTE DESDENTADO TOTAL

1.- Alveoloplastía.....	78
1.1.- Objetivos.....	78
1.2.- Tipos de alveoloplastía.....	81
1.2.1.- Alveoloplastía por compresión alveolar....	82
1.2.2.- Alveoloplastía simple.....	82
1.2.3.- Alveoloplastía cortical, labial, bucal....	84
1.2.4.- Alveoloplastía de Dean.....	86
1.2.5.- Alveoloplastía de Obwegeser.....	90
2.- Hiperplasia fibrosa submucósica de los tejidos bucales.....	92
2.1.- Encía palatina y reborde maxilar.....	92
2.2.- Almohadilla retromolar inferior.....	93
3.- Eliminación de reborde afilado.....	95
4.- Exostosis.....	97
4.1.- Torus palatino.....	97
4.2.- Torus mandibular.....	101
4.3.- Exostosis palatino lateral.....	103
4.4.- Exostosis vestibular.....	104
5.- Epulis fisurado.....	106
6.- Frenectomía.....	107

6.1.- Frenillo labial.....	107
6.2.- Frenillo bucal.....	109
6.3.- Frenillo lingual.....	110
7.- Procedimientos de extensión de reborde.....	112
7.1.- Vestibuloplastía submucósica.....	113
7.2.- Vestibuloplastía por epitelización secundaria	115
8.- Procedimientos de aumento de rebordes.....	122
9.- Labio doble.....	123
10.- Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar.....	124
11.- Desplazamiento quirúrgico del nervio mentoniano...	125
12.- Encía sin soporte e hiper móvil.....	127
Bibliografía.....	130

CAPITULO V

TECNICAS QUIRURGICAS PREPROTETICAS EN EL PACIENTE DES-- DENTADO PARCIAL, SUJETO A PROTESIS PARCIAL FIJA.

1.- Anatomía del periodonto sano.....	132
1.1.- Encía.....	132
1.2.- Ligamento periodontal.....	134
1.3.- Cemento.....	138
1.4.- Hueso alveolar o de soporte.....	139
2.- Instrumental.....	140
3.- Procedimientos quirúrgicos para obtener corona clí-- nica en dientes pilares.....	142
3.1.- Gingivectomía.....	144

3.2.- Gingivoplastia.....	147
4.- Defectos infraóseos.....	149
4.1.- Defectos interdentarios.....	149
5.- Lesiones en furcaciones.....	153
6.- Bolsas periodontales y mucosa desdentada adyacente.	155
7.- Raspaje y curetaje radicular.....	157
8.- Suturas.....	160
Bibliografía.....	162

CAPITULO VI

INDICACIONES CONTRAINDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

1.- Indicaciones.....	163
2.- CONTRAINDICACIONES.....	164
3.- Cuidados postoperatorios.....	165

CAPITULO VII

CONCLUSIONES.....	170
-------------------	-----

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	176
---------------------------	-----

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.- Definición de Cirugía Bucal:

La "American Dental Association", define a la Cirugía Bucal como la rama de la Odontología que trata del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y auxiliares, de las enfermedades, heridas y anomalías de los maxilares humanos y estructuras asociadas.

Kruger, nos dá la siguiente definición: La Cirugía Bucal es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico, y es coadyuvante en el tratamiento de las enfermedades, traumatismos, defectos del maxilar y mandíbula, y de las regiones adyacentes.

Cirugía, del gr. kheir=mano, y ergon=obra.

2.- La Cirugía Bucal Protética la definimos como:

La preparación quirúrgica de la boca para recibir un aparato protético, la adopción de ciertas medidas quirúrgicas -- con el objeto de facilitar la retención, estética, funcionalidad, estabilidad, y a veces hasta la instalación de los aparatos protésicos.

3.- Historia de la Cirugía bucal preprotética.

Las intervenciones de Cirugía bucal han sido ejecutadas desde los tiempos de Hipócrates, pero dentro del campo de la cirugía general, para ello se requería gran habilidad por parte del cirujano cuyo arte consistía en la sobriedad, precisión de gesto y el orden en los movimientos.

En el Renacimiento, la odontología progresa con lentitud, pero la prótesis, poco más tarde por autores como Kazanji any-Converse, toma importancia en la restauración de los dientes - por medio de aparatos protésicos, lo que más tarde fué reconocido por Ambrosio Paré en el siglo XVI.

Más tarde, en la segunda mitad del siglo XIX se generaliza la prótesis completa, y la habilidad práctica de los dentistas, y con el descubrimiento de la anestesia y los rayos X se hicieron posibles operaciones difíciles consideradas como impracticables.

Con el aumento de la literatura especializada y con la invención de la imprenta, se dió grán impulso a la ciencia dental al facilitar la difusión de conocimientos evolucionados -- por investigadores.

Debido a la creencia que se tenía en el pasado, de que - las extracciones era una operación peligrosa y traumática ya - que se procedía a realizar una avulsión por sesión, actualmen- te el criterio quirúrgico protético no encuentra inconveniente en realizar varias extracciones simultáneas, lo cuál va en be- neficio de una cicatrización más rápida y menos dolorosa, evi- tando al mismo tiempo el efecto moral depresivo del paciente, - quien ve su boca despoblada alternativamente en consecutivas - intervenciones cruentas que alargan la cicatrización, creando- en el paciente complejos y malas experiencias.

Refiriéndonos a la sepsis bucal. al entrar al siglo XX, - se realizan anticuados conceptos terapéuticos y se orienta la- terapia hacia la utilización y ayuda de las defensas naturales orgánicas.

Al avanzar la quimioterapia con la aparición de las sulfo- namidas y las penicilinas en 1928, descubrimiento hecho por -- Alexander Fleming, con lo que se logra penetrar a la coraza -- bacteriana. Los estudiosos investigadores, van descubriendo am plias gamas antimicrobianas de grán utilidad en odontología, - que junto con los adelantos quirúrgicos y las técnicas de labo

ratorio se ha logrado combinar la prótesis dental con la cirugía bucal en los últimos años.

Durante varios años, experiencias quirúrgicas clásicas - preconizadas por diferentes autores, han tratado de solucionar el problema de acondicionar procesos alveolares protésicamente difíciles de rehabilitar.

Se han adoptado terminos como el de alveoloplastía, surcoplastía para remodelar los procesos alveolares.

Willard, nos reporta sus primeras experiencias, quien elimina la papila gingival y el margen alveolar de la zona interdentaria permitiendo el cierre borde a borde de los tejidos blandos, desde esta época hubo defensores y detractores de tales conceptos.

Molt, en 1923 realizó un cuidadoso estudio preoperatorio en cada modelo de estudio para evitar resultados desafortunados en procedimientos quirúrgicos muy extensos.

O.T. Dean, Utilizó en 1916 ante la excesiva reabsorción ósea, un procedimiento en el que preconizaba la conservación de la tabla vestibular a expensas del hueso modular interradicular.

Muchos autores han afirmado que la alveolectomía intraseptal de Dean se presentaba muy bien para cirugía, en prótesis - inmediata.

Obwegeser, en 1966, recomendó una modificación de la técnica de Dean para casos extremos de protrusión maxilar(de la premaxila).

BIBLIOGRAFIA.

Kruger, Gustav, O.

Tratado de Cirugía Bucal, cuarta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1973, pág. 1.

Starshak, Thomas, J.

Cirugía Bucal Preprotética.

Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. Págs. 59-61.

CAPITULO II

ANATOMIA Y FISIOLOGIA BUCAL

1.- CARA:

La forma y contorno de la cara dependen de las estructuras de los tejidos duros subyacentes y también de la cantidad y consistencia de los tejidos blandos que cubren el armazón óseo y cartilaginoso. Cuando se pierden los dientes, el contorno facial cambia, salvo que el odontólogo restaure con exactitud el soporte apropiado del tejido blando de labios y carrillos.

La observación del cambio revelará la inclinación axial - hacia abajo y afuera de los dientes superiores, sobre el plano inclinado de estos dientes su proceso alveolar se apoya al tejido blando del labio superior. Al confeccionar una dentadura artificial, el dentista debe reproducir el contorno del tejido duro si se quiere reproducir la forma facial adecuada. Sin el soporte adecuado, el margen libre del labio adoptará una nueva posición, posterior e inferior.

En estos casos se permite que el músculo orbicular de los labios retroceda produciendo arrugas verticales en los labios,

dando el aspecto de vejez prematura.

El rebase y el equilibrio oclusal de las prótesis en una forma periódica es necesario para compensar la reabsorción gradual del proceso alveolar que se produce después de la extracción de los dientes. La reabsorción vertical sin esa compensación tiene por consecuencia el acortamiento de la relación ---maxilo-mandibular, que a su vez, cambia la forma de la cara. - De esta manera se tratará de preservar la forma facial adecuada preservando el proceso alveolar y los contornos duros para la instalación de la prótesis con fines estéticos y funcionales, requeridos en cada caso. Para estudiar tal objeto nos basamos en el estudio de las estructuras que le dan forma al contorno facial como las siguientes:

2.- OSTEOLOGIA

2.1- Maxilar superior:

Está situado encima de la cavidad bucal, debajo de la cavidad orbitaria, y por fuera de las fosas nasales, articulándose con el maxilar del lado opuesto forma el "complejo maxilar". - Los maxilares junto con los huesos cigomáticos y los palatinos reforzándose entorno a la cavidad nasal, orbitas y fosas infra

temporales transmitirán las fuerzas de masticación desde el -- proceso alveolar al cráneo.

La configuración exterior del maxilar superior es irregular, se le puede reconocer una forma cuadrilátera y distinguir en él una cara externa, una interna y cuatro bordes.

La cara externa, presenta a lo largo de su borde inferior eminencias verticales que corresponden a las raíces de los --- dientes, de las cuales, la eminencia canina es la más prominente, por dentro de la eminencia canina se encuentra una depre-- sión, la fosa mirriforme. Por encima de las eminencias radicales, sobre la cara externa del maxilar, sobresale una apófi-- sis piramidal triangular truncada que presenta tres caras, --- tres bordes y un vértice. La cara superior u orbitaria es lisa triangular y constituye la mayor parte del piso de la órbita,-- de la parte media de su borde posterior parte el canal infraog bitario, que se dirige hacia adelante y se continúa con el con ducto infraorbitario. La cara anterior o geniana está en rela-- ción con las partes blandas de la mejilla, presenta por delan-- te el agujero infraorbitario donde termina por delante el con ducto infraorbitario, debajo del agujero infraorbitario presen

ta la fosa canina. La cara posterior cigomática que forma la pared anterior de la fosa ptérido-maxilar y de su trasfondo,-- la porción interna, es convexa, se llama tuberosidad del maxilar, en la parte media se ven los orificios de los conductos dentarios posteriores, el vértice de la apófisis cigomática, es truncado triangular, se articula con el hueso malar.

Cara Interna:

Esta cara está dividida en dos partes por la apófisis palatina que nace en la unión del cuarto inferior con los tres cuartos superiores. Debajo de la apófisis palatina, la superficie interna pertenece a la cavidad bucal, y por encima pertenece a fosas nasales.

La apófisis palatina es una lámina ósea triangular, se articula en la línea media con la del lado opuesto y forma un tabique que soporta las fosas nasales, y las separa de la cavidad bucal. La cara superior es lisa cóncava transversalmente pertenece a piso de fosas nasales. La cara inferior forma parte de la bóveda palatina.

La porción nasal de la cara interna presenta un ancho orificio irregularmente triangular de base superior que da acceso

al seno maxilar, encima del orificio del seno se encuentran -- las celdas etmoido-maxilares, delante del orificio descende -- el canal lagrimal, hacia abajo del canal vemos la cresta turbinal inferior que se articula con el cornete inferior. Detrás -- del orificio del seno vemos una superficie ósea que se articula con el hueso palatino.

La apófisis ascendente del maxilar superior es una lámina ósea cuadrilátera aplanada transversalmente, presenta una base que se continúa con el hueso, y un borde superior más pequeño que se articula con la escotadura nasal del frontal, su borde anterior se articula con el borde externo de los huesos propios de la nariz, y el borde posterior con el unguis.

La porción bucal de la cara interna, consiste en una superficie estrecha, rugosa, comprendida entre la apófisis palatina y el borde alveolar.

La cara externa está dividida por la cresta lagrimal anterior, en una parte anterior y otra posterior, por delante la cara externa forma la cara lateral de la pirámide nasal.

La cara interna presenta la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

2.2.- Mandíbula

Está situada en la parte inferior de la cara, deriva del esqueleto visceral (primer arco branquial), su osificación es conjunta pero se forma a lo largo del cartílago de Meckel.

Se puede distinguir en él tres porciones: una porción media, el cuerpo, y dos laterales, las ramas ascendentes.

El cuerpo de la mandíbula está encorvado en forma de herradura, presenta una cara anterior, una cara posterior, un borde superior o alveolar y un borde inferior o cervical.

La cara anterior, en la línea media se ve la sínfisis mentoniana, indicio de unión de dos piezas laterales, esta sínfisis mentoniana termina por abajo en el vértice de la eminencia mentoniana, de la cuál nace a cada lado una cresta llamada línea oblicua externa que se dirige hacia atrás y se continúa con el labio externo del borde anterior de rama ascendente. Encima de la línea oblicua externa y entre los premolares se encuentra el agujero mentoniano.

La cara posterior, sobre la parte media, cerca del borde inferior se observan las eminencias geni superiores e inferiores, a partir de las cuales nace a cada lado la línea oblicua-

interna o milohioidea que se dirige hacia atrás y termina en rama ascendente de la mandíbula, en el labio interno de su bog de anterior debajo de esta línea se encuentra el surco milo--- hioideo, esta línea milohioidea divide a la cara posterior del cuerpo mandibular en dos partes una superior y anterior llamada fosa sublingual y otra inferior y posterior llamada fosa -- submaxilar.

El borde superior o alveolar del cuerpo mandibular, está-- formado por los alveolos los cuales son ocupados por las raí-- ces de los dientes.

El borde inferior o cervical del cuerpo mandibular es --- grueso, obtuso y liso, el cuál presenta un poco por fuera de - la línea media una superficie ovalada ligeramente oprimida, -- llamada fosa digástrica.

Ramas ascendentes de la mandíbula, son rectangulares alargadas de arriba a abajo y presentan dos caras y cuatro bordes. La cara externa, en su parte inferior posterior presenta crestas rugosas oblicuas sobre las que se inserta el músculo mase-- tero. La cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, - presenta en su cara inferior y posterior crestas rugosas oblí--

cuas sobre las que se inserta el músculo pterigoideo interno. En la parte media de esta cara se encuentra el orificio de entrada del conducto dentario inferior, el cuál está limitado -- por delante por la espina de Spix o llingula mandibular, en la cuál se inserta el ligamento esfeno - maxilar.

El borde anterior de la rama ascendente presenta un canal sobre el que se encuentra la cresta buccinatríz.

El borde posterior es grueso y obtuso y describe una S -- alargada.

El borde inferior se continúa por delante con borde inferior de mandíbula, y por atrás se reúne con el borde posterior formádo el ángulo mandibular.

El borde superior presenta dos eminencias, una posterior, el cóndilo, y otra anterior, la apófisis coronoides, separadas por la escotadura sigmoidea.

El cóndilo es una eminencia oblonga que sobresale más de la cara interna que de la externa, su eje mayor dirigido de afuera a dentro y de adelante a atrás, se le describe una superficie articular anterior y superior en relación con el cóndilo del temporal y otra superficie no articular posterior y supe--

rior, ambas separadas por una cresta oblicua, el cóndilo está-unido a la rama ascendente por el cuello del cóndilo escavado-por dentro y por delante por una fosa rugosa donde se inserta-el haz pterigoideo o inferior del músculo pterigoideo externo.

La apófisis coronoides es una lámina vertical aplanada de afuera a adentro, unida por su base a la rama ascendente, dá in-serción al músculo temporal.

2.3.- Rebordes alveolares:

Los rebordes alveolares son porciones óseas del maxilar y la mandíbula, siendo su función el soporte de los dientes. Con-siste de lámina interna y externa de hueso compacto unido por-hueso esponjoso, donde se localizan los alveolos dentarios.

Los rebordes alveolares crecen por aposición de hueso en-las superficies externas, bordes libres y en el fondo de cada-alveolo. Este crecimiento por aposición de hueso depende del -crecimiento y de la erupción de los dientes.

Las raíces de los dientes en desarrollo se alargan, enton-ces al erupcionar los dientes al espacio maxilo-mandibular, lle-va consigo el alargamiento del reborde alveolar, por lo que en los casos de anodoncia parcial o total el crecimiento del hue-

so está afectado o es nulo.

El crecimiento alveolar en los maxilares depende del crecimiento de los cóndilos, así la mandíbula crece hacia adelante y abajo del maxilar dando espacio para la erupción de los dientes. El crecimiento anormal de los cóndilos afecta el tamaño forma y contorno del hueso alveolar de los maxilares, así como la oclusión de los dientes.

En un intento por compensar la atrición (bruxismo) dental los dientes siguen erupcionando, como también crece el reborde alveolar toda la vida. Este crecimiento de compensación por el desgaste oclusal es a menudo incompleto, por eso el espacio interoclusal aumenta a través de los años. Cuando un diente se extrae, su antagonista puede sobre-erupcionar en el espacio maxilo-mandibular y es común que el diente sobre-erupcionado ocluya sobre el tejido blando edéntulo del reborde alveolar.

Según algunos autores, el hueso vestibular se reabsorbe más que la tabla palatina y la lingual haciendo que la cresta de los dos rebordes se mueva al avanzar la reabsorción.

La dirección y magnitud de la reabsorción alveolar afecta

el tamaño de las superficies de soporte de las prótesis de los maxilares, alterando la relación máxilo - mandibular.

En cuanto al tamaño de los rebordes se pueden clasificar en: prominentes, medianos y muy reabsorbidos.

Al ser mayor el grado de reabsorción, es frecuente que la mucosa que recubre la espina nasal anterior sea irritada por el flanco anterior de la dentadura, como también a la altura de la apófisis cigomática. De la misma manera, en el flanco de la prótesis inferior puede verse irritada bajo la prótesis, estructuras anatómicas como la apófisis geni, el reborde milohioideo y el nervio mentoniano.

Encontramos algunas regiones en los procesos alveolares-- tejidos subyacentes y circundantes que quedan en contacto con las prótesis totales constituyendo la anatomía del reborde alveolar aumentado.

a) Zona de sellado periférico:

Constituída en el maxilar por el fondo de saco vestibular que va desde una escotadura hamular a la otra; En el caso de la mandíbula esta zona está constituída por el fondo de saco vestibular y lingual, desde el espacio retromolar de un lado a otro.

b) Zona principal de soporte:

Está constituida por la cresta alveolar, y ofrece el máximo soporte y apoyo a las dentaduras completas.

c) Zona secundaria de soporte:

Es la zona comprendida entre la zona de sellado periférico y la zona principal de soporte.

d) Zona de alivio:

Constituida por las áreas donde se debe evitar ejercer presiones exageradas, y está representada por: papila interincisiva, rafe sutural medio, agujeros palatinos posteriores y el agujero mentoniano.

e) Zona retromolar:

Localizada en el límite posterior del reborde alveolar inferior donde se une a la rama ascendente, tiene forma de almendra y su centro ocupado por la elevación de la papila piriforme.

f) Zona de sellado posterior o post-dam:

Está representada por la unión del paladar duro y blando denominada línea vibrátil y se extiende de una escotadura hamular a la otra pasando por los huecos foveolares que se localizan

zan a los lados de la línea media. En esta zona, la aponeurosis palatina que forma la estructura del velo del paladar se inserta en el borde posterior del paladar duro y dá lugar a la inserción de los músculos del velo en donde su espesor aumenta permitiendo ejercer compresión para efectuar un sellado. Contiene glándulas palatinas, tejido adiposo y está completamente vascularizada.

2.4.- Cambios post-extracción del reborde alveolar:

Podemos decir que la curación de las heridas depende de la actividad metabólica de los tejidos. El hueso es un tejido activo vital, y existe un equilibrio dinámico que rige sus actividades osteogénicas y osteoclásticas. Esta evolución sufre un proceso de calcificación formándose hueso maduro, la alteración de éste puede acarrear un desarrollo inadecuado con el consiguiente retraso en la curación de las heridas. La disminución de la actividad osteoblástica puede obedecer a varias influencias generales como la edad, deficiencia de vitamina C, deficiencia de proteínas y el efecto de ciertos fármacos como la cortisona, la radiación afecta la actividad osteoblástica de forma similar.

El resultado de estos efectos antianabólicos respecto a la actividad osteoblástica, es la osteoporosis. El aumento de

osteoclasia también puede dar lugar a pérdida ósea si la actividad osteoblástica es normal, tal es el caso del paratiroidismo.

Se ha comprobado que determinadas sustancias de tipo hormonal como la hormona estrogénica y la testosterona son capaces de intensificar la actividad osteoblástica. Estas sustancias así como esteroides anabólicos sintéticos se emplean en el tratamiento de la osteoporosis y en pacientes de edad avanzada.

También se ha comprobado que los esteroides anabólicos -- contrarrestan los efectos antianabólicos de la cortisona, y se han empleado en los casos de osteoporosis consecutivas a terapias prolongadas por corticoesteroides.

La recuperación del alveolo posterior a la extracción se verifica en 4 fases:

- 1.- Coagulación: cuando el coágulo llena el alveolo, sucede en pocos minutos.
- 2.- Organización: formación de tejido conjuntivo joven en el coágulo y reemplaza al mismo.
- 3.- Osificación: hueso nuevo fibrilar, que se forma por -

las fibras del tejido conectivo joven y llena el alvéolo.

4.- Reconstrucción: el hueso inmaduro es reemplazado por hueso maduro.

Después del tercer día de la 1ª. fase, las células endoteliales y fibroblastos que provienen de las paredes del alvéolo invaden el coágulo, formando tejido conectivo joven y capilares, mientras que la superficie epitelial comienza a cubrir el alvéolo terminándose la 2ª. fase y pasa a la 3ª. etapa, del quinto al octavo día hay formación de hueso, por el décimo día hueso nuevo e inmaduro fibrilar se forma en las paredes del alvéolo, al final de la segunda semana se ha formado hueso nuevo en el fondo del alvéolo, a la tercera semana el alvéolo está casi lleno de hueso nuevo y hasta la cuarta semana el alvéolo está completamente lleno de hueso nuevo.

La cuarta fase se lleva a cabo con tiempo variable, de meses a años, durante los cuáles el hueso inmaduro se mezcla con hueso maduro que lo sustituye.

2.5- Factores que intervienen en la reducción de los rebordes residuales:

Factores anatómicos:- Es necesario considerar la configuración externa de los rebordes residuales que influyen en lo que se refiere a forma y densidad ósea, trabeculado y espacios medulares amplios.

Factores metabólicos:- La capacidad del hueso para reaccionar a la fuerza, varía mucho en un momento determinado. Al colocar una prótesis la capacidad del hueso para reaccionar ante las fuerzas mecánicas transmitidas a través de la base de la prótesis y del mucoperiostio depende en parte de su actividad metabólica, ya que en parte también depende del número y actividad de las células osteoblásticas y osteoclasticas, lo cual debe ser tomado en cuenta porque la actividad osteoclastica puede ser favorecida por la presión local de la prótesis.

Factores dietéticos:- Las proteínas son necesarias para formar y mantener los tejidos, y además, para suplir energía, el requerimiento proteínico diario de un adulto es de 85.05 gms.-mínimo, las personas geriátricas necesitan más de la cantidad mínima.

Carbohidratos:- Proporcionan la mayor cantidad de energía, su relación es indirecta ya que sólo en los casos de diabetes-

causan resorción ósea.

Grasas.- Substancias que proporcionan calor y energía y en menor grado ayudan a la formación y reparación de los tejidos.

Elementos inorgánicos.- Sales de calcio, forman el soporte rívido de los huesos, el fósforo en forma de fosfato de magnesio y de calcio, proporciona dureza al hueso, anormalidades en los elementos del fosfato de calcio en el torrente circulatorio pueden estar asociadas con la resorción alveolar. El cuerpo requiere 0.7 gramos de calcio al día y 1.5 gramos de fósforo por día.

Vitamina A.- Sudeficiencia dá como resultado una calcificación pobre del hueso.

Vitamina B.- Su deficiencia está relacionada con la resorción ósea sólo cuando la salud general del individuo está afectada.

Vitamina C.- Su deficiencia causa descalcificación del hueso y ha sido responsable de la atrofia alveolar difusa.

Vitamina D.- Su deficiencia altera el balance calcio-fósforo y promueve la resorción ósea.

Hay substancias que actúan como antagonistas vitamínicas-

tal es el caso de la vitamina C y el complejo B, estas sustancias son: Nicotina, barbitúricos, morfina, alcohol, antibióticos como estreptomina, penicilina y sulfas.

Factores funcionales: - Funcionalmente la magnitud, frecuencia duración y dirección, así como el punto de aplicación de la fuerza son factores que determinan si el hueso es sobrecargado o sometido a un exeso de tensión.

En la evaluación de tensión previa, algunos autores señalan observar el hueso alveolar alrededor de los dientes remanentes - para obtener una idea de la capacidad del hueso para reaccionar a la fuerza.

Factores Roentgenográficos: - Aunque es un auxiliar en el diagnóstico, nos ayuda a predecir la rapidéz de destrucción del hueso, actúa como antianabólico aunque a escala muy reducida.

Factores Protésicos: - La dirección y cantidad de la resorción alveolar afecta no sólo al tamaño de las áreas de soporte de las dentaduras en los maxilares si no también la relación máxilo-mandibular.

Cuando la resorción del maxilar es grande, son frecuentes - las áreas de irritación sobre la espina nasal, apófisis geni, ci

gomática y nervio mentoniano.

Los maxilares con resorción se encuentran más delgados dificultando el soporte, retención y estabilidad.

Se ha visto que el paciente desdentado total que no usa prótesis dental, presenta mayor resorción ósea. En pacientes con -- prótesis inmediata se reducirá la resorción alveolar, y en pacientes con prótesis desajustadas, se favorece la resorción ósea

Los factores que tienen influencia sobre la evaluación ósea se resumen de la manera siguiente:

Anabolismo:

Actividad osteoblástica.

Disminuye con: edad.
 déficit de 'vitamina C.
 déficit de proteínas.
 cortisona.
 radiaciones.

Aumenta con: hormona estrógena.
 testosterona.
 esteroides anabólicos.

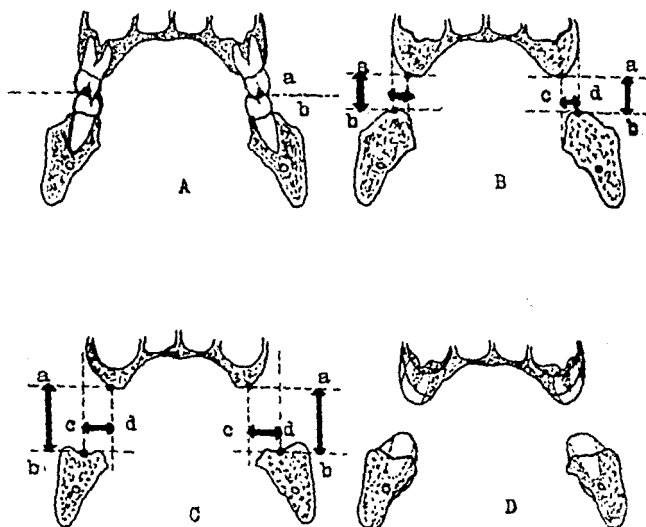


Fig. II-1. A, estado preoperatorio

B, estado postoperatorio inmediato. Después de la pérdida de los dientes, la distancia vertical (de a a b) entre las crestas de los rebordes alveolares superior e inferior, aumenta. En esta fase se introduce una medida transversal (de c a d).

C, estado postoperatorio mediano. Al aumentar la reabsorción vertical (de a a b) entre las crestas de los rebordes alveolares, también aumentan las diferencias transversales (de c a d), entre el tamaño del maxilar y la mandíbula.

D, dibujos superpuestos de B y C que indican la disminución relativa del tamaño transversal del arco superior y el aumento de tamaño transversal del arco inferior a medida que avanza la reabsorción. Se puede observar que el piso del seno maxilar se remodela.

Catabolismo:

Actividad osteoclástica.

Disminuye con: Influencias hereditarias
(osteopetrosis)

Aumenta con: Hiperparatiroidismo.

3.- ARTROLOGIA:

El maxilar se articula con diversos huesos de la cara y craneo mediante articulaciones sinartrósicas.

La articulación más importante es la t́mporo - mandibular - que es bicondílea (doble ćndilo), la cual tiene dos movimientos b́sicos, uno de rotaci3n que permite que se efectúe entre el c3n dilo y el menisco movimientos de apertura y cierre; y el segundo de deslizamiento que se efectúa entre el menisco y la eminencia-articular que permite movimientos de deslizamiento hacia adelante y a los lados.

La articulación t́mporo - mandibular presenta además de sus estructuras 3sas como cavidad glenoidea, c3ndilo mandibular, y-menisco inter-articular, medios de uni3n que son los ligamentos, c3psula reforzada por los ligamentos laterales externo e interno y ligamentos accesorios que son el esfenomandibular, estilomandi

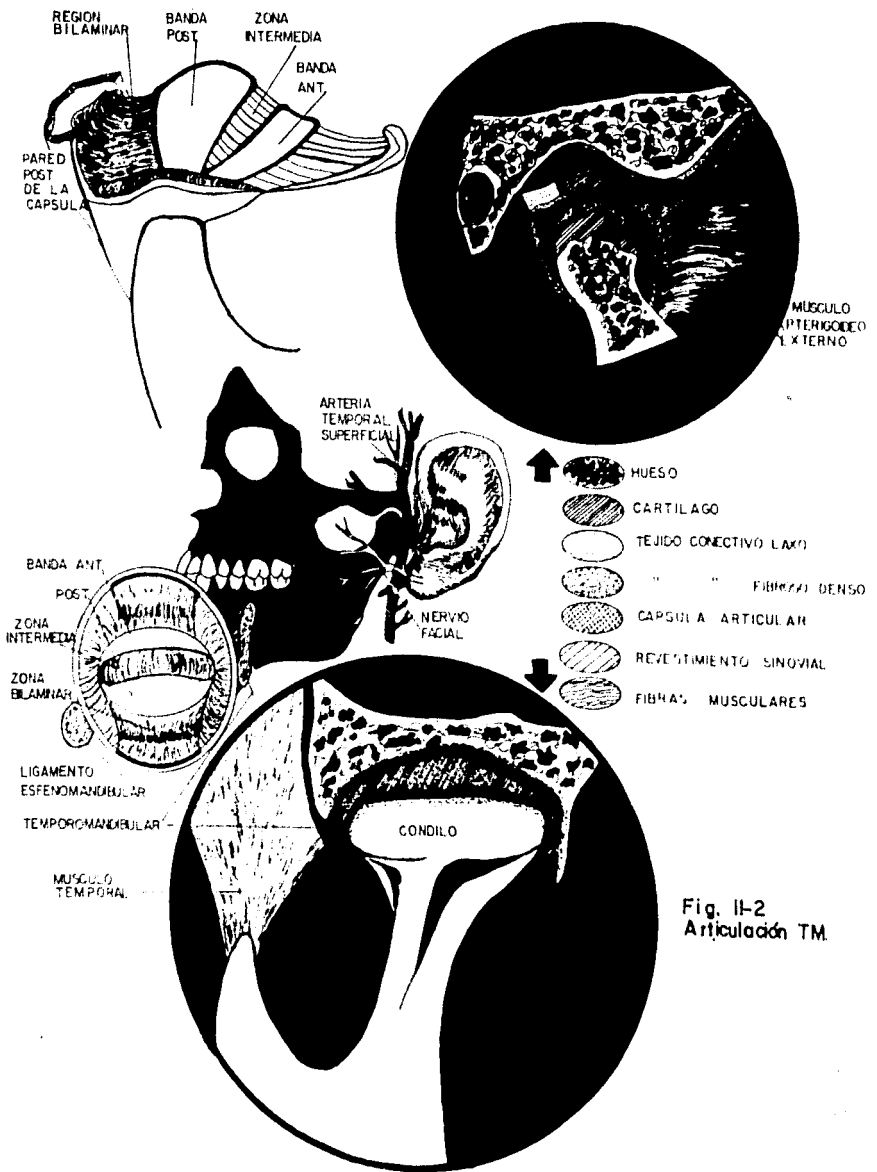


Fig. 11-2 Articulación TM

bular y el ptérigomandibular, encontramos también en esta articulación una sinovial superior o tèmporo-meniscal, y otra inferior o cóndilo-meniscal.

Otro tipo de articulación que podemos encontrar, es la articulación gonfosis, entre diente y alveolo.

4.- MIOLOGIA:

Mencionaremos los músculos que intervienen en la retención-estabilidad y sellado de la dentadura:

4.1.- Músculo Masetero:- Es un músculo grueso de forma rectangular que se extiende desde arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

Se le consideran dos fascículos, uno externo o superficial, y otro interno o profundo.

El haz superficial se inserta en los tres cuartos anteriores del borde inferior del arco cigomático, de ahí se dirigen hasta el ángulo de la mandíbula, en la parte inferior de la cara externa de rama ascendente.

El haz profundo, se inserta por arriba en el borde inferior y cara externa del arco cigomático.

La aponeurosis maseterina recubre la cara externa del músculo, con inserciones óseas de tal forma que forma una celda osteoaponeurótica abierta en la escotadura sigmoidea.

Su inervación está dada por el nervio maseterino. Su acción es dirigir la mandíbula hacia arriba y atrás. por su haz superficial tracciona a la mandíbula arriba y adelante, es un poderoso-elevador de la mandíbula.

Cuando se realiza una impresión para dentadura total, el borde póstero-lateral de la impresión mandibular es moldeado por la contracción del músculo masetero.

4.2- Músculos suprahióideos:

a) Músculo digástrico:-

Es un músculo alargado, forma un arco cuya parte central está formada por un tendón intermedio, y dos vientres carnosos, anterior y posterior.

Inserciones:- su vientre posterior nace por dentro de la apófisis mastoidea en la ranura digástrica que se dirige oblicuamente hacia abajo, adelante y adentro y termina encima del hueso hioides en un tendón delgado, este tendón intermedio se dobla hacia adelante y arriba y se continúa con el vientre anterior que-

se dirige hacia adelante arriba y adentro hasta la fosa digástrica sobre el borde inferior de la mandíbula, las fibras tendinosas del digástrico insertadas al hioides son elementos que fijan el músculo al hioides y determinan su reflexión.

b) Músculo geniohioides:- Es un músculo corto y grueso, se inserta por delante en la apófisis geni inferiores se adosa al del lado opuesto sobre la línea media y se dirige al hueso hioides a su superficie anterior siguiendo una superficie de inserción en forma de herradura.

c) Músculo milohioides:- Es un músculo ancho, aplanado y delgado, se inserta por arriba a lo largo de la línea oblícuca interna de la mandíbula, desde donde se dirige hacia adentro y abajo hasta el hueso hioides y el rafe medio maxilohioides, sus fibras aumentan en longitud de adelante a atrás, las fibras anteriores y medias terminan en el rafe tendinoso medio y va de la mandíbula al hueso hioides. Sobre los milohioides descansan los geniohioides por abajo y más arriba la lengua, y a los lados las glándulas sublinguales.

Los músculos geniohioides, milohioides y vientre anterior - del digástrico, son depresores de la mandíbula y elevadores del hioides, el vientre posterior del digástrico es elevador del hueso hioides.

4.3- Músculos parapatéticos:

a) Músculo mirtiforme:-

Nace de la parte inferior de la fosa mirtiforme y de la eminencia alveolar del canino, de ahí se dirige hacia arriba y se fija en la cara profunda de la piel que reviste el subtabique y el borde posterior de la ventana nasal correspondiente.

Acción:- desciende al ala de la nariz y estrecha transversalmente el orificio nasal (narina).

b) Músculo canino:-

Se inserta por arriba en la fosa canina debajo del agujero infra-orbitario, desde donde desciende hacia abajo y hacia afuera para insertarse en la cara profunda de la piel, de la comisura y del labio inferior.

Acción:- Eleva la comisura labial y el labio inferior.

c) Músculo buccinador:-

Se inserta en el reborde alveolar de maxilar y mandíbula a nivel de los tres molares, se une por atrás al haz tendinoso del temporal que se inserta en el labio externo -- del borde anterior de rama ascendente, desde donde se dirige hacia la comisura labial donde se entrecruzan sus fibras y se fijan en la cara profunda de la piel de la comisura. Este músculo está cubierto por la aponeurosis buccinatríz.

Acción: Tira hacia atrás las comisuras labiales. Cuando --- se contrae desciende el surco vestibular superior y eleva el inferior.

d) Músculo orbicular de los labios:-

Se compone de dos porciones una orbicular externa y otra interna.

El orbicular externo, hay que distinguir en él fibras ex-trínsecas e intrínsecas. Las fibras extrínsecas pertenecen a las de los músculos dilatadores que terminan en la cara profunda de la piel de uno o de otro labio.

Las fibras intrínsecas pertenecen a los músculos incisivos que son cuatro, dos por cada labio. Los incisivos inferiores se insertan por dentro del borde externo de la fosa mirtoforme. Los

incisivos inferiores se insertan en la eminencia alveolar del canino inferior. Lo mismo la incisivos superiores que los inferiores se insertan por fuera en la piel de la comisura.

- El orbicular interno, ocupa la mitad aproximadamente de cada labio a lo largo de su borde libre.

Sus fibras se extienden por la longitud de los labios se fijan después de entrecruzarse con los del labio opuesto, en la piel y en la mucosa de la comisura.

Acción:- El músculo orbicular de los labios determina la oclusión de la boca.

e) Músculo cuadrado del mentón:-

Es un músculo cuadrilátero aplanado. Se inserta en el tercio anterior de la línea oblicua externa de la mandíbula, las fibras musculares se dirigen hacia arriba, adentro, y su borde anterior se une con la línea media al del lado opuesto. Estas fibras se insertan en la piel del labio inferior.

Acción:- Su contracción tira hacia abajo y hacia afuera de la mitad correspondiente del labio superior.

f) **Músculo Cigomático mayor:-**

Por arriba se inserta en la cara--
externa del hueso malar. Se dirige hacia abajo y adentro para -
insertarse en la cara profunda de la piel del labio superior, -
cerca de la comisura.

Acción:- Dirige la comisura hacia arriba y atrás.

g) **Músculo Cigomático menor:-**

Se inserta por arriba en la cara--
externa del hueso malar, por abajo se inserta en la cara profun
da de la piel del labio superior y al lado de la comisura la---
bial. Este músculo se encuentra por dentro del músculo cigomáti
co mayor.

Acción:- Dirige hacia arriba y afuera el labio superior.

h) **Músculo Risorio de Santorini:-**

Se inserta por detrás en la a-
poneurosis maseterina y hacia adelante en la comisura labial.

Acción:- Tira hacia atrás y hacia afuera la comisura la---
bial.

i) **Músculo triangular de los labios:-**

se inserta por su base, en
la parte anterior de la línea oblicua externa del maxilar infe-

rior, debajo de la línea de inserción del músculo cuadrado del mentón, desde donde se dirige a la comisura labial, se insertan en la piel de la comisura y del labio superior, algunos haces se extienden hasta el cartílago del ala de la nariz y al tegumento del subtabique.

Acción: Desvía la comisura hacia abajo y hacia afuera.

j) Músculo Borla de la barba:-

Sus inserciones nacen a uno y otro lado de la línea media, de las eminencias alveolares de los dos incisivos y del canino, debajo de la encía, desde donde se dirigen hacia abajo y se esparcen para insertarse en la piel del mentón.

Acción:- Este músculo es elevador del mentón y del labio inferior.

5.- ANGIOLOGIA:

La irrigación arterial está a cargo de diversas ramas de la carótida externa. La arteria maxilar externa comprende las ramas cervicales y faciales. De las cinco ramas cervicales, la más importante para nuestro tema son: Las musculares, distribuidas en el estilohioideo, masetero y pterigoideo externo, así -

como también la mentoniana que en el músculo milohioideo corre por debajo del cuerpo de la mandíbula cruzando el borde de ésta cerca de la sínfisis para terminar en los músculos de la barba.

De las cuatro ramas faciales la más importante es la labial inferior, en virtud que se anastomosa con la mentoniana de la arteria alveolar inferior.

Rama terminal de la carótida externa es también la maxilar interna, la cuál se divide en tres partes: mandibular, pterigoidea y pterigopalatina.

Las ramas de la mandibular son: alveolar inferior, que sigue el trayecto de la rama mandibular al entrar al conducto dentario inferior e irriga los ápices de las piezas anteriores, y termina en el agujero mentoniano donde se localiza la arteria mentoniana. Esta arteria comienza desde el agujero mentoniano y termina en la mucosa y músculos de la barba. La incisiva irriga los dientes incisivos y caninos, termina cerca de la sínfisis mentoniana, también irriga al hueso y mucosa alveolar de dichos dientes.

Las ramas de la pterigoidea son: masetérica, temporal profunda anterior y posterior, pterigoidea y del buccinador. Estas

arterias irrigan a los músculos del mismo nombre, y se anastomosan con la arteria maxilar externa y suborbitaria.

Las ramas de la ptérigopalatina son: alveolar superior posterior, suborbitaria, palatina descendente y esfenopalatina. La alveolar superior posterior irriga los molares y premolares superiores, encía, mucoperlostio, así como también el seno maxilar. La suborbitaria se localiza en el agujero del mismo nombre e irriga a los dientes anteriores, encía y membrana mucosa del seno maxilar. La palatina descendente pasa del agujero esfenopalatino al ptérigopalatino dividiéndose en ramas mayores y menores. Las mayores irrigan el paladar duro, huesos maxilares, mucosa y encía palatina, y las menores irrigan el paladar blando y las amígdalas.

La vena yugular interna, recibe ramificaciones del maxilar y la mandíbula por medio de las ramas: Vena facial anterior, vena labial superior, vena mentoniana, vena palatina inferior, vena maxilar interna.

La vena yugular externa recibe ramas de los músculos del cuello.

Los ganglios linfáticos se dividen en superficiales y pro-

fundos. Mencionaremos sólo los ganglios superficiales con relación a la cirugía preprotética.

- Faciales (maxilares y mandibulares).
- Submentonianos.
- Parotideos.
- Linguales.
- Submaxilares.

Estos linfáticos van a los ganglios sub-externo mastoideos, de los que parten vasos eferentes que se reúnen en un tronco común, el tronco yugular.

6.- MUCOSA BUCAL:

La mucosa bucal recubre las superficies internas de labios y carrillos, extendiéndose en la región de los labios y carrillos desde los vestíbulos de la bóveda hasta encontrar la piel de la cara, y en la región de los carrillos desde los vestíbulos del arco de la mandíbula hasta los del maxilar. El vestíbulo de la boca está limitado en un lado por la encía alveolar y en el otro lado por la mucosa labial y bucal.

Los labios están adheridos a la encía alveolar en la línea media por un pliegue delgado de membrana mucosa llamado frenillo

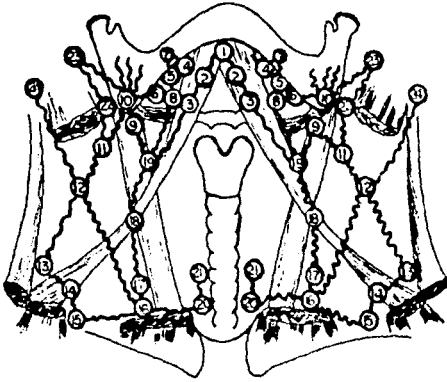
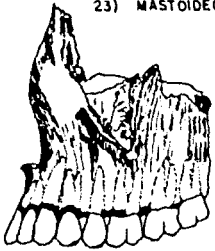
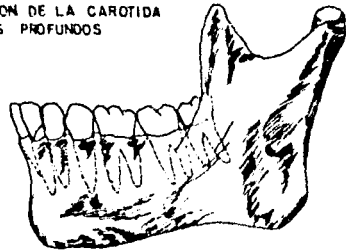


Fig. 11-3. GANGLIOS LINFATICOS

- 1, 2, 3) SUBMENTONIANOS
- 4) PREGLANDULAR SUBMAXILAR
- 5) PREVASCULAR
- 6) RETROVASCULAR
- 7) G MEDIO DE MANDIBULA
- 8) RETROGLANDULAR SUBMAXILAR
- 9) SUBDIGASTRICO
- 10) SUBPAROTIDEO
- 11, 12, 13, 22, 24) CERVICALES POSTERIORES
- 14, 15, 16, 17) SUPRACLAVICULARES
- 18) CAROTIDEOS INFERIORES
- 19) G DE LA BIFURCACION DE LA CAROTIDA
- 21) GAGLS ANTERIORES PROFUNDOS
- 23) MASTOIDEO



Maxilar



Mandibula

el cuál se extiende desde la superficie inferior de los labios-- hasta una distancia variable a lo largo de la encía alveolar.

La mucosa bucal difiere en varios aspectos de la encía, y es distinta en diferentes regiones de su distribución, es de color más rojo en los bordes externos de los labios, donde se unen a la piel.

La mucosa bucal no es córnea y está formada por epitelio escamoso estratificado con una capa basal de células cuboides y una membrana que recubre las regiones basales. Debajo del epitelio de la mucosa en el borde externo de los labios, está la lámina propia.

A la encía y a la mucosa palatina se les llama a menudo -- "mucosa masticatoria". Los requerimientos funcionales demandan que sean queratinizadas y estén firmemente adheridas al hueso.

La membrana mucosa de los labios, carrillos y piso de la boca es fácilmente movable, de acuerdo con la musculatura relacionada, a menos que este tejido esté sujeto a irritación funcional anormal, el grado de queratinización de la mucosa oral no necesita ser tan pronunciado como el de la encía.

7.- LA BOCA IDEAL PARA PROTESIS:

Los dos maxilares deben hallarse en relación normal. Sus procesos alveolares deben ser lo más grandes posibles sin la presencia de protuberancias óseas a los tejidos blandos que pudieran formar zonas retentivas. Cada uno de los rebordes alveolares deben tener forma de U, ser anchos y de altura suficiente. El ancho transversal del maxilar debe ser semejante al de la mandíbula para que haya buena estabilidad.

El hueso y los tejidos blandos no deben hallarse enfermos. Debe haber cantidad suficiente de encía para cubrir los rebordes alveolares y ella debe ser de consistencia firme y grosor uniforme, los surcos vestibulares sublingual deben hallarse libres de tejido cicatrizado y masas hipertrofiadas.

La lengua debe moverse con libertad, no presentar restricciones del frenillo. No debe estar agrandado ni invadido el espacio correspondiente a la prótesis.

Las glándulas salivales mayores y menores deben presentar funciones secretorias normales y mantener húmeda y lubricada la boca y ayudar así a la retención de la dentadura.

BIBLIOGRAFIA.

Ganong, William F.

Manual de Fisiología Médica, quinta ed.

México, Edit. El Manual Moderno, 1975, Cap. 21, P.p. 337-339.

Guralnik, Walter C.

Tratado de Cirugía Oral.

Barcelona, Edit. Salvat, 1971, P.p. 160-171.

Guyton, Arthur C.

Tratado de Fisiología Médica, cuarta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1975, Capítulo 79. P.p. 984-986.

Kruger, Gustav, O.

Tratado de Cirugía Bucal, cuarta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1978. Capítulo 8. P.p. 100-129.

Rouviere, H.

Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica.

Tomo I, Cabeza y Cuello.

México, Edit. Nacional S.A. 1975. P.p. 108-113, 123-140.

Ozawa, Deguchi, José Y.

Prostodoncia Total.

UNAM, Textos Universitarios, México 1975. Capítulos II y III
P.p. 7-40.

Saizar, Pedro.

Prostodoncia Total.

Buenos Aires, Edit. Mundi S.A. 1972.

Capítulo I, P.p. 8-24.

Starshak, Thomas J.

Cirugía Bucal Preprotética.

Buenos Aires, Edit. Mundi S.A. 1974.

Capítulo I, P.p. 1-21.

Burket, W. Lester.

Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. Sexta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1973.

Capítulos: 26. P.p. 422-423.

27. P.p. 448.

CAPITULO III

BASES DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS Y VALORACION DEL PACIENTE.

1.- VALORACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE;

1.1.- Historia Clínica:

El diagnóstico acertado de las enfermedades se realiza -- mediante la valoración cuidadosa de la información que se ob tiene sistemáticamente del paciente.

Unos pocos minutos utilizados para obtener una historia -- médica concisa antes de la cirugía, proporciona parte de la in formación diagnóstica importante disponible y previene numero- sas complicaciones indeseables durante y después de la cirugía

La historia clínica revela la razón que tiene el pacien- te para buscar asistencia odontológica y su experiencia dental previa.

El dentista debe efectuar sistemáticamente la historia -- clínica, así de esta manera, datos importantes no serán omiti- dos. Tales datos deben ser apuntados legible y concientemente, con terminología científica universal, y con suficiente ampli- tud para que su interpretación sea clara.

El tiempo utilizado en redactar la historia clínica no só lo es valioso para el plan de tratamiento, sino también para -

establecer una buena relación paciente dentista.

Esto es una oportunidad para conocer la personalidad del paciente, su actitud hacia el dentista y la cooperación que se puede esperar al ejecutar el plan de tratamiento. En esta visita inicial se debe hacer un esfuerzo por obtener la confianza del paciente y hacer que se sienta tranquilo.

Un orden que se deberá seguir en la historia clínica es - el siguiente:

- Ficha de identificación
- Antecedentes hereditarios y familiares
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes alérgicos y anestésicos
- Antecedentes dentales quirúrgicos y traumáticos
- Padecimiento actual
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Interrogatorio:- Debe estar dirigido por orden de importancia; motivo de la consulta, alteraciones colaterales y crecimiento general de aparatos y sistemas.

De las alteraciones colaterales deben investigarse con ma

por precisión aquellos que produzcan repercusión sobre el padecimiento a determinar.

Debemos ser minuciosos y no pasar por alto cualquier dato que reporte el paciente, aún cuando en apariencia no tenga --- grán significado.

Exploración:- En lo correspondiente a exploración basádo nos en el interrogatorio efectuado, decidiremos la necesidad - de enviarlo o no al especialista correspondiente.

1.2.- Exámen físico:

El dentista ha de valorar el estado físico general del pa- ciente así como las condiciones en que se hallan los tejidos - bucales y peribucales.

Los tejidos blandos se examinarán manual y visualmente, - palpando para descubrir crecimientos ocultos o zonas de sensi- bilidad. Hay que observar los movimientos musculares de la len- gua, labios, paladar blando, anotádo toda función anormal o - asimétrica. Hay que valorar los frenillos para detectar posi- bles interferencias. Se examinarán las mucosas de labios, ca- rrillos , paladar, lengua y procesos alveolares para descubrir úlceras , tejido hiperplásico , zonas de queratois y otras le- siones.

Hay que valorar la relación de la mucosa bucal móvil con el tejido gingival fijo y tener presente que la encía está preparada para el soporte de dentaduras artificiales mientras que la mucosa bucal del vestíbulo sólo proporciona sellado periférico, es preciso examinar los procesos alveolares y tomar nota de la presencia de retenciones óseas, exostosis y bordes filosos.

La relación máxilo-mandibular se examinará observando la forma del arco, las relaciones horizontales y verticales entre los arcos. Los dientes se pueden examinar auxiliándose de modelos de estudio y radiografías, se verá la higiene general inclusive la placa bacteriana, anodoncia parcial o total, grado y tipo de caries, movilidad dental, restauraciones que puedan existir y estado parodontal; Pruebas térmicas, eléctricas y de percusión. Valoraremos la oclusión basándonos en la clasificación de Angle (neutro-oclusión, disto-oclusión, mesio-oclusión), y en pacientes edéntulos podemos dar una oclusión aproximada al observar los rebordes alveolares en relación céntrica. En la articulación temporomandibular (ATM) valoraremos el dolor, disfunción y crepitación.

No debemos pasar por alto el estudio del tono muscular y el control neuromuscular, explorando la intensidad y grado de la elasticidad y contractilidad de los músculos y considerar la diferencia de control neuromuscular en pacientes jóvenes y de edad avanzada.

Se describen cuatro tipos de rebordes alveolares: normal, con buena resistencia a las fuerzas masticatorias; plano, con dificultad para la estabilidad y retención, y con rebordes milohioideos prominentes; estrecho, con rebordes fibrosos y malsoporte a las fuerzas verticales de oclusión; y prominente, -- que presenta dificultad para la inserción de la prótesis.

Los modelos de estudio ofrecen ventajas como:

Examinar las condiciones de trabajo de la boca del paciente; conocer mejor las formas y características anatómicas del maxilar y mandíbula, así como relaciones intermaxilares verticales, transversales y sagitales; los registros intermaxilares permiten estudiar problemas relacionados con altura y estética.

En determinado procedimiento técnico quirúrgico puede --- practicarse en los modelos de estudio y prever cualquier resultado desfavorable.

1.3.- Radiografías:

Las radiografías aportan información diagnóstica valiosa y constituyen un registro permanente del estado dental del paciente en el momento del exámen.

Las radiografías seriadas intrabucuales proporcionan mayor claridad de detalles que las radiografías de los maxilares, -- aunque se pueden usar radiografías panorámicas como complemento auxiliar del diagnóstico.

Con las radiografías se puede observar el estado general de los dientes, hueso alveolar y basal, la presencia de raíces retenidas y dientes no erupcionados, densidades intraóseas, zonas osteolíticas , y cuerpos extraños , las raíces de los dientes deberán estudiarse en relación al conducto dentario inferior de la mandíbula, en relación al seno maxilar , la línea miloídea. El tamaño y densidad de los senos maxilares se observarán y compararán bilateralmente.

La radiografía de perfil lateral de la cara y cráneo es de utilidad para establecer la relación máxilo-mandibular correcta.

2.- PLAN QUIRURGICO;

Comprende los siguientes pasos:

- a.- Técnica anestésica.
- b.- Incisión: Según la técnica quirúrgica.
- c.- Levantamiento del colgajo.
- d.- Control de la hemorragia.
- e.- Procedimientos propios de la técnica quirúrgica.
- f.- Lavado, secado y cuidados de la zona intervenida.
- g.- Planchado del colgajo.
- h.- Sutura del colgajo, con material de acuerdo al tejido

3.- INSTRUMENTAL FUNDAMENTAL:

En un consultorio de mucho trabajo, es conveniente tener preparado por adelantado varias bandejas con instrumental quirúrgico esterilizadas; cada bandeja debe tener un juego corriente de instrumentos, a esta bandeja se le pueden añadir toda clase de instrumentos que se precisen para determinado procedimiento quirúrgico.

Es esencial disponer de piezas de mano dentales suficientes, esterilizadas, para usar una con cada paciente. Las fresas de fisura # 702 y 703, son excelentes para eliminar hueso y seccionar dientes (odontectomía).



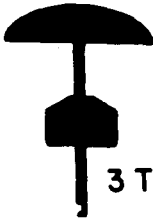
703



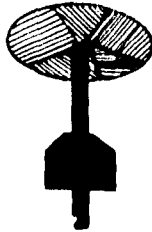
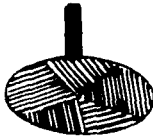
Henahan



7



3 T



2 T

Fig.III-I. FRESAS QUIRURGICAS.

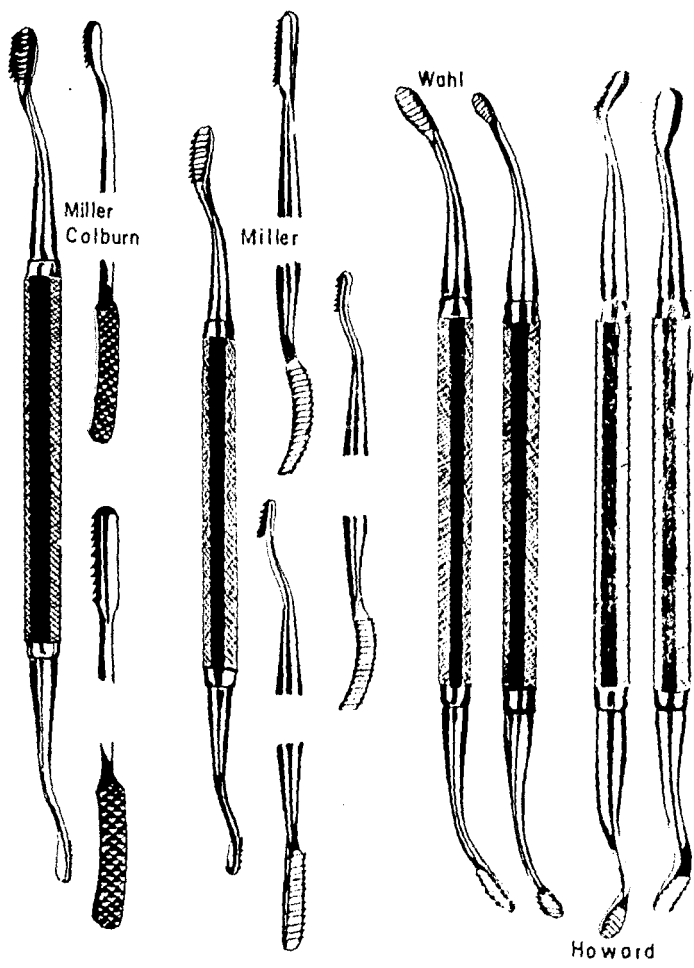


Fig. III-2. LIMAS PARA HUESO

Una fresa grande para hueso, activada a baja velocidad -- sirve de lima rotatoria para hueso, para alisar márgenes óseos en torno y dentro de un alvéolo, entre estas fresas tenemos -- fresas quirúrgicas para hueso # 4 y 7; fresas para protuberancias óseas palatinas y torus palatino # 3T, fresas para protuberancias linguales y torus mandíbular 2T, lima para hueso con extremo de trabajo en diferentes ángulos y curvas para llegar hasta los lugares inaccesibles para la fresa.

Pinzas para extracciones .- Es necesario tener la pinza -- ideal para cada diente o grupo de dientes, hay gran variedad -- de pinzas para exodoncia, mencionaremos grupos de pinzas para la arcada superior e inferior:

- 150 Para anteriores superiores, y premolares superiores.
- 150 A
- 18 R-L Para Molares superiores Derecho, e izquierdo.
- 38 R-L Para extracción de molares con coronas debilitadas y -- furcas accesibles.
- 53 R-L Para extracción de molares con coronas accesibles, semejante al 18 R-L.
- 151 Para anteriores inferiores, y premolares inferiores.
- 151 A
- 23 Para la extracción de molares inferiores con coronas -- destruidas y furcas accesibles.
- 287 Para molares inferiores derechos, e izquierdos.

Fig.III-3. LEGRAS-PERIOSTOMOS



1
Henahan



Allen 9



5
Molt



Seldin
23



Goldman
Fox 14



Howard
9 H



2

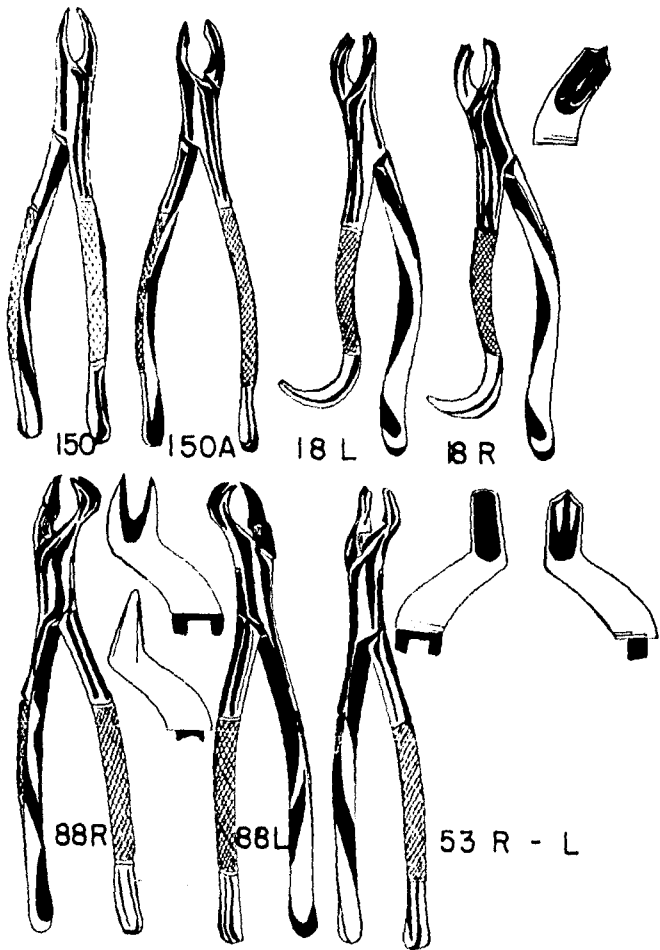


Fig. III-4.
 PINZAS PARA EXTRACCIONES

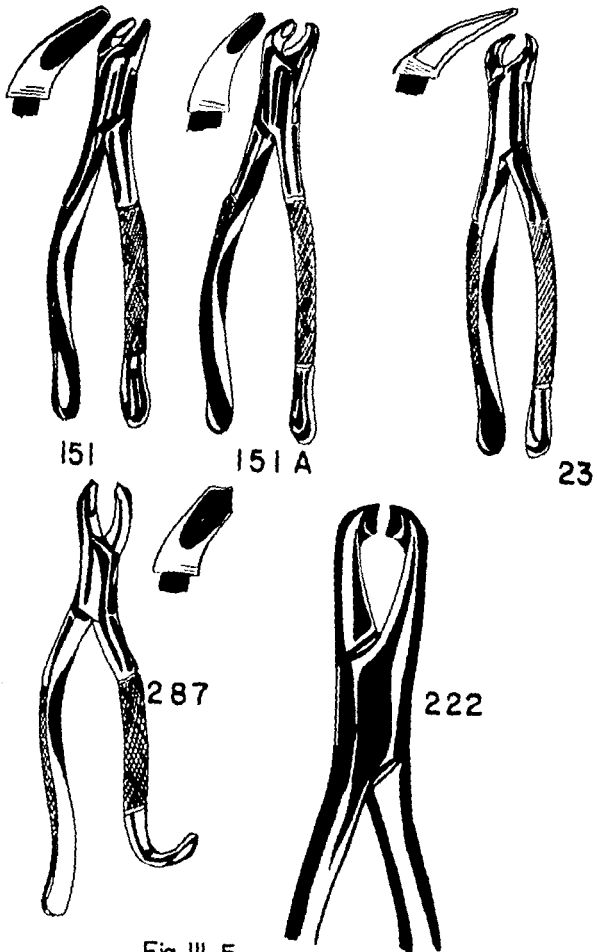


Fig.III-5.
PINZAS PARA EXTRACCIONES

222 Para tercer molar inferior.

El alicate de Blumenthal como instrumento cortador de hueso con todas las finalidades, aunque a veces resulta más eficaz una pinza alicate de corte lateral (gubia).

Mango de bisturí No. 3 con hojas No. 10, 11, 12, 12 d, 15 la más usada en Odontología es la No. 15, aunque también se proporcionan actualmente hoja de bisturí con mango de plástico estériles, desechables.

Cureta de extremo doble, Lucas, Miller, Molt.

Pinza hemostática curva y recta.

Tijeras quirúrgicas.

Porta-agujas.

Elevador recto, de bandera, legtras, periostomos.

Martillo, Mazo, escoplo, cinceles.

Según la técnica quirúrgica se puede añadir a la bandeja instrumental especial.

4.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA:

4.1.- Definición:

Asepsia: a = sin, sepsis = putrefacción: Significa ausencia de "Sepsis", es decir, putrefacción por falta absoluta de mi-

PINZAS GUBIAS.

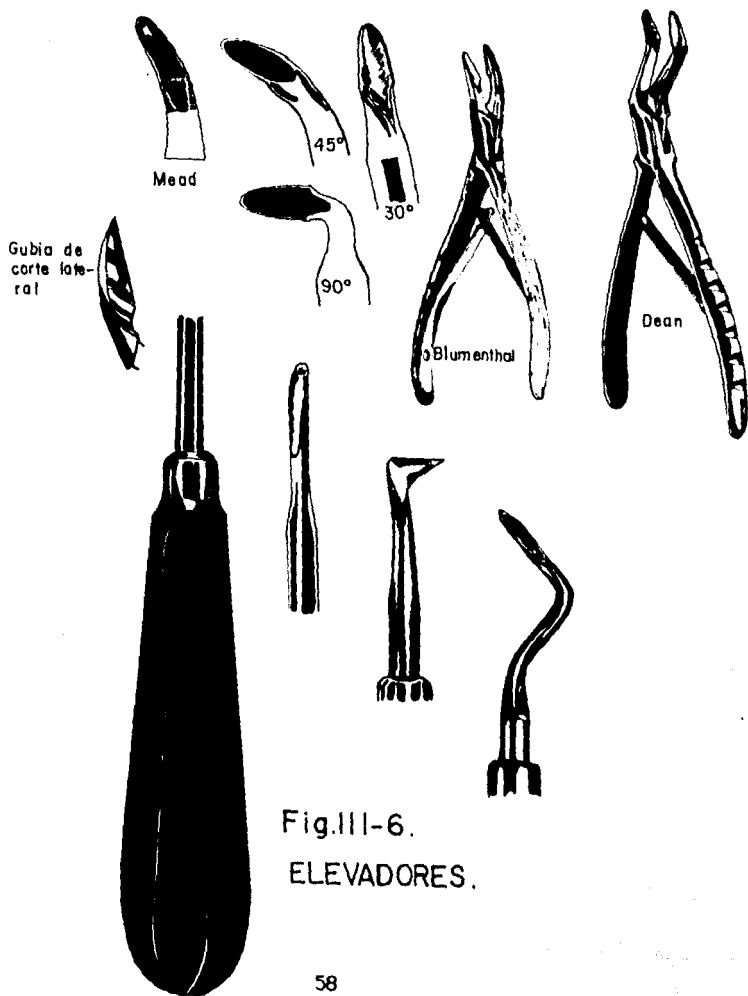


Fig.III-6.
ELEVADORES.

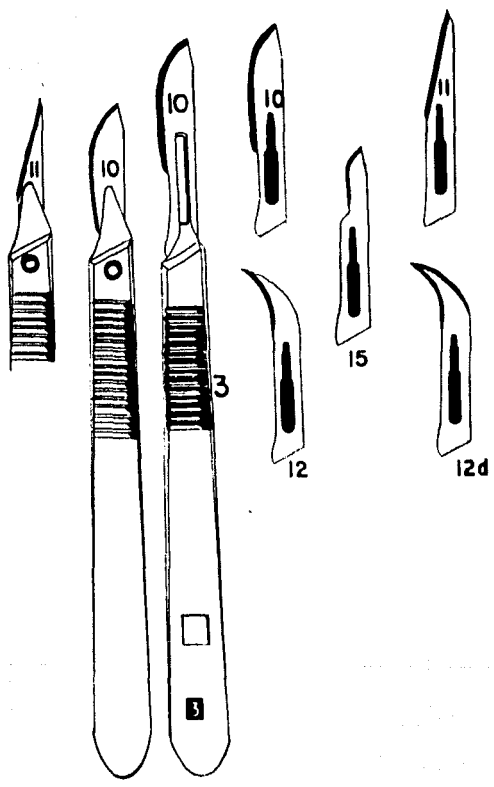


Fig.III-7.
BISTURI · MANGO, Y HOJAS BARD-PARKER

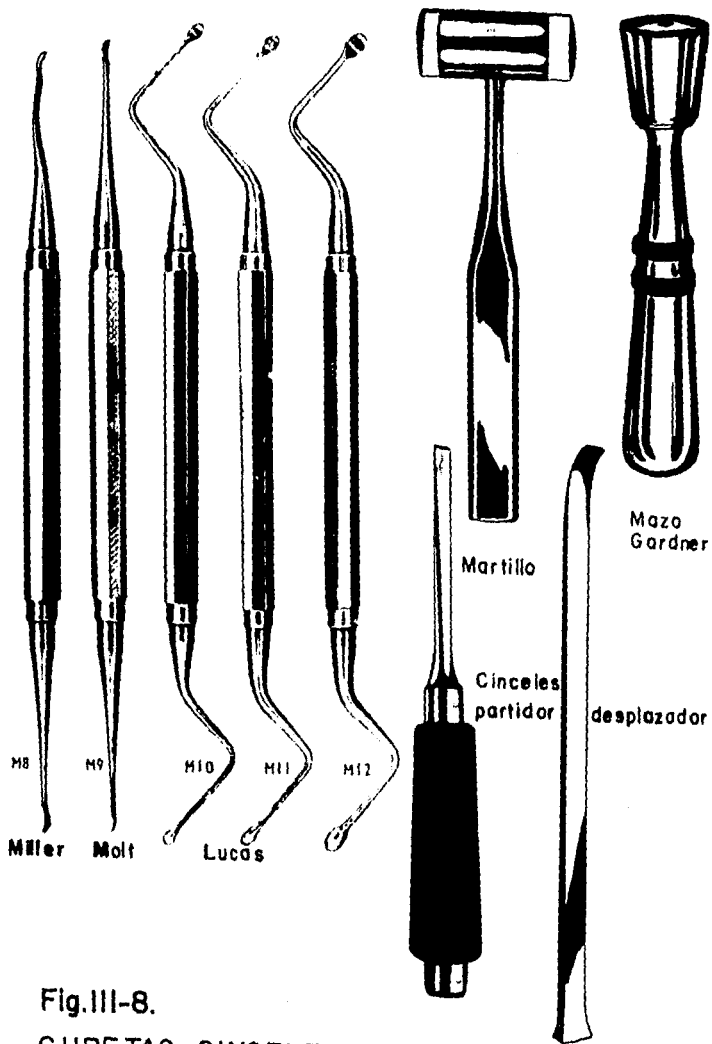


Fig.III-8.
 CURETAS, CINCELES, MARTILLOS Y MAZO

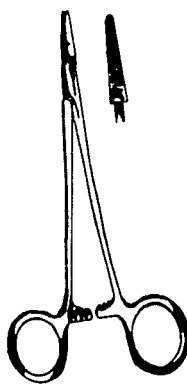
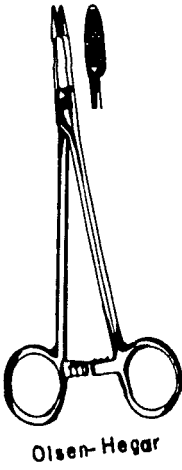
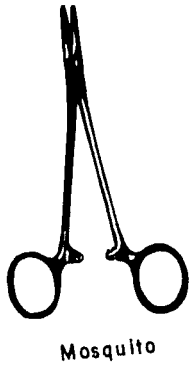
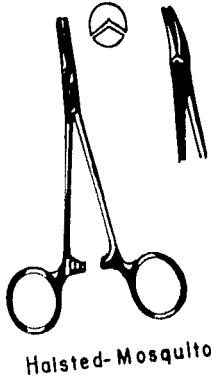
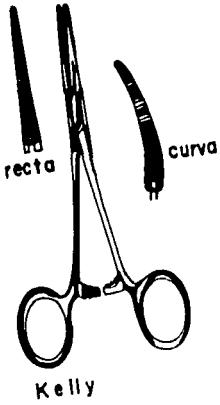
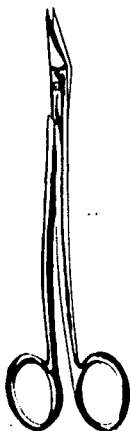


Fig.III-9.
PINZAS: HEMOSTATICAS, PORTA-AGUJAS



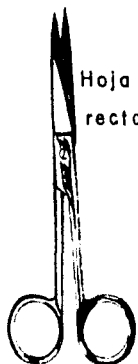
Dean



Goldman-Fox



Tijeras para sutura



Hoja
recta



Tijeras
para
vendas



Hoja
curva

Fig.III-10. TIJERAS QUIRURGICAS.

crobios patógenos, es una condición imprescindible para efectuar una operación quirúrgica, con el objeto de que la herida operada no se transforme en puerta de entrada a los microbios patógenos causantes de infecciones locales o generales.

Antisepsia: Anti = Contra, sepsis = putrefacción o desinfección, es la práctica de todas aquellas medidas que combaten la infección destruyendo los respectivos microbios patógenos.

Aunque la boca sea considerada como un campo contaminado en términos de asepsia quirúrgica, no hay excusa para que el dentista introduzca otros microorganismos al paciente, por lo que es necesario la asepsia del operador y objetos que están en relación durante la intervención quirúrgica. Si bien el paciente puede tener tolerancia adquirida para los microorganismos de su propia flora bucal, puede ser muy susceptible a la microflora de otros.

4.2.- Procedimientos físicos:

La mayor parte de los elementos físicos: la luz, calor, frío, y electricidad han sido empleados con fines antisépticos pero en la práctica quirúrgica sólo se toma en cuenta como procedimiento destinado 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 flama, agua hirviendo o vapores de agua bajo presión, variará la temperatura y el tiempo a que es necesario someter un objeto para obtener completa esterilización.

a).- Calor seco: La esterilización en horno por calor seco a temperaturas elevadas(150,200, y hasta 250 grados C), por -- largos periodos de tiempo (45, 60, 90 minutos o más) se usa ampliamente en Odontología.

Para esterilizar instrumentos o materiales en las estufas a calor seco debe mantenerse una temperatura de 170 a 180 gra-- dos C por 40 minutos. Otro procedimiento utilizado con calor seco es por medio del flameado de objetos, que sólo se emplea pa--ra instrumentos metálicos sin filo, se hace sobre una cubeta o bandeja y se enciende una pequeña cantidad de alcohol, la mayor desventaja de este medio de esterilización es el tiempo emplea--do para tener seguridad de buenos resultados.

b).- Calor húmedo: Para esta técnica se emplea agua corri--ente adicionándole sales; vapor de agua a la presión ordinaria--a 100 grados C, vapor de agua a presión debido a que algunas esporas bacterianas pueden sobrevivir a una temperatura de 100 -- grados C, por lo que no es absolutamente seguro tál medio de es

terilización, pero si se utiliza la esterilización con agua -- hirviendo, se recomienda que se empleen medios químicos para elevar el punto de ebullición del agua aumentando así el poder bactericida, resulta eficaz la solución al 2% de carbonato de sodio y disminuye la acción corrosiva sobre los instrumentos, y el punto de ebullición del agua aumenta a 108 grados C.

c).- Calor húmedo a presión: El autoclave es un aparato -- diseñado para esterilizar con vapor a presión. Está constituido por una fuente generadora de calor, un depósito de agua, cá^mara de presión con departamentos, puerta con cerrojo, manómetros de presión y temperatura, y válvulas de seguridad.

El autoclave funciona idealmente con 15 o 20 libras por -- pulgada cuadrada de presión, a temperaturas de 120 a 130 gra-- dos C, tiempo de 30 minutos, aunque el tiempo depende del núme^ro y tamaño de los paquetes por esterilizar.

d).- Procedimientos químicos: Conocidos también como esta^rilización fría, ya que es por medio de sustancias que impi-- den el desarrollo de microorganismos. Cuando estas sustancias son lo suficientemente enérgicas para destruir a microorganismos y a sus esporas se denominan desinfectantes.

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

Lo ideal de un antiséptico es que sea bactericida, bacteriostático y estimule a las células para que activen su defensa natural.

El cloruro de benzalconio, compuestos de hexaclorofeno, formaldehído, fenol, cresol, cloro y derivados, alcohol etílico, la tintura de yodo, etc. Son soluciones frías que se pueden utilizar en instrumentos vulnerables al calor, aunque hay duda de que estas soluciones puedan eliminar esporas y hongos.

d) Procedimientos biológicos:— Están constituidos por las vacunas, los sueros y los antibióticos que introducidos en el organismo humano activan las defensas naturales y destruyen microorganismos patógenos.

Los sueros sirven para luchar con agentes infecciosos. -- Los antibióticos algunos son bactericidas, otros bacteriostáticos.

5.- MATERIAL DE SUTURA:

5.1 Agujas:

Las hay de varios tipos:

- a) 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 (como piel), y las romas para tejidos desgarrables (músculos).
Las curvas pueden ser de un cuarto, dos y tres cuartos de circunferencia y su longitud va de 1 - 6 cm, la longitud de las rectas varía de 4 - 10 cm.
- b) Agujas especiales:- Dentro de éstas tenemos las de Reverdin, Deschamp, etc.
- c) Agujas mixtas:- Constan de una parte recta y otra curva. Todas las agujas están formadas de 3 partes; punta, cuerpo y ojo.

5.2 Hilos:

Pueden ser:

- a) Absorbibles: De éstos los más usados son de cat-gut que se-

fabrica con la capa submucosa del intestino de carnero. Existen 3 tipos de catgut: simple, semicrómico, y crómico, el calibre del catgut va del 4 al 6 x 0, la diferencia entre el calibre de un número a otro es de 0.0762 mm. La resistencia máxima del catgut va de acuerdo a su grosor. El catgut es absorbido por el organismo, ésto en relación con el calibre y cantidad de cromo; El simple tarda 5 días en absorberse; el semi crómico de 12 a 15 días; y el crómico 20 días.

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

b.1.- Hilo de algodón:- en color blanco o negro, su numeración va del número 10 el más grueso al 7 x 0 el más delgado

b.2.- Hilo de lino: Tiene las mismas características que el hilo de algodón.

b.3.- Hilo seda:- es más trenzado y es un hilo capilar - por lo que no se usa en infecciones ya que favorece su propagación, sus dimensiones van del 6x0 a 4.

b.4.- Hilo de Nylon:- Puede ser torcido(trenzado) o de un sólo filamento, se usa para suturar piel, sus dimensiones van de 6x0 a 2.

6.- APOSITOS:

Los apósitos se utilizan para cubrir y proteger mejor la herida después de la cirugía.

Son semejantes a los cementos y protegen los tejidos inci didos de la irritación de los alimentos, del aire, de los movi mientos de la lengua o del carrillo, etc.

Ward, introdujo un apósito para cirugía en 1923 aunque se le han hecho modificaciones, la fórmula consiste primordialmente de óxido de zinc, resina en polvo y escamas de ácido tánico en diferentes proporciones. Este polvo se mezcla con un líquido que contiene eugenol y un aceite de almendras, de cacahuete o aceite mineral.

Hay varios tipos de apósitos:

- 1).- Apósitos a base de óxido de zinc y eugenol.
- 2).- Apósito de mezclado rápido (Peripack de Trey). Estos no contienen eugenol, los ingredientes son : Sulfato de calcio óxido de zinc, acrilato, mejoradores del gusto y colorantes.
- 3).- Resinas.
- 4).- Combinación de óxidos metálicos hidrosolubles y ácidos carboxílicos no ionizantes (Coe-pack) que no contienen eugenol.

5).- Apósitos a base de grasa.

Los apósitos a base de óxido de zinc y eugenol son los más usados y comercializados. Su fórmula más difundida es:

Polvo:	Porcentajes:
Oxido de zinc	43.5
Resina	45.0
Caolin	3.0
Fibras de aminato	4.0
Acido tánico en polvo	3.0
Acetato de zinc en polvo	1.5
Líquido:	
Eugenol	85.0
Aceite de semilla de algodón	14.0
timol	1.0

Otro tipo de apósito sin eugenol es el siguiente: Fórmula del Dr. Baer, quién introdujo el primer apósito sin eugenol en 1958:

Polvo:	
Resina	0.52 g.
Oxido de zinc	0.41 g.
Bacitracina	3 000.0 unidades

Líquido:

Oxido de zinc	5 %
Grasa hidrogenada	95 %

Modificación de la fórmula de Kirkland:

Resina	45 partes
Oxido de zinc	45 partes
Acido tánico	10 partes

De las fórmulas anteriores derivan las siguientes presentaciones comerciales:

Wondr pak

Tem pak

Coe pak

Peripak

Coe comfort (acondicionador de tejidos).

7.- CARACTERÍSTICAS DE UN COLGAJO EN CIRUGIA:

Debido a que los procesos alveolares de los maxilares se hallan cubiertos por tejido, es necesario practicar colgajos, los cuáles deben tener indicaciones y características precisas

El epitelio de la mucosa bucal recibe aporte vascular de los vasos sanguíneos que se hallan en el tejido conectivo -

subyacente .

Frecuentemente la encía y la mucosa alveolar deben ser in-cididas y rechazadas por colgajo para exponer el hueso y raí--ces o restos radiculares de los dientes subyacentes. Cada vez--que se separa algún tejido de los tejidos adyacentes, el aporte sanguíneo de la zona se halla en peligro.

El éxito o fracaso de todo procedimiento quirúrgico que -movilice tejidos, depende de la vascularización y de la vitali-dad de los tejidos interesados.

Las indicaciones para hacer un colgajo en cirugía bucal -son las siguientes:

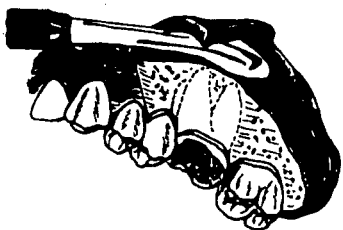
- 1).- Se practicará colgajo cuando con ello se consiga mayor vi-sualización del campo operatorio.
- 2).- El colgajo deberá practicarse cuando esté indicada la eli--minación de defectos óseos.
- 3).- Haremos un colgajo siempre siempre que los tejidos blan--dos puedan ser dañados en las intervenciones que realice--mos sobre tejidos blandos o sobre hueso.
- 4).- Inmovilizar el tejido lo suficiente con la finalidad de -cerrar un defecto(fistulas, Fisura labial o palatina).

- 5) Transponer un colgajo de tejido a otra posición.
- 6) Corregir una cicatriz.

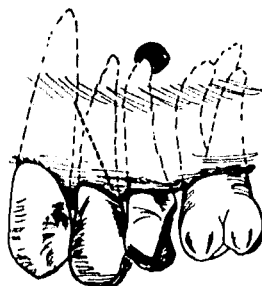
Requisitos para un colgajo correcto:

- 1) El colgajo debe ser lo suficientemente grande para permitir una perfecta visualización y un buen acceso a todas las porciones del hueso afecto.
- 2) La base del colgajo deberá ser lo suficientemente amplia para asegurar un aporte sanguíneo a los tejidos reflejados.
- 3) Los márgenes del colgajo deberán ser redondeados y no tener bordes agudos ni ángulos pronunciados.
- 4) El colgajo debe ser mucoperióstico o de espesor total.
- 5) Si se necesita una incisión vertical se llevará a cabo en área interproximal.
- 6) El colgajo deberá ser de tal forma que cuando vuelva a su posición primitiva, los márgenes y bordes descansen sobre hueso sano.

Es necesario aclarar que el comportamiento del cirujano--dentista en la práctica quirúrgica particular debe ser semejante al comportamiento de un cirujano en el quirófano.



Colgajo mucoperiosteico con liberatriz



Inciación



La base debe de ser más amplia que el margen libre



Retracción del colgajo

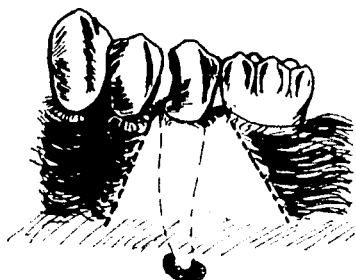


Fig.III-II.
Colgajo con dos incisiones liberadoras

Las técnicas quirúrgicas en cirugía bucal pre-protética, se basan en los mismos principios y postulados de la cirugía general, ya que no sólo tratamos con la cavidad oral como un órgano aislado, sino con la integridad del ser humano.

BIBLIOGRAFIA.

- Archer, W. H.
Cirugía Bucal.
Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. 1968.
Catálogos A y B sobre instrumental.
Hu-friedy.
Chicago 1979.
- Glickman, Irving.
Periodontología Clínica, cuarta ed.
México, Edit. Interamericana S.A. 1974, Pp. 800-802.
- Grant, Stern, y Everett.
Periodoncia de Orban, Teoría y Práctica, cuarta ed.
México, Edit. Interamericana S.A. 1975, Pp. 336-337.
- Kruger, Gustav O.
Tratado de Cirugía Bucal, cuarta ed.
México edit. Interamericana S.A. 1978, Capítulos: 1 Pp. 1-12.
2 Pp.13-47.
5 Pp.65.
- Palacios, G. Alberto.
Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello, primera ed.
México, Edit. Interamericana S.A. 1967.
- Prichard, F. John.
Enfermedad periodontal avanzada, cuarta ed.
México, Edit. Interamericana S.A. 1977, Pp. 364-367.

Ries, Centeno, G.A.
Cirugía Bucal, segunda reimpresión.
Buenos Aires, Edit. El Ateneo, 1975.

Starshak, Thomas J.
Cirugía Bucal Preprotética.
Buenos Aires, Edit. Mundi S.A. 1974, Cap. 2 págs. 23-39.

Thoma, Kurt, H.
Cirugía Bucal, quinta ed.
St. Louis, Mosby Co. 1969.

Burket, W. Lester.
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. Sexta ed.
México, Edit. Interamericana S.A. 1973.

CAPITULO IV

TECNICAS QUIRURGICAS EN EL PACIENTE DESDENTADO TOTAL

1.- ALVEOLOPLASTIA

En los años recientes muchos cirujanos bucales han adoptado el término de alveoloplastía para denominar las técnicas quirúrgicas que tratan de remodelar el proceso alveolar y no su eliminación.

La alveolectomía fue registrada por primera vez en 1835 por A. T. Willardde de Chelsea, Massachusetts. Considerada como un procedimiento para eliminar parte del proceso alveolar, pero ya que las técnicas que a continuación presento, tratan de preservar los tejidos de sostén durante las extracciones modifican la forma del proceso alveolar por razones estéticas o mecánicas (retención y creación de espacio intermaxilar), podemos designar una operación puramente plástica como lo es la alveoloplastía. Además de las técnicas mencionaremos sus principios y objetivos.

Basicamente los objetivos se refieren a la resección del hueso con o sin el tejido blando del proceso alveolar, el cual puede ser resecaado inmediatamente para facilitar la construc--

ción de la prótesis, puesto que el dentista toma impresiones - en un lapso corto de tiempo. Tanto la resección excesiva como la resorción deben de ser prevenidas y evitadas en medida de - lo posible.

Además de los objetivos básicos mencionados debemos consi-
derar: La distribución de carga de las fuerzas sobre una área-
lo más amplia posible para esto, los rebordes alveolares deben
de ser anchos y en forma de "U" debiéndose evitar la forma de-
"V", ya que el peso por unidad de área aumenta proporcionalmen-
te a medida que disminuye la superficie. El reborde retentivo-
no es el ideal para aumentar la retención de una dentadura, --
por lo cual muchos dentistas prefieren resecar parcial o total-
mente las retenciones que sean necesarias. Muchos dentistas --
prefieren un reborde ligeramente irregular, ésto no significa-
que se dejen rebordes ni aristas agudas bajo el mucoperiostio,
lo cuál ocasiona molestias y dolor al paciente.

Es necesario considerar algunos principios que guían el -
tratamiento: Como la edad, ya que los pacientes jóvenes normal-
mente usan una dentadura artificial durante más años que los -
adultos. El hueso de pacientes jóvenes es menos denso y más --

plástico por lo que es más propenso a la resorción por atrofia y por el abuso durante más años que en los pacientes de edad, por lo que podemos afirmar que la cantidad de hueso por rese- car en un paciente joven será completamente conservadora, y en adolescentes y en niños quizá no haya que hacer recorte alguno

Es difícil pronosticar la resorción posterior a la alveo-
loplastía, la experiencia y el criterio quirúrgico de muchos -
autores establecen las siguientes pautas para el inexperto:

1.1.1.-

Preservación de la cortical a expensas del hueso espon-
joso y de la médula ósea, ya que el hueso esponjoso se reabsor-
be más rápida y extensamente que el hueso compacto. Esta es la
base de la alveoloplastía intracortical de Dean (Intraseptal).
Para mejores resultados la dentadura debe descensar sobre hue-
so compacto denso y no sobre hueso esponjoso.

1.1.2.-

El reborde alveolar residual debe de ser lo más ancho--
posible para una mejor superficie de contacto y soporte, si --
después de una reducción inmediata de las retenciones óseas só
lo se logra un reborde en "V" debemos retardar la alveoloplas-
tía 4 semanas para que los alveolos se llenen de hueso nuevo.-

Es preferible una alveoloplastia retardada ya que frecuentemente la cantidad de hueso reseca es menor que cuando se practica una resección inmediata después de la extracción de los dientes.

1.1.3.-

En casos de periodontitis avanzada con marcada resorción de hueso interradicular, la alveoloplastia debe posponerse hasta que los alveolos se llenen de hueso nuevo, esto puede tardar de 4 a 8 semanas, así obtendremos un reborde residual más satisfactorio.

1.1.4.-

Si durante las extracciones se desprenden fragmentos óseos accidentalmente, o si se reseca más hueso de lo necesario, debe intentarse reimplantar hueso en el sitio intervenido ya que con esto logramos una mejor formación de hueso nuevo en virtud de que el reimplante del hueso del mismo paciente es el más efectivo.

1.2.-

Tipos de Alveoloplastia.

Básicamente son: Alveoloplastia por compresión alveolar, alveoloplastia simple, alveoloplastia cortical, labial, y bucal; alveoloplastia de Dean, y alveoloplastia de Obwegener.

1.2.1.-

Alveoloplastía por compresión alveolar:

Es el tipo de alveoloplastía más rápida y fácil, consiste en la compresión de la lámina cortical externa e interna con los dedos.

Es la más efectiva en pacientes jóvenes y debe efectuarse inmediatamente después de las extracciones, especialmente cuando se presentan dificultades durante las extracciones con expansión bucal de la lámina cortical.

La compresión que se efectúa reduce el tamaño del alveolo y previene complicaciones post-operatorias, en ocasiones es necesario un punto de sutura para mantener los tejidos en posición correcta.

1.2.2.-

Alveoloplastía simple:

Cuando sea necesario reducir los márgenes labial o bucal o con menor frecuencia los márgenes alveolares palatino y lingual la técnica debe ser más sencilla. (Fig. IV - 1).

En general está indicado el colgajo en "ojal" o en "bolsillo" aunque a veces se necesita un colgajo trapezoidal que puede llevar incisiones liberadoras. El colgajo debe ser desplazado apicalmente rebasando las proyecciones óseas pero evitando-

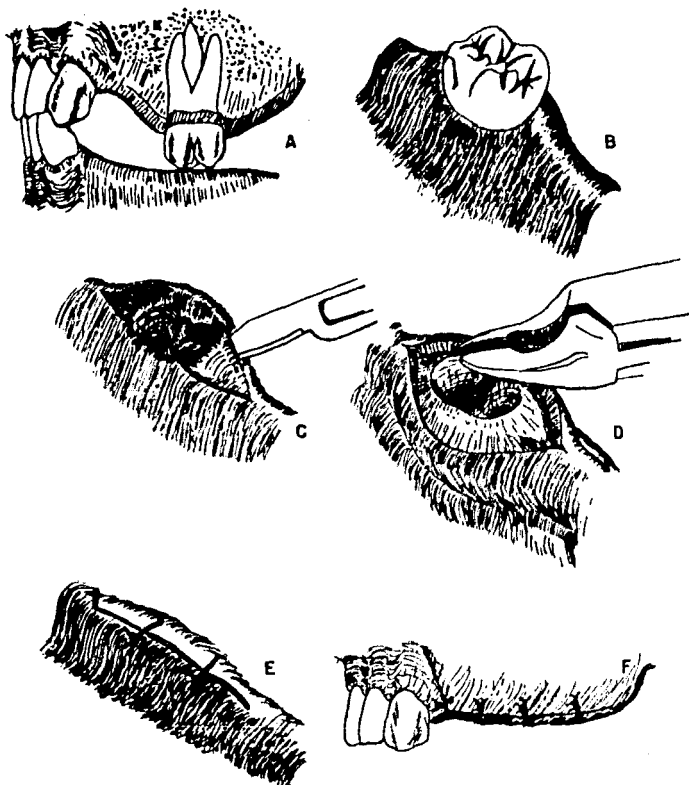


Fig. IV-1. Alveoplastia Simple. A y B, diente extruido con hueso alveolar. C, incisión. D, -
 reducción de hueso. E y F, sutura.

excesiva separación del hueso, ya que podría haber complicaciones post-operatorias que conducen a mayor resorción ósea ---- (Fig. IV-1, A,B,C).

Con un alicate o gubia (Fig. IV-1,D.), paralelo a los márgenes alveolares se reseca la cantidad necesaria de dichos bordes, de esta manera se logra una altura uniforme en todos los alveolos.

Los dientes sobre-erupcionados tienen un reborde alveolar elongado (Fig. IV-1,A.) así pues la reducción vertical de los márgenes óseos del alveolo está indicada cuando estos dientes han sido extraídos. Cuando el seno maxilar es mayor de lo normal la reducción vertical del reborde residual se dificulta, - en estos casos deben tomarse especiales precauciones a fin de dejar suficiente cantidad de hueso para formar el piso del antro maxilar.

1.2.3.-

Alveoloplastía cortical, labial y bucal:

La reducción de la lámina cortical externa es la alveoloplastía más antigua y más empleada (Fig. IV-2).

Se traza una incisión en la mucosa y se practica un colga

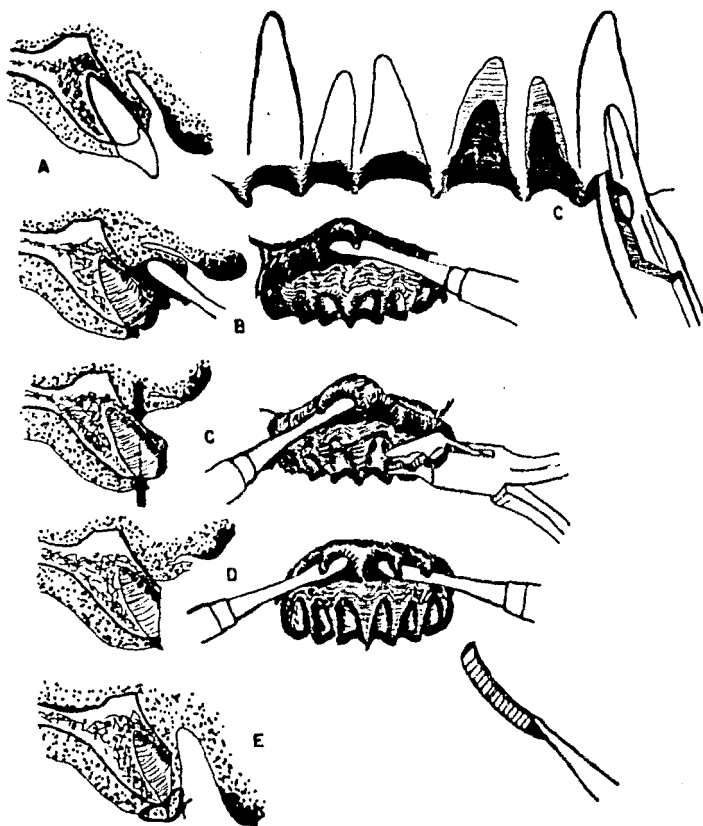


Fig. IV-2. Abseleplastia cortical vestibular simpla.

jo en el mucoperiostio, (Fig. IV-2, B), de extensión no menor - de la de un diente a cada lado del área ósea quirúrgica, se co - loca una gubia de corte lateral o un alicate de Blumenthal de - modo que quede un bocado abajo del reborde óseo del alveolo y - el otro bocado en la cresta (Fig. IV-2, C) del reborde y se - efectúa el corte limpio sin que se fracture el hueso, por lo - que es importante que esté bien afilado el alicate. El hueso - no debe ser cortado en exceso. Con una lima para hueso se alisa el contorno óseo (Fig. IV-2, D).

La membrana mucosa se coloca nuevamente en posición con - puntos de sutura aislados a partir del septum interradicular - con los nudos hacia el vestíbulo (Fig. IV-2, E).

Es necesario aclarar que esta técnica es el procedimiento quirúrgico preprotético más empleado y más indicado en la re - ducción mínima de hueso, pero ha sido superada por las técni - cas de Dean y Obwegeser en el transcurso de los años.

1.2.4.-

Alveoloplastia de Dean:

Algunos autores usan simplemente el término de " Técnica por - compresión ", Thoma, usa el término de alveoloplastia intercor - tical en lugar de intraseptal, para describir la resección del

hueso interradicular. Pero Dean aporta a la odontología una técnica más útil de alveoloplastia basando los resultados en los principios biológicos básicos por lo que esta técnica lleva su nombre. (Fig. IV-3).

Los principios son:

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

Dean aconseja eliminar primero el molar más posterior y -- preservar la tuberosidad cuando se esté preparando el reborde-- posterior. Los caninos deben ser extraídos antes que los inci-- sivos para evitar la fractura y eliminación de la corteza la-- bial que se halla unida al canino, posteriormente el septum -- interradicular debe ser resecado con un alicate de Blumenthal,

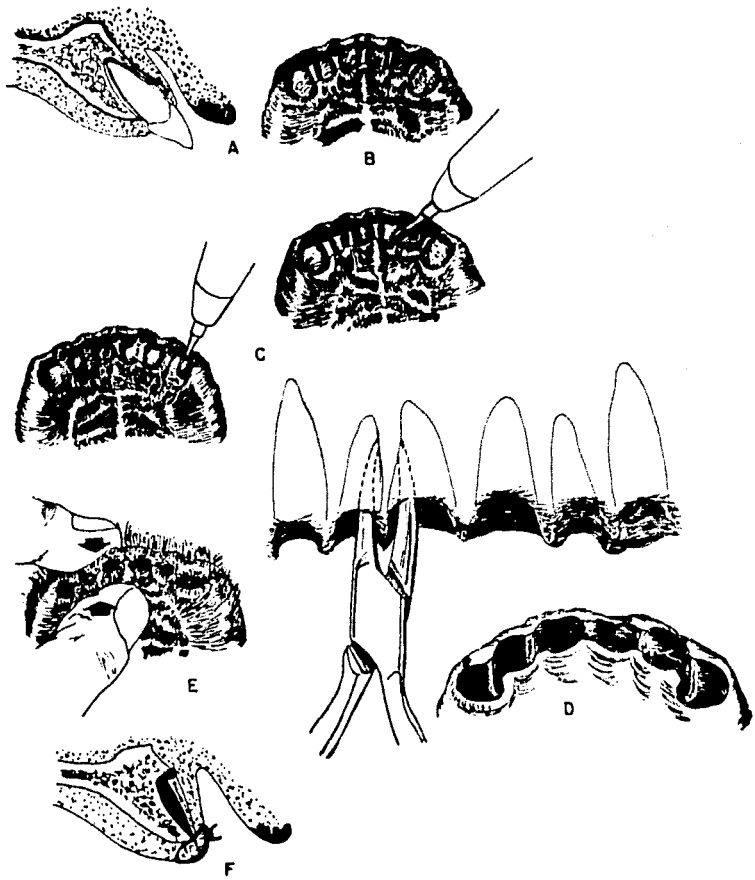


Fig. IV-3. Alveoloplectra de Deen.

con cincel o fresas (Fig. IV-3,C.).

Para que la corteza labial se desplace palatinamente es necesario proporcionarle cierta ayuda que permita la proyección de dicha corteza. Mediante un cincel Dean efectúa una incisión en "V" en el hueso de la corteza labial en el alveolo del canino, de ésta manera tres lados de la corteza labial quedan libres. En éste momento se aplica presión digital (Fig. IV-3,E.), en la corteza labial en sentido palatino. Con frecuencia si no se producía fractura la lámina cortical regresaba a su posición original, para evitar ésto Dean sugiere el uso de un cincel dentro del alveolo para romper la lámina en la porción apical, logrando que la corteza labial sea móvil y permanezca unida al mucoperiostio del cual recibe irrigación sanguínea. Para producir una superficie labial lisa, la fractura horizontal del área apical se alisa con limas para hueso desde dentro del alveolo. Dean utiliza esta técnica en rebordes alveolares anteriores y posteriores, haciendo la fractura bucal cortical en el alveolo más posterior.

Mac Kay, modifica la técnica de Dean fracturando la lámina cortical en una dirección más hacia afuera antes de comprimir.

mirla en sentido palatino lo cuál permite mayor movilidad y menos tensión sobre el hueso.

1.2.5.- Alveoloplastia de Obwegeser:

En casos de extrema protrusión premaxilar este autor modifica la técnica de Dean obteniendo un reborde alveolar en forma de "U" para lo cuál Obwegeser fractura la lámina labial y la palatina mediante la siguiente técnica: (Fig. IV-4).

- a) Extracción de los dientes.
- b) Conéctense los alveolos mediante gubias, cincel o fresas para eliminar el hueso interradicular (Fig. IV-4, B).
- c) Con una fresa para hueso piriforme o redonda grande se agrandan los alveolos y el canal que los comunica (Fig. IV-4, B, C).
- d) Las tablas labial y palatina se cortan con fresas en la zona de los caninos para debilitar el hueso y formar colgajos óseos de tres lados (Fig. IV-4, C).
- e) Con un disco pequeño montado, dentro del canal de los alveolos se hacen ranuras en las corticales vestibular y palatina (Fig. IV-4, D), debilitándolas horizontalmente a lo largo de las líneas de fractura propuestas, ya que la

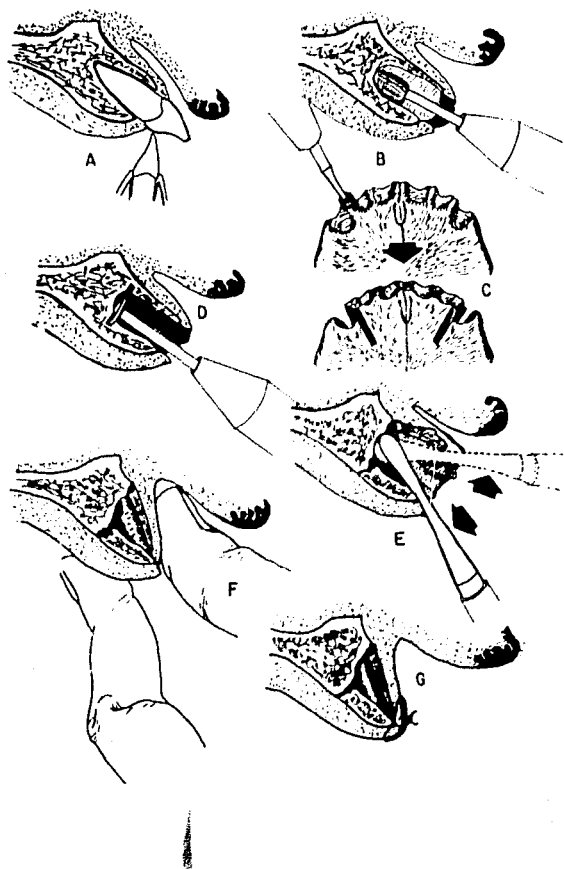


Fig.IV-4. Alveoplastía por la técnica de Obwegeser.

corteza labial es muy delgada comúnmente sólo se rebaja la corteza palatina.

- f) Dos elevadores anchos y rectos se colocan en los alveolos y en sus espacios comunicantes para practicar la --- fractura de las tablas labial y palatina (Fig. IV-4, E). Mediante presión digital se moldea el reborde alveolar - según el deseo del operador (Fig. IV-4, F). Con sutura se cierra la encía sobre los alveolos para mantener la posi- ción correcta sobre el hueso (Fig. IV-4, G).
- g) Con una dentadura o férula se inmoviliza el reborde al- veolar fracturado. La consolidación de la fractura se lo- gra de 4 a 6 semanas.

Es muy importante seguir el consejo de Obwegeser de prac- ticar esta técnica en los modelos de estudio y se construya -- una férula o dentadura en el modelo operado, con lo que se pue- de lograr mejores resultados.

2.- Hiperplasia fibrosa submucósica de los tejidos bucales.

2.1.-

Encía palatina y reborde maxilar:

Esta lesión no es común, cuando se presenta, el agrandamiento- rebasa el plano oclusal, y a manera de masa de tejido blando -

se convierte en reborde en la cresta del reborde residual, -- a veces es blanda y excesivamente móvil y cuando está alargada entra en contacto con la almohadilla retromolar inferior, -- la técnica quirúrgica modeladora de esta lesión es conocida -- como tuberooplastia. (Fig. IV-5, A,B,C,D,E,F).

Esta técnica quirúrgica se realiza bajo anestesia local -- se hacen incisiones elípticas alrededor de las masas gingivales, las que se profundizan hasta llegar a hueso, para poder retirar masas de tejido de espesor total (Fig. IV-5, B), hay que adelgazar los tejidos vestibulares y palatinos, para lo -- que se hacen incisiones submucósicas (Fig. IV-5, D,E.) en el tejido conectivo palatino y vestibular en sentido paralelo a la superficie mucosa, hasta hueso. Se elimina el tejido submucoso dejando los colgajos palatino y vestibular de espesor -- adecuado y uniforme, los cuales se vuelven a su lugar y se suturan (Fig. IV-5, F).

2.2.-

Almohadilla retromolar inferior:

La corrección de esta lesión se realiza de manera similar a -- la de la hiperplasia fibrosa de la tuberosidad del maxilar, -- (Fig. IV-5, G,H,I,J.).

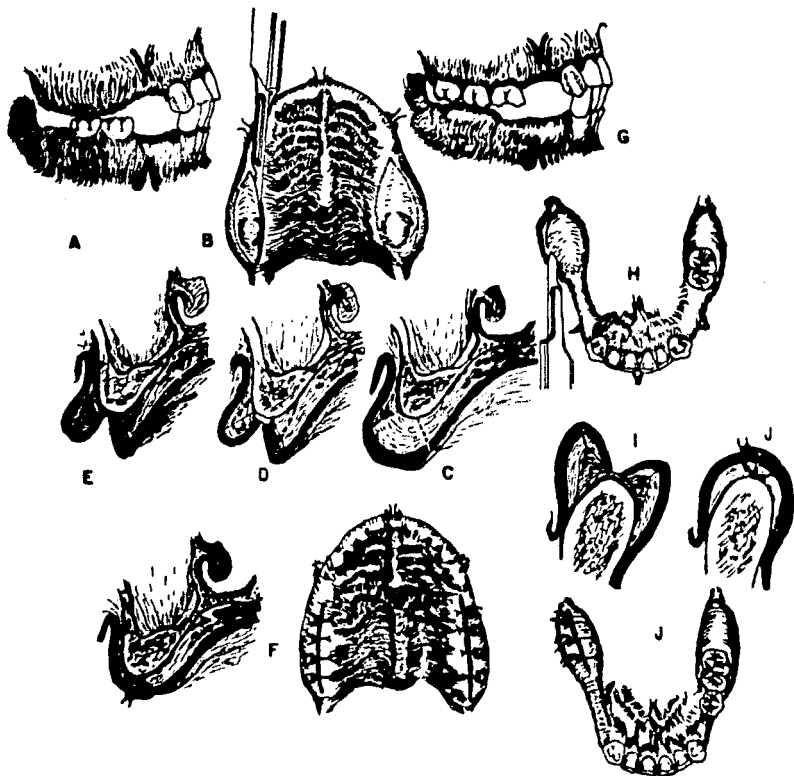


Fig. IV-5. Reducción quirúrgica de hiperplasia fibrosa del maxilar. A, B, C, D, E, F. Almehadilla retromolar, reducción quirúrgica. G, H, I, J.

Se realizan incisiones elípticas alrededor de las masas de tejido blando, las incisiones deben converger hasta el hueso, para retirar la encía en bloque, (Fig. IV-5, H), si fuera necesario se adelgazan los colgajos vestibular y lingual mediante escisión submucósica (Fig. IV-5, I). Los colgajos vuelven a su lugar y se suturan (Fig. IV-5, J).

3.-

Eliminación de reborde afilado:

La incisión debe trazarse horizontalmente sobre la encía en la parte más saliente del reborde alveolar, con una pequeña incisión divergente a cada extremo (Fig. IV-6, A), los colgajos labial y lingual son rechazados apicalmente lo suficiente para exponer el filo de la cresta (Fig. IV-6, B). Las prominencias agudas o rugosas se resecan con una gubia o alicate de corte lateral de Blumenthal (Fig. IV-6, B,C), y se regulariza con una lima para hueso. Es necesario eliminar las cantidades excesivas de hueso debido a la escasez de tal (Fig. IV-6, D). La incisión se cierra con puntos aislados de sutura y con poca tensión (Fig. IV-6, E), con la precaución de no disminuir la profundidad del surco vestibular.

En ocasiones en un reborde alveolar atrófico se observa-

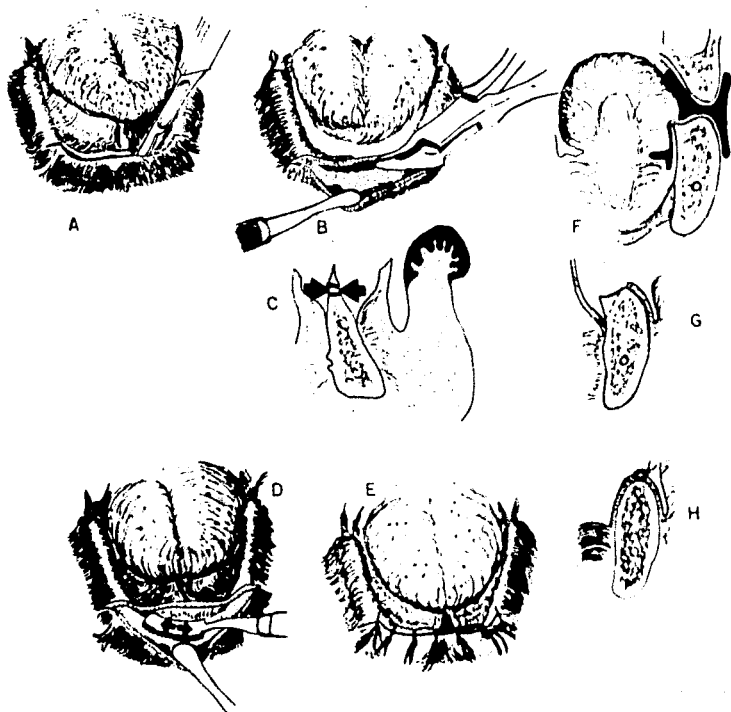


Fig. IV-6. Reborde en filo de cuchillo, A, B, C, D, E.

Reborde milohioideo. F, G, H.

REDUCCION QUIRURGICA.

una delgada capa de tejido gingival "cicatriz gingival", la cual debe conservarse puesto que ayuda a soportar la dentadura. Se debe tener cuidado con el paquete neurovascular mentoniano ya que frecuentemente encuentra en pleno campo quirúrgico.

4.- Exostosis

4.1.- Torus palatino:

Esta lesión no tiene importancia patológica, pero cuando son soporte de prótesis, son fuentes de dolorosa irritación crónica, que causa múltiples problemas como infecciones, inestabilidad de la prótesis y probable factor etiológico de lesiones malignas (Fig. IV-7).

El paciente debe de estar sentado con la cabeza en extensión a fin de que el paladar se encuentre en plano vertical. con anestesia local se bloquean los nervios nasopalatinos, y palatinos anteriores derechos e izquierdos.

Un abrebocas metálico o de caucho es necesario para evitar la fatiga del paciente y permitir mejor visión del campo operatorio.

A lo largo de la mucosa que cubre al torus se practica -

una incisión sobre la línea media por detrás del agujero nasopalatino y sin llegar hasta paladar blando. A ambos extremos de ésta incisión se efectúan a cada lado una pequeña incisión oblicua divergente, ambos colgajos se separan con elevador de periostio, y se suturan a la mucosa del reborde alveolar para mantenerlos fuera del campo quirúrgico, debemos evitar traumatizar éstos colgajos ya que podría producirse isquemia que -- conduciría a necrosis de uno o ambos colgajos. (Fig. IV-7,B,C)

En el caso de un torus pequeño y pediculado, implantado en hueso palatino grueso es posible separar el torus mediante el uso de un martillo y cincel de un solo filo. Comúnmente la mayoría de los torus son de base ancha y no es posible conocer el grosor del paladar, entonces deberá utilizarse una --- fresa de carburo de fisura # 703 (Fig. IV-7,C) o una similar para cortar los surcos del torus, estos surcos deben de ser profundos pero sin perforar piso de fosas nasales, ya que se terminan los cortes, las salientes óseas deben ser eliminadas con gubia, alicate, cincel, o fresas apropiadas (Fig. IV-7,C, D,E), como la 3T. La reducción del torus no debe de llegar a producir una concavidad palatina ya que no se conoce el espe-

sor del hueso, por lo que es deseable obtener un paladar plano con un pequeño reborde residual medio.

Cuando exista exceso de mucosa, ésta será reducida con tijeras, y luego se cerrará la mucosa sobre la herida ósea -- con sutura no reabsorbible, teniendo cuidado ya que la mucosa (Fig. IV-7, F) delgada se desgarra fácilmente, algunos cirujanos prefieren conservar la mucosa excedente, para tal caso los bordes de la mucosa deben ser evertidos y unidos con sutura, -- esto dá como resultado una capa de mucosa más gruesa en la -- línea media del paladar.

Es de gran importancia la prevención del hematoma usando una sonda de hule o una férula de acrílico. Se deben mantener unidos los colgajos a fin de eliminar una zona necrótica dentro de la cuál pueda acumularse sangre y suero (Fig. IV-7,G).

Se aplicará una férula de acrílico inmediatamente después de la operación, rebasada con pasta de óxido de zinc y eugenol, acrílico autopolimerizable, resina acrílica suave, gasa vaselinada o iodoformada. Y se mantendrá durante una semana o mientras el sangrado y edema persistan. Una venda adhesiva intraoral de tamaño adecuado puede ser utilizada con buenos resultados.

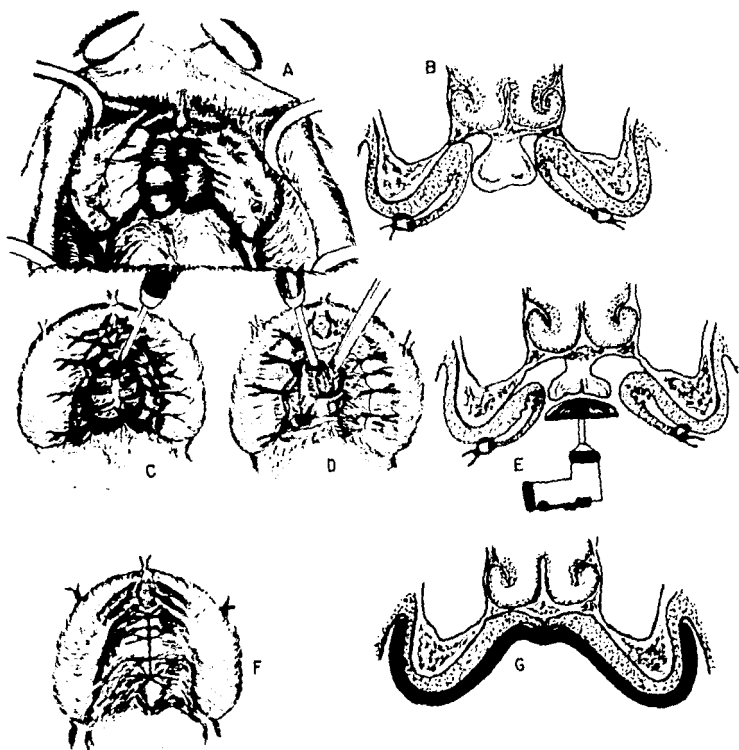


Fig.IV-7. Torus palatina, reducción quirúrgica .

Hay factores que determinan el uso de una férula como lo son:

- a) Altura de la bóveda palatina.
- b) Tamaño de los restos del torus.
- c) Grado de flacidez de los colgajos.

El sangrado persistente debe ser controlado para evitar la formación de hematoma, los drenajes de goma cuando se utilicen deberán retirarse en las próximas 24 a 48 horas, las suturas se eliminan de los 6 a los 10 días.

4.2- Torus Mandibular:

Es una lesión que se produce generalmente en el área lingual de los premolares inferiores, son generalmente bulbares, y pueden ser simples o múltiples y ocasionalmente forman una gruesa exostosis que se extiende del canino al primer molar (Fig. IV-8).

El área es anestesiada bloqueando los nervios dentario inferior y lingual, complementado con infiltración bucal mediante anestesia local..

La incisión se efectúa a lo largo del reborde alveolar - desde los molares hasta los incisivos (Fig. IV-8, A), debemos

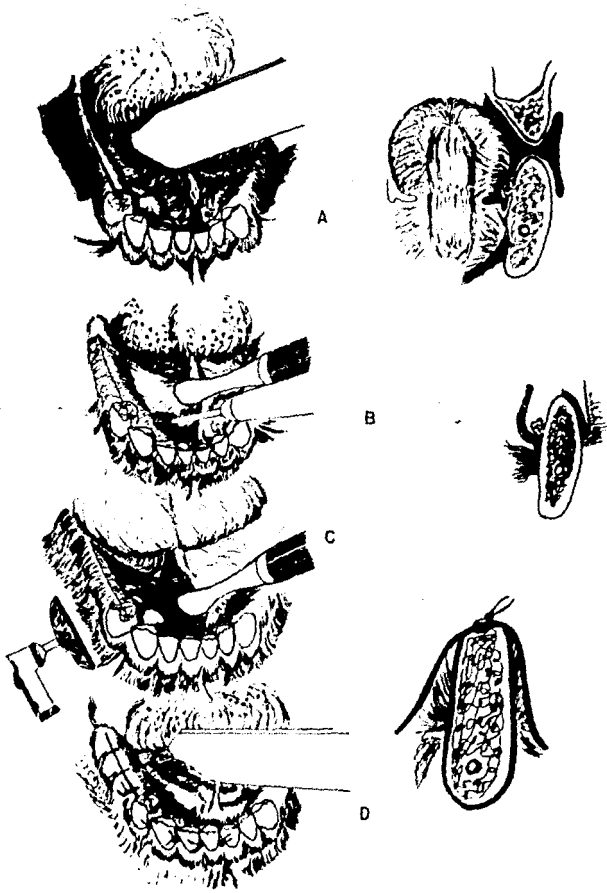


Fig. IV-8. REDUCCION QUIRURGICA de torus mandibular.

manejar con cuidado la mucosa ya que es delgada y se desgarrar el colgajo fácilmente, por lo que debe protegerse con un separador ancho cuando se haga la resección ósea, la mayoría de los casos son tratados con cincel y martillo, pero en casos de torus extensos y fusiformes nos ayudaremos con una fresa (Fig. IV-8, B) quirúrgica especial para desgastar o para cortar (Fig. IV-8, C) como la fresa 2T. Se recomienda mantener firme la mandíbula durante éstas maniobras. Después de la resección, los restos se eliminan y alisan con limas y fresas para hueso.

Mediante cuidadosa observación y utilizando un buen aspirador se quitan de la incisión y de los tejidos adyacentes las esquirlas y restos óseos lavando con solución fisiológica.

Se coloca el colgajo en su lugar y se sutura con material no absorbible (Fig. IV-8, D.).

4.3-

Exostosis palatino lateral:

El área es anestesiada mediante bloqueo de los nervios palatino anterior, nasopalatino, y alveolar superior posterior. La incisión se efectúa a lo largo de la cresta del reborde alveolar desde la parte posterior de la tuberosidad hasta la zona-

de premolares (Fig. IV-9, A), no deben hacerse incisiones perpendiculares ni liberadoras en el paladar para evitar seccionar vasos que producirían intensa hemorragia. Una vez expuesta la exostosis, se eliminan con gubia, fresa, o cinceles y se alisa posteriormente con lima para hueso (Fig. IV-9, B), se lava con solución fisiológica para eliminar esquirlas óseas se seca y se sutura una vez que el sangrado se ha controlado. Usualmente no se necesita de una férula pero hay que aplicar cuidados post-operatorios de rutina.

4.4-

Exostosis vestibulares:

Se emplea la misma técnica que en la alveoloplastia simple, - excepto en aquellos casos en que el cirujano dentista prefiera rebajar las proyecciones óseas antes de extraer los dientes.

La incisión se efectúa en la cresta del reborde alveolar. En ocasiones es necesario practicar una incisión anterior --- oblicua o liberadora, con el objeto de tener un fácil acceso al campo quirúrgico. Los colgajos se separan lo suficiente para descubrir las protuberancias de la exostosis (Fig. IV-9,D) la cual se elimina mediante gubias, fresas o cincel filoso --

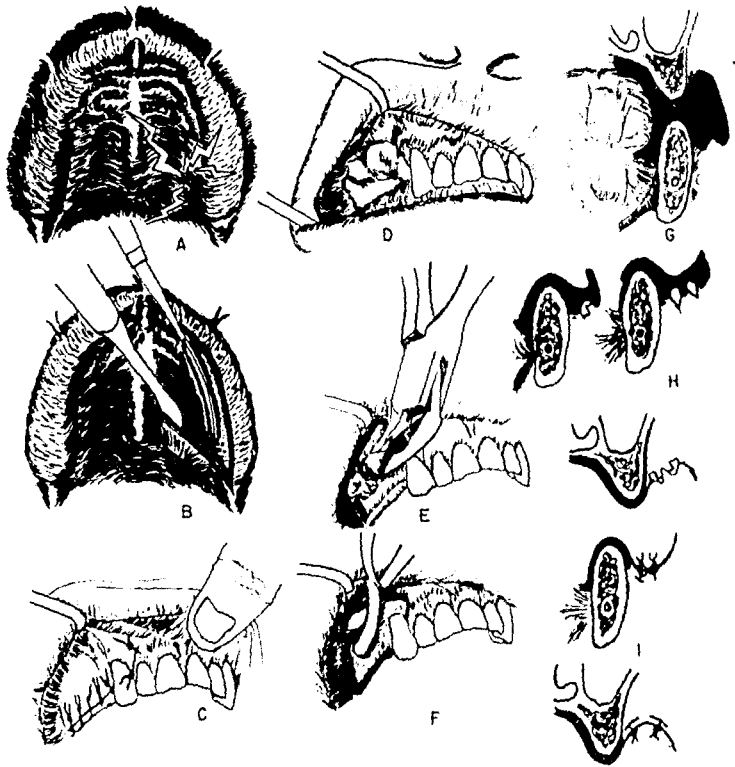


Fig. IV-9 Eliminación quirúrgica de exostosis palatino lateral, A, B, C. Exostosis vestibulares, D, E, F. Epulis fisurado, G, H, I.

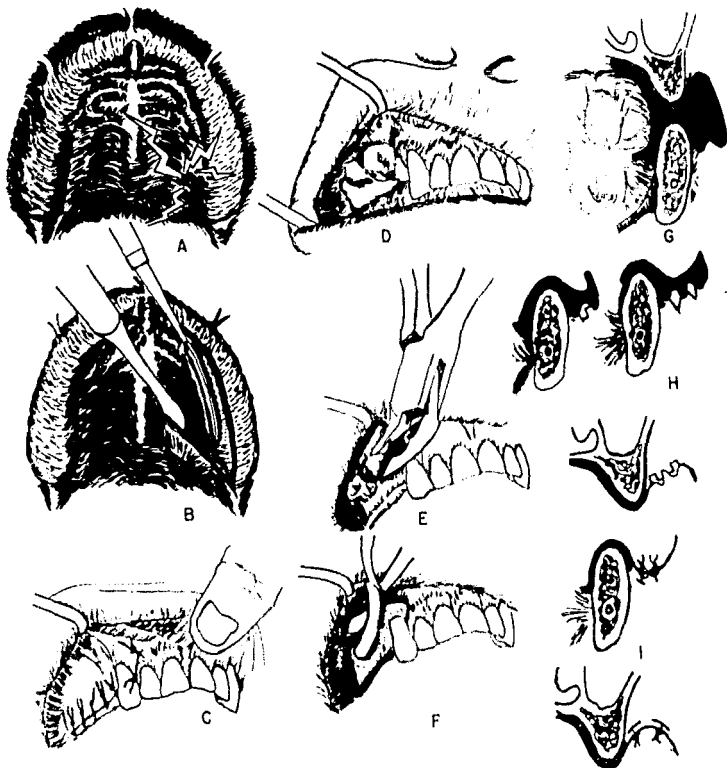


Fig. IV-9 Eliminación quirúrgica de exostosis palatino lateral, A, B, C. Exostosis vestibulares, D, E, F. Epulis fisurado, G, H, I.

(Fig. IV-9, E), una vez que se elimina la exostosis, se alisa con lima para hueso (Fig. IV-9, F) el proceso alveolar, se coloca la mucosa en su lugar y se sutura.

5.-

Epulis fisurado:

Se trata de una lesión que se produce cuando el tejido blando queda atrapado entre la aleta de una dentadura adaptada y el hueso subyacente lo cual termina por formar fibrosis tisular y cicatrización del surco (Fig. IV-9, G).

La corrección del épulis de fisura se logra cortando el pliegue, si es pequeño, o haciendo disección submucósica cortante, para desarrollar un colgajo y hacer una escisión submucósica de los tejidos de cicatrización (Fig. IV-9, H), el colgajo se sutura al periostio para no perder profundidad en el vestíbulo (Fig. IV-9, I).

En casos de cicatriz grave, para evitar pérdida en la profundidad del vestíbulo, se corta el épulis, se extiende el vestíbulo suprapariosticamente y se coloca un injerto palatino mucósico libre, el cual puede protegerse y estabilizarse con una férula de acrílico o con la dentadura postiza.

6.- Frenectomía

6.1.- Frenillo labial:

El frenillo vestibular es una banda de tejido conectivo-fibrosa cubierta por mucosa, que une al labio con el proceso alveolar, el frenillo vestibular superior suele ser más prominente y fibroso que el inferior (Fig. IV-10).

Clasificación:

Según Jacobs describe 4 tipos de frenillos anormales:

- a) Base ancha en forma de abanico en el labio.
- b) Base ancha en forma de abanico entre los incisivos
- c) Frenillo amplio, difuso, adiposo.

Según Monti existen tres tipos:

- a) El frenillo de tipo alargado que presenta sus bordes paralelos.
- b) Frenillo en forma triangular, cuya base coincide con el surco gingival.
- c) Frenillo en forma triangular con base que coincide en el proceso.

Cuando el frenillo se inserta en la cresta del reborde alveolar, se halla sometido a irritación crónica por el cepillado.

do dental o por el flanco de la prótesis.

Técnica de Federspiel:

- a) Anestesia local infiltrativa. Se levanta el labio de modo de que quede tenso el frenillo
- b) Con bisturí hoja # 15 se circunscribe el frenillo a manera de óvalo de ambos lados, llegando en profundidad hasta el hueso.
- c) La porción de frenillo circunscrita se toma con una pinza hemostática y se despega por medio de una legra o espátula roma, los bordes de la herida se reúnen con 2 o 3 puntos de sutura.

Técnica de Z plastía, V-Y- plastía, Escisión total o V - diamante plastía:

Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, se debe eliminar la parte fibrosa del frenillo y que la mucosa sea devuelta a su posición de manera que cubra el defecto quirúrgico.

Las incisiones se hacen en la mucosa alrededor del frenillo y se profundizan hasta el hueso (Fig. IV-10, A), si la --

frenectomía se hace por problemas ortodónticos de diastema -- central, el vértice de la "V" debe de estar en la papila incisiva, cuando es de tipo protético, el vértice de la "V" corresponde a la inserción del frenillo en el proceso alveolar, los trazos de la incisión deben quedar juntos y casi paralelos. -- Cuando el frenillo es separado del hueso con elevador de periostio, la mayor parte de las fibras se repliegan hacia arriba en el labio.

El pequeño trozo de mucosa y el excedente de tejido conectivo se eliminan fácilmente con tijeras (Fig. IV-10, B).

Los márgenes de defecto con forma de diamante se pueden socavar con tijeras y cerrar con sutura aislada.

La primera sutura debe ir a través de la mitad de la herida, debe tomar bordes mucosos y periostio en la línea media, - ésta sutura mantiene la profundidad del vestíbulo en la línea-media, se ponen los puntos de sutura que sean necesarios (Fig. IV-10 D). La sutura se retira de 5 a 7 días.

6.2- Frenillo bucal:

Está formado por pliegues de mucosa con un delgado estroma fibroso, se presenta en la zona de premolares en ambos maxilares.

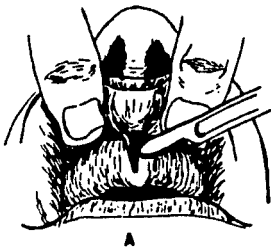
Su tratamiento quirúrgico es por las técnicas de V-Y plastía o V- diamante plastía cuando los frenillos son grandes. Pero cuando los frenillos son pequeños se hace una incisión transversal a través del frenillo con bisturí o con tijeras. Los márgenes se socavan y se cierran en sentido longitudinal o perpendicular a la incisión original.

6.3.- Frenillo lingual:

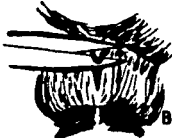
El frenillo lingual se compone de un pliegue de mucosa sola o puede contener un tabique fibroso denso que une la punta de la lengua al proceso alveolar. Se observa con mayor frecuencia en niños y se le conoce como anquiloglosia (Fig. IV-11). En el paciente adulto es importante su tratamiento si ha de usar con éxito una prótesis inferior.

La frenectomía lingual está indicada: Cuando el paciente no puede mover la punta de la lengua ya que está unida al proceso alveolar.

El procedimiento se realiza con anestesia local, se hace el bloqueo bilateral del nervio lingual y se refuerza con cantidades pequeñas infiltradas para evitar la deformación de los tejidos sublinguales. Se hace una sutura de tracción en la pun-



A



B



C

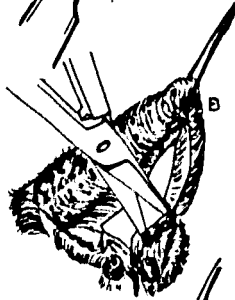


D

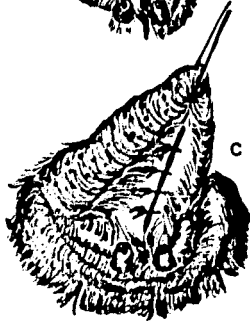
Fig. IV-10. Frenectomia labial superior.



A



B



C

Fig. IV-11. Frenectomia lingual.

ta de la lengua para poner en tensión el frenillo (Fig. IV-11, A). Se hace una incisión transversal en la mucosa del frenillo a la mitad de la distancia entre la superficie ventral y las caránculas sublinguales con tijeras o bisturí se debe tener especial cuidado en no lesionar las caránculas ni conductos de glándulas salivales (Fig. IV-11, A). La disección más profunda se hace con tijeras evitando los conductos de las glándulas salivales y venas sublinguales. Si se observan fibras del músculo geniogloso dentro del campo quirúrgico se pueden cortar; se continúa la disección hasta que la lengua pueda tocar los incisivos superiores mientras tenga la boca abierta, los colgajos mucosos se socavan con tijeras y se cierran como una incisión lineal longitudinal con puntos aislados de sutura (Fig. IV-11-C).

7.- PROCEDIMIENTOS DE EXTENSION DE REBORDE:

Hay tres técnicas generales:

- a) Se adelanta la mucosa adyacente al surco, para recubrir ambos lados del surco extendido.
- b) Se adelanta la mucosa vecina para que cubra un lado del surco mientras el otro lado cicatriza por granulación y epitelización secundaria.

c) Se transplanta epitelio, piel o mucosa como injerto -- libre para cubrir un lado o dos del surco extendido.

7.1.- Vestibuloplastia submucosa:

Se utiliza solución anestésica con vasoconstrictor, para disminuir el sangrado local y distender los tejidos blandos -- submucosos, y facilitar la hemostasis.

Se hace una incisión vertical en la línea media por delante del proceso, en superior abarca la espina nasal a la papila incisiva, y se disecciona distalmente la submucosa a cada lado separando los tejidos (Fig. IV-12, A,B) hasta la cresta del reborde y a los lados hasta obtener buena altura o profundidad -- en el vestíbulo. Si distalmente no puede manejarse a ciegas se hace una incisión a la altura de la raíz del molar sobre el -- pliegue mucobucal para terminar la disección hacia la tuberosidad.

La siguiente disección libera el tejido conectivo submucoso del periostio, esto se hace estableciendo un plano supra-periostico y se logra mejor con tijeras curvas, los tejidos liberados pueden volver a colocarse superiormente para rellenar defectos en las eminencias alveolares o en la fosa canina, o -- se reseca.

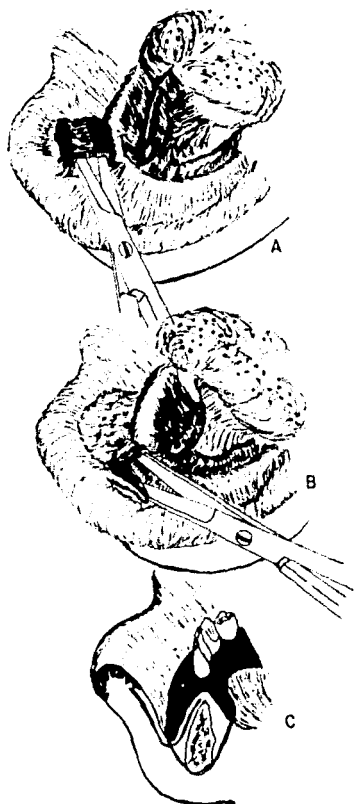


Fig.IV-12. Vestibuloplastia Submucosa (técnica de Obwegesser).

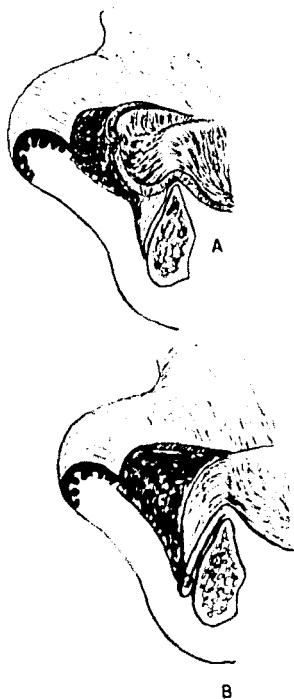


Fig. IV-13. Vestibuloplastia por epitelización secundaria (Kazanjian).

Si la espina nasal anterior es prominente e interfiere en el asentamiento de la dentadura artificial, se interviene al -- hacer la incisión vertical y se reseca con gubia o con osteotomo. Las incisiones se cierran con dexón 3 x 0. La periferia de la dentadura del paciente se extiende con un cemento quirúrgico hasta la nueva altura vestibular. Se puede fijar la férula con alambre perialveolar o sutura nylon, la cuál drena el exceso de sangre y evita la formación de hematoma (Fig. IV-12, C).

Este procedimiento lo realiza Obwegeser en mandíbula.

7.2.1.- Vestibuloplastia por epitelización secundaria (Técnica de Kazanjian):

Se hace una incisión en la mucosa del labio y se rechaza un -- colgajo de mucosa vestibular, luego se realiza una disección -- supraperióstica para profundizar el surco. El colgajo mucoso -- se lleva hacia abajo de su inserción donde se sutura, se coloca un tubo a manera de férula en el surco profundizado y se le fija a través del labio. El tubo ayuda a sostener el colgajo en -- su nueva posición y mantener la profundidad del surco durante -- la cicatrización. El tubo se retira a los 7 días (Fig. IV-13) -- el lado dador queda al descubierto y cicatriza por epiteliza -- ción secundaria.

7.2.2.-

Técnica de Clark y Obwegeser: (Fig. IV-14).

Se hace una incisión en la unión mucogingival sobre el reborde (Fig. IV-14, A), la disección supraperióstica se extiende algo más allá del nivel planeado para el nuevo fondo de saco vestibular; se socava la mucosa hasta el borde bermellón del labio, se traspone el colgajo mucoso para que tapice el lado labial del vestíbulo y se le sutura al periostio (Fig. IV-14c). Clark sutura el colgajo mucoso a través de la piel sobre rrollos de algodón bajo el mentón. Obwegeser recurre a epitelización secundaria en el vestíbulo.

7.2.3.-

Vestibuloplastia con injerto de mucosa bucal:

Este procedimiento quirúrgico está indicado cuando hay pequeñas cantidades de mucosa bucal que puede ser desplazada para una adecuada profundidad de vestíbulo (Fig. IV-15).

Para mejorar el éxito se siguen algunos principios básicos

- a) Los injertos de piel deben ser tomados de zonas sin pelo
- b) Es preferible un injerto fino a uno grueso.
- c) El receptor o huesped debe estar en óptimas condiciones de salud.
- d) Debe existir buena irrigación en la zona receptora, y no

alterarla en el transoperatorio.

- e) Controlar la hemorragia de la zona receptora.
- f) El injerto se coloca sobre el periostio.
- g) El injerto debe inmovilizarse hasta que se produzca cicatrización y debe cubrir la zona expuesta receptora.

Obwegeser, aconseja esta técnica en vestibuloplastia inferior. Los primeros pasos de la técnica son los mismos que la técnica de vestibuloplastia por epitelización secundaria en la cual se sutura un colgajo al periostio en la parte más apical del surco del vestíbulo profundizado. Cuando se utilizan los injertos el borde libre del colgajo vestibular se sutura al margen libre del colgajo lingual con cat-gut crómico que pasa por el borde inferior de la mandíbula. El injerto de piel o de espesor dividido se coloca dentro de una férula preparada previamente y se asegura durante una semana con alambres circunferenciales o suturas gruesas de nylon. Se coloca la férula temporalmente para evitar la contracción con la consecuente pérdida de profundidad del vestíbulo, y de 4 a 5 semanas se confecciona la prótesis definitiva. El exceso de piel del injerto se elimina con tijeras.

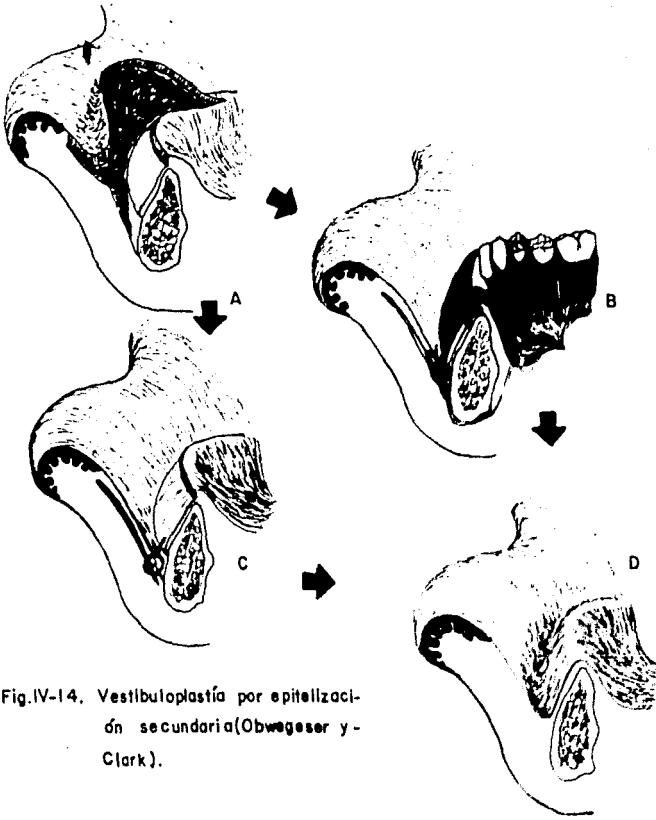


Fig.IV-14. Vestibuloplastía por epitellización secundaria(Obwegeser y Clark).

Fig.IV-15 Vestibuloplastía por injerto de piel en el reborde.

Steinhauser, reconoció que aunque los injertos de piel -- tienen buenos resultados su aplicación sólo se relega a mandíbula, ya que la falta de adhesión de los injertos cutáneos a la prótesis es un factor desfavorable en maxilar. Por lo que se recomienda injertos de espesor total o espesor dividido de mucosa tomados de carrillo para cubrir el periostio del maxilar superior.

7.2.4.-

Surcoplastia lingual, y descenso del piso de la boca--
(Técnica de Trauner):

Se hace una incisión por dentro de la cresta del reborde de un cojín retromolar a otro, se retrae la lengua para poner en tensión el músculo milohioideo para facilitar la disección (Fig. IV-16 A), se pasa un instrumento a través del músculo milohioideo a la altura del canino con orientación posterior bajo el músculo, se cortan las fibras musculares que estan sobre el instrumento sin lesionar el periostio ni el nervio lingual, con disección roma se separa el tejido conectivo del periostio hasta llegar al borde inferior de la mandíbula. La mucosa del piso de la boca y el músculo milohioideo se suturan con nylon a través de la piel hacia los botones en la mandíbula (Fig. IV

-16, B), la superficie perióstica media de la mandíbula se deja descubierta para que cicatrice por granulación, la cuál retraza la cicatrización por granulación hasta 2 meses, esto se puede evitar si se utiliza un colgajo o injerto de espesor parcial con una férula de acrílico (Fig. IV-16, C).

Técnica de Obwegeser:

Se hacen disecciones supraperiósticas en vestibular y lingual-- se separan los músculos milohioideos, si es necesario se desplazan los músculos genioglosos, pero respetando las fibras musculares medias e inferiores para no perder el control muscular de la lengua, los colgajos vestibular y lingual, se suturaran con cat-gut crómico por debajo de la mandíbula, de ésta manera el reborde alveolar queda con una tira de encía en la cresta del reborde y con periostio desnudo en vestibular y lingual, el cuál se tapiza con un injerto de piel, o mucosa de espesor dividido protegido por una férula que se liga a la mandíbula con nylon o alambre circunferencial. La férula se fija a la semana y se elimina el exceso de piel o mucosa del injerto, ya que no se adherirá a la encía de la cresta del reborde. La férula ayuda a mantener la profundidad del surco del vestíbulo mientras ocurre la cicatrización (Fig. IV-17, A).

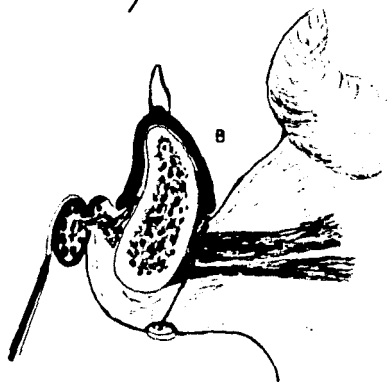
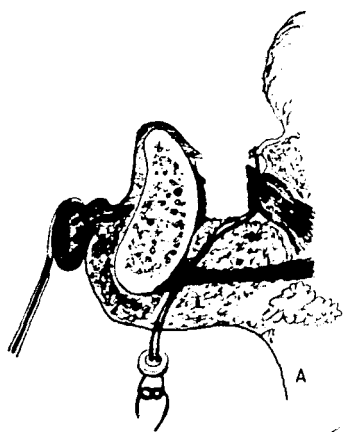


Fig. IV-17. Vestibuloplastia y surcoplastia lingual con injerto de piel (Obwegeser).

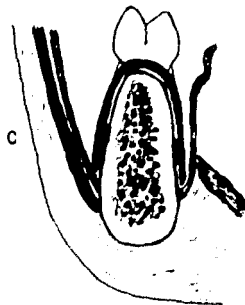


Fig. IV-16. Surcoplastia lingual y descenso del piso de la boca (Trauner).

8.- PROCEDIMIENTOS DE AUMENTO DE REBORDE:

Estos procedimientos son usados cuando todas las técnicas anteriormente mencionadas no dan el resultado deseado. Tradicionalmente se ha usado el injerto de cresta íliaca y de costilla. Recientemente se está usando un método de regeneración ósea -- donde se usa una malla de vitalio conteniendo hueso hematopoyético en un filtro millipore lo que favorece la regeneración ósea (Boyne). Este método se está probando clínicamente en pacientes, como medida para aumentar reborde.

Se hace una incisión en la cresta del reborde de un cojín retromolar a otro, teniendo cuidado de no seccionar el paquete vasculonervioso mentoniano, si este paquete vasculonervioso, -- interfiere con el injerto óseo se hace descender por la técnica que más adelante describiremos.

Después de exponer el reborde alveolar se desprende el muco-periostio en el lado bucal, por lingual se elimina la inserción del músculo milohioideo y se libera el tejido necesario -- para cerrar sobre el injerto. Puede hacerse una técnica similar en maxilar, pero tomando en cuenta: fosas nasales, seno -- maxilar, espina nasal, etc. Mientras se prepara la zona recep-

tora otro grupo quirúrgico obtiene el hueso esponjoso que ---- puede ser cresta iliaca o costilla festoneada, se secciona el injerto en piezas de 1 a 1.5 cm. de anchura (cresta iliaca), a las cuales se les adelgaza así como se les hacen fenestraciones en la cresta del proceso alveolar sin dañar estructuras anatómicas del proceso. Las piezas se colocan en posición y se fijan con una técnica circular trans-ósea o alambreado circunferencial, los intersticios entre las piezas se obturan con médula ósea para lograr buen contacto entre el injerto y el hueso-receptor, así como para dar forma de "U" al reborde desdentado los colgajos se cierran con sutura dexón 3 x 0 con puntos interrumpidos con cierre de la incisión a prueba de agua.

9.- LABIO DOBLE:

Se trata de una lesión antiestética compuesta por un pliegue de mucosa excedente, se presenta por dentro del bermellon del labio, esta anomalía puede ser congénita o adquirida. Se presenta con mayor frecuencia en el labio superior. (Fig. IV-18).

Se hace un bloqueo bilateral del nervio infraorbitario, -

evitando la infiltración dentro de la lesión en labio, ya que se deformaría el contorno de la lesión.

Los pliegues de mucosa se toman con pinzas de Allis o con pinzas hemostáticas se tensan y se hacen incisiones elípticas—limitando las masas de tejido, los cortes se profundizan hasta la submucosa de manera que se puedan retirar en bloque las cuñas de tejido. Los puntos sangrantes (vasos) se ligan con catgut 4 x 0 (Fig. IV-18, B), o se usa electrocauterio. Las heridas se suturan por planos con seda 4 x 0 (Fig. IV-18, C).

10.- HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DEL PALADAR:

Aunque se trata de una enfermedad de carácter benigno, en todos los casos es necesario practicar biopsia, a pesar de que la enfermedad se manifiesta indolora. Starshk coincide con --- Yrastoza en que la escisión supraperióstica es el tratamiento—adecuado en la mayoría de estas lesiones. La escisión de espesor total sólo se indica en lesiones pequeñas para no alterar—la irrigación de la mucosa palatina. La técnica con escisión —de espesor dividido se utiliza cuando las lesiones son más extensas, ya que la cicatrización por reepitelización es más ve—lóz ya que el periostio queda intacto.

Guernsey y Waite, prefieren la electrocirugía, pero el -- post-operatorio es doloroso; Amaral recomienda la cirugía con nitrógeno líquido pero han llegado a la conclusión de que el -- tratamiento con intervalos semanales mejora el post-operatorio, el cuál depende de la extensión de la lesión y de la técnica -- empleada. En todos los casos la protección de la herida con -- una férula y cemento quirúrgico es recomendable.

11.- DESPLAZAMIENTO QUIRURGICO DEL NERVIO MENTONIANO:

Esta técnica quirúrgica se realiza cuando el agujero mentoniano se encuentra en la cresta del reborde, debido a la marcaa atrofia del proceso alveolar, también ésta técnica se realiza como complemento de las técnicas de aumento y extensión de reborde alveolar en mandíbula, ya que se encuentra expuesto a la irritación constante por la prótesis. (Fig. IV- 19, A).

Se hace una incisión larga sobre la cresta del reborde -- residual, si el agujero mentoniano se encuentra sobre la cresta del proceso, se evitará seccionar el paquete vasculonervioso -- haciéndo una incisión con curvatura hacia lingual.

Se puede añadir una incisión liberadora en la porción anterior de la incisión primaria; el colgajo se rechaza con ele-

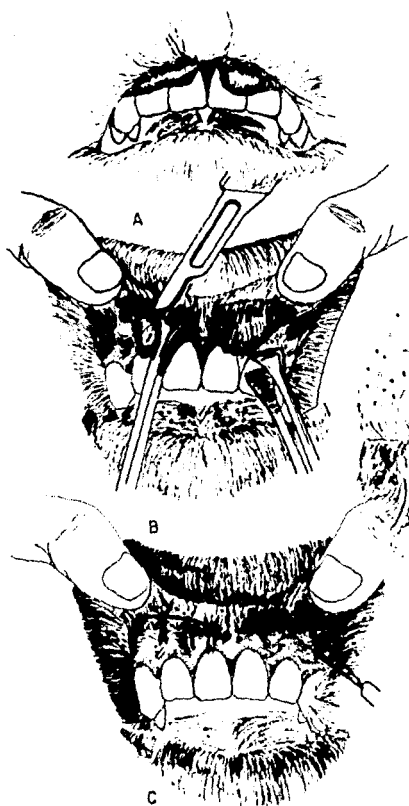


Fig.IV- B. Eliminación quirúrgica del labio doble.

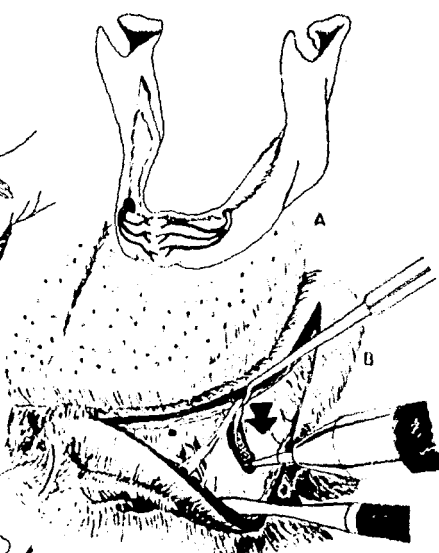


Fig.IV-19. Desplazamiento quirúrgico del nervio mentoneano.

vadores de periostio, separando con delicadeza el paquete vasculonervioso; sobre el hueso que está por debajo del agujero mentoniano se hace un surco con fresa # 702 o 703 (Fig. IV-19, B), sobre el cuál se acomoda el paquete vasculonervioso, el colgajo muco-perióstico se vuelve a su lugar y se sutura.

12.- ENCIA SIN SOPORTE E HIPERMOVIL:

Esta lesión es resultado de atrofia del reborde residual lo que provoca pérdida de estabilidad por la movilidad de la encía. (Fig. IV-20).

La técnica en maxilar se hace por medio de dos incisiones sobre el reborde residual una vestibular y otra palatina, ambas incisiones se profundizan hasta el hueso y convergen a los lados (Fig. IV-20, A). Los colgajos vestibular y palatino son sujetos a disección socavante submucósica (Fig. IV-20, B). Los colgajos se aproximan sobre el proceso y se suturan (Fig. IV-20, C), y se puede proteger con una prótesis o férula revestida en su interior con acondicionador de tejido o un cemento quirúrgico.

En el caso de realizar esta técnica en mandíbula (Fig. IV-20, A') es conveniente eliminar poca encía hipermóvil debido-

a la presencia de reborde residual corto y delgado, se prefiere el uso de tijeras en vez de bisturí pocas veces se usa sutura, ya que se coloca la dentadura con revestimiento acondicionador de tejidos o apósito quirúrgico en contacto con el tejido blando sensible.

El resultado de esta técnica no es el ideal, por lo que se complementará con técnicas de profundización de vestíbulo para aumentar retención y estabilidad de las dentaduras, así como la elaboración de una nueva prótesis bien ajustada, de esta manera el resultado obtenido puede mantenerse por mayor tiempo (Fig. IV-20, B').

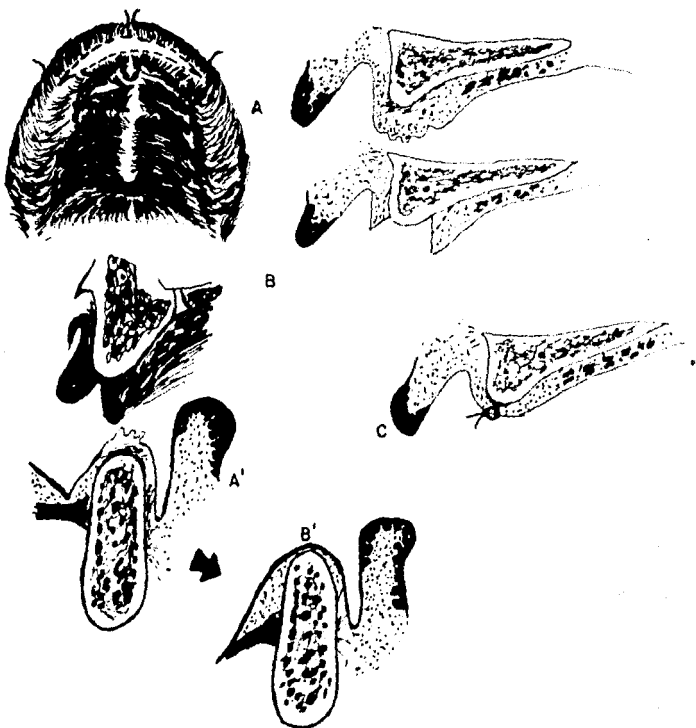


Fig. IV-20. Eliminación quirúrgica de encía hiper móvil.

BIBLIOGRAFIA.

- Archer, W.H.
Cirugía Bucal.
Buenos Aires Argentina, Edit.Mundi S.A., 1963.
- Bhaskar, S.N.
Patología Bucal, segunda ed.
Buenos Aires Argentina, Edit.El Ateneo, 1975, págs, 137,213,--
314, 317.
- Birn, H.
Winther, J.E.
Manual of Minor Oral Surgery
A Step by Step Atlas.
Munsgaard Copenhagen, 1975, págs. 109-122.
- Gurselnik, Walter C.
Tratado de Cirugía Oral.
Barcelona, Edit Salvat, 1971, págs. 83-93, 160-171,
- Kruger, Gustav O.
Tratado de Cirugía Bucal, cuarta ed.
México, Edit.Interamericana S.A., 1978, Capítulo 8 págs.100---
129.
- Ozawa, Deguchi, José Y.
Prostodoncia Total.
UNAM, Textos Universitarios, México 1975, Capítulo IV, págs.--
41-50.

Ries, Centeno, G.A.

Cirugía Bucal, segunda reimpresión, "Indicaciones de extracción con Alveolotomía", "Cirugía con fines Protésicos".

Buenos Aires Argentina, Edit. El Ateneo, 1975.

Sainor, Pedro.

Prostodoncia Total.

Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. 1972, capítulo VIII--
págs. 148-164.

Silva, Rodríguez, Guillermo.

Cirugía Bucal I y II (apuntes).

E.H.E.P.I. (Clinica Acatlan), 1979.

Starshak, Thomas, J.

Cirugía Bucal Preprotética.

Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. 1974, Capítulos IV, V
VI, VII, VIII. págs. 59-166.

Steinhäuser, E.

"10 Años de Experiencia en Cirugía Preprotésica y Resultados".

Deutsch Zahnärztl Z. 25:113-120, 1970.

Thoma, Kurt, H.

Cirugía Oral, quinta ed.

St. Louis, Mosby Co. 1969, págs. 127-226.

Wilton, W. Cogswell.

Dental Oral Surgery

Out West Printing and Stationery Co.

Colorado Springs, 1932, pág. 270.

CAPITULO V.

TECNICAS QUIRURGICAS PREPROTETICAS EN EL PACIENTE DESDENTADO PARCIAL, SUJETO A PROTESIS PARCIAL Y FIJA.

1.- ANATOMIA DEL PERIODONTO SANO.

Al periodonto se le considera como una unidad biológica funcional, donde generalmente cuando se afecta uno de sus elementos se afectan los demás aunque hay excepciones.

Al parodonto le estudiaremos 4 elementos: Encía (Con su inserción epitelial), ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular.

1.1.- La Encía.-

Es la parte de la fibromucosa bucal que recubre el hueso, cubre el cuello de los dientes y en cierto grado les da protección. Para su estudio la dividimos en:

1.1.1.- Encía Marginal: Tiene las características de color rosa - oscuro, de superficie aterciopelada, y llena el espacio interproximal, termina en forma de punta de cuchillo, o punta de flauta. Está limitada hacia incisal por el borde libre de la encía y hacia apical por el surco gingival. Por su parte interna está limitada por el borde libre de la encía hacia coronal o incisal, y hacia apical está limitada por la inserción epitelial, formando -

un elemento que se llama intersticio gingival, el cual en condiciones normales mide de 0 a 2 mm. Pero puede llegar a medir hasta 3 mm. en la parte interproximal considerandose como normal.

El intersticio gingival es un espacio virtual el cual puede ser explorado por medios mecánicos o proyectando un chorro de aire que causa la separación de la encía.

La inserción epitelial se define como la unión íntima de la encía con el diente, puede tener posiciones diferentes en cuanto a su inserción, en la unión amelocementaria, puede estar en hueso alveolar, puede estar en cemento. En los tres casos es normal -- cuando reúna las condiciones clínicas de profundidad y color.

1.1.2.- Encía Insertada: Es de color rosa palido, tiene un puntillado característico de aspecto de cáscara de naranja que no es más que las prolongaciones del tejido conjuntivo que van al epitelio. Se les ha llamado prolongaciones dactilares del tejido conectivo. Es firme y resiliente.

Está limitada hacia incisal por el surco gingival y hacia apical por la línea mucogingival.

Está estrechamente unida al cemento y al hueso alveolar. Se le conoce como encía insertada, encía cementaria.

1.1.3.- Encía Alveolar: Tiene como límites, hacia incisal o coronal la línea mucogingival, donde se une a la encía insertada, y - hacia apical está limitada por el fondo de saco vestibular.

Es de color rojo oscuro por la gran cantidad de pequeños vasos que en ella se encuentran, está formada por tejido conectivo-laxo que fácilmente se puede desplazar.

Es necesario considerar la encía interproximal, la cual ocupa el nicho interproximal gingival, que es el espacio interproximal situado por debajo del punto de contacto dentario. Consta de dos papilas, una vestibular y otra palatina o lingual. Cada papila interdientaria es piramidal, la superficie exterior es afilada-hacia el área de contacto interproximal y las superficies mesial-y distal son levemente cóncavas. Los bordes laterales y el extremo de la papila interdientaria están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos, la parte media se -- compone de encía insertada. Cuando no hay diente contiguo la encía se halla firmemente unida al hueso interdientario y forma una superficie redonda lisa en vez de papila interdientaria.

1.2.- Ligamento Periodontal.-

Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y -

la une al hueso, es una continuación del tejido conectivo de la - encía y se comunica con los espacios medulares a través de cana-- les vasculares en el hueso.

Llamada también membrana periodontal, está formada por ele-- mentos como fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, - osteoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones- de células epiteliales denominados restos epiteliales de Malassez que son células epiteliales en reposo.

En el ligamento parodontal se reconocen fibras principales y otras fibras consideradas como secundarias.

Los elementos más importantes del ligamento periodontal son- fibras colágenas dispuestas en haces y que siguen un recorrido on- dulado, los extremos de las fibras perinapicales que se insertan - en hueso o cemento se conocen como fibras de Sharpey ya que puede estar calcificada en uno de sus extremos.

Los objetivos y funciones de las fibras principales son: Man- tener al diente en su alvéolo contrarrestando las fuerzas fisioló- gicas durante la masticación, pero así como el diente depende del ligamento periodontal, el ligamento periodontal depende de la es- timulación que a través del diente le proporciona la función oclu

sal para conservar su estructura. Además cuenta con una función formativa ya que cumple las funciones del periostio para el cemento y el hueso alveolar, ya que sus células participan en la formación y eliminación de estos tejidos que se producen durante los movimientos fisiológicos del diente; Tenemos también por parte de la membrana periodontal una función nutricional y sensorial, ya que provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático, y su innervación proporciona sensibilidad propioceptiva y táctil.

Grupo de fibras Principales:

- a.- Fibras gingivales libres: Que van del cemento a la encía marginal y su función es mantener el tono de la encía marginal.
- b.- Fibras Cresto-alveolares: Van de la cresta alveolar al cemento radicular y a la encía, su función es evitar el desplazamiento del diente fuera del alvéolo en sentido incisal.
- c.- Fibras Transeptales: Las encontramos que van del cemento de la raíz de un diente al cemento de la raíz de un diente vecino pasando por encima de la cresta alveolar, su función es mantener el punto de contacto. Se reconstru-

yen incluso cuando se ha destruido la cresta de el hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

- d.- **Fibras Horizontales:** Van en sentido horizontal del hueso alveolar al cemento radicular. Su función es evitar el desplazamiento del diente y contrarrestar las fuerzas en sentido mesio-distal, o vestibulo-linguales.
- e.- **Fibras Oblícuas:** Son el grupo de fibras más numerosas, van desde el cemento radicular al hueso alveolar con dirección oblicua hacia incisal o coronal. Su función es contrarrestar las fuerzas masticatorias que van en el sentido del eje axial mayor del diente, evitan el desplazamiento brusco del diente en sentido apical, transformando estas fuerzas en tensión sobre el hueso alveolar.
- f.- **Fibras Periapicales o Cojinete Apical de Black:** Este grupo de fibras se irradian desde el cemento del periapice hacia el hueso periapical en el fondo del alvéolo. Su función es amortiguar fuerzas en sentido apical, evitar el desplazamiento del diente en sentido incisal, y proteger el paquete vasculonervioso en el foramen apical.

Las fibras secundarias: Son fibras que se hallan entre los grupos de fibras principales, se interdigitan en ángulos rectos o

se extienden sin mayor regularidad sobre los haces de fibras ordenadas. Su función es de relleno y de protección de los elementos vasculares y nerviosos que van a través de ellas.

1.3.- Cemento.-

Es un tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica. Es considerado como hueso modificado formado por 45% de materia orgánica y 55% de materia inorgánica y agua.

Su grosor es aproximadamente de 50 micras en el tercio coronal radicular y aumenta su grosor a medida que se acerca al tercio apical alcanzando 150 a 200 micras. Es de color amarillo más oscuro que la dentina, y su superficie es rugosa.

Desde el punto de vista morfológico existen dos tipos de cemento, cemento celular y acelular, ambos tienen la misma función pero diferente disposición, se compone de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. El cemento se dispone en láminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente, en un corte transversal se puede comparar con el tronco de un árbol.

El cemento acelular se encuentra en el tercio cervical y tercio medio radicular, y el cemento celular lo encontramos en el --

tercio apical. Sobre el cemento se insertan las fibras de Sharpey. El cemento compensa los movimientos dentarios, producidos por la erupción activa y por la mesialización fisiológica.

1.4.- Hueso Alveolar o de Soporte.-

Es un tejido de origen mesodérmico. Podemos encontrar dos tipos de hueso, el hueso que está en contacto con el ligamento periodontal que se llama lámina dura o hueso cribiforme, este hueso es muy compacto, calcificado y radiográficamente se observa como una línea radiopaca. Termina hacia oclusal en pico de flauta cerrándose las capas mesial y distal en el vértice de la cresta alveolar. Se llama hueso cribiforme por que está perforado por múltiples orificios pequeños que dan paso a los elementos nutritivos y sensoriales de la región.

La lámina dura tiene como relleno el segundo tipo de hueso, el hueso esponjoso, diploe, o trabeculado, que se puede comparar con la morfología de un panal de abejas formando pequeñas trabéculas las cuales están orientadas según los requerimientos funcionales que recibe y transmite el diente durante la masticación, también como el cemento hay un tipo de tejido óseo joven llamado osteoide, el cual sirve para que las fibras periapicales del ligamento se inserten. El hueso también se deposita en capas pero en ma-

por cantidad que el cemento.

2.- INSTRUMENTAL.

El instrumental periodontal, está diseñado para finalidades específicas, como la eliminación de cálculos voluminosos, alisado de las superficies radiculares, curetaje de la encía o remoción de tejido enfermo. Los nombres de los instrumentos describen la forma y diseño de sus partes activas, o el modo de acción, por lo que se clasifican de la siguiente manera:

Sondas Periodontales: Para la localización y marcado de bolsas, para determinación de la inserción epitelial (Fig V-3).

Pinzas Marcadoras de Bolsas: Se usa al igual que las sondas periodontales (Fig. V-3).

Exploradores: Para la localización de depósitos sobre los dientes, e irregularidades sobre las superficies radiculares. (Fig. V-2).

Raspadores superficiales (Pesados) : Se usan para la remoción de cálculos supragingivales, y voluminosos, este instrumento es pesado. (Fig. V-1).

Raspadores Profundos: (Finos) : Para la remoción de cálculos subgingivales. (Fig. V-1)

Azadas: Para la remoción de cálculos subgingivales y alisa-

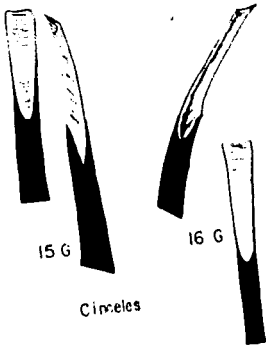
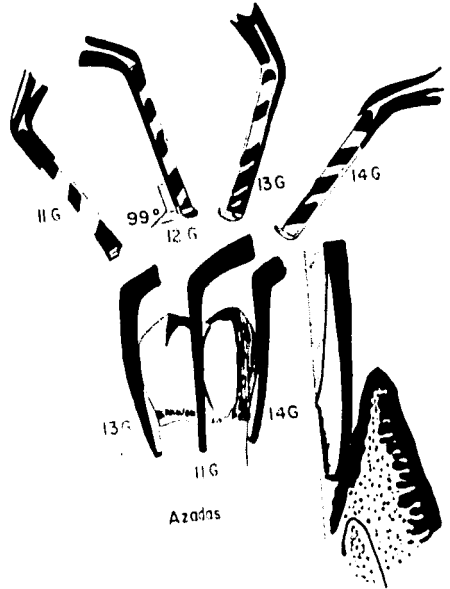
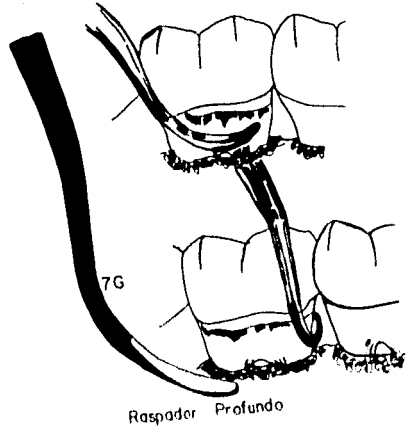
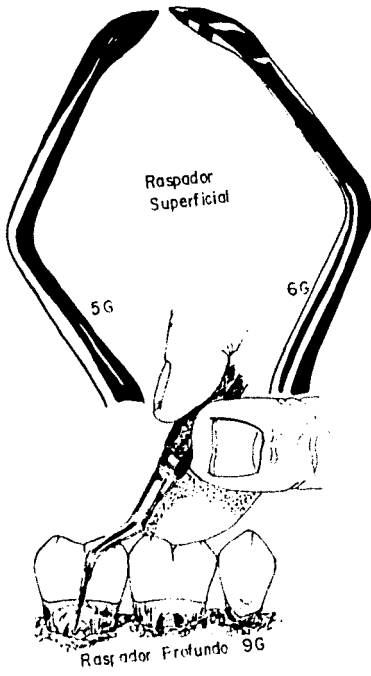


Fig V-1. Instrumental.
141

miento de las superficies radiculares (Fig. V-1). Este instrumento se usa con tracción manual, en zonas accesibles, donde la encía se separa con facilidad.

Curetas: Se usan para la remoción de la pared interna de la bolsa, tejido granulomatoso, y para alisar superficies radiculares. (Fig. V-5).

Cinceles: Están diseñados para eliminar depósitos supragingivales grandes principalmente los que están en la zona interproximal se usan de vestibular a lingual con un movimiento de impulsión. (Fig. V-1).

El instrumental periodontal se consigue en el mercado bajo la numeración del fabricante o bajo la clasificación o nombre del autor que los diseña.

3.- PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBTENER CORONA CLINICA EN DIENTES PILARES.

La indicación que le damos a la técnica de gingivectomía y -gingivoplastía en cirugía preprotética es para exponer la longitud de corona clínica para ganar retención con fines protéticos, para permitir el acceso a caries profundas subgingivales, para permitir la colocación de grapas en tratamientos de operatoria dental y endodoncia, y asegurar la salud dental necesaria en prótesis.

Separadores de Tejidos

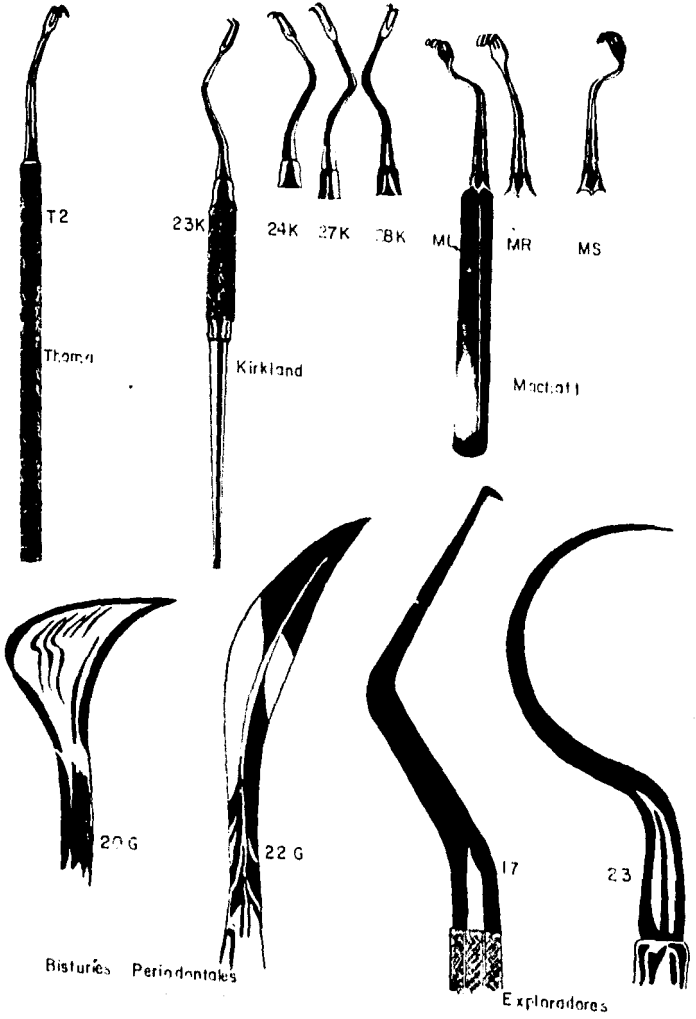


Fig. V-2. Instrumental
143

3.1.- Gingivectomía.-

La gingivectomía es un procedimiento para eliminar bolsas supragingivales profundas, bolsas con pared fibrosa, agrandamientos gingivales, hiperplasia gingival, lesiones de furcación, abscesos periodontales, capuchones pericoronarios, en algunas ocasiones cráteres gingivales interdentarios, y bolsas infraóseas, pero en combinación con la técnica de curetaje y raspaje radicular.

Marcación de bolsas: Las bolsas de cada superficie gingival (vestibular, palatina o lingual), se exploran y sondan con sondas periodontales (Fig. V-3, A) y se marcan con pinza marcadora de bolsas (Fig. V-3, B, C, D) 27 y 28G. Las cuales dejan un punto sangrante en la superficie externa de la encía indicando el fondo de la bolsa o inserción epitelial.

Las bolsas se marcan en cada diente comenzando por la superficie distal del diente más posterior, se continúa con otra marca en vestibular y una tercera marca en mesial (Fig. V-3, D). Se practican 3 marcas en cada superficie. De esta manera se delimita la inserción epitelial vestibular y después se hace esta marcación por la mucosa palatina o lingual. (Fig. V-4, B).

Incisiones: La incisión comienza por la superficie vestibular desde el ángulo distal del último diente y se avanza con di-

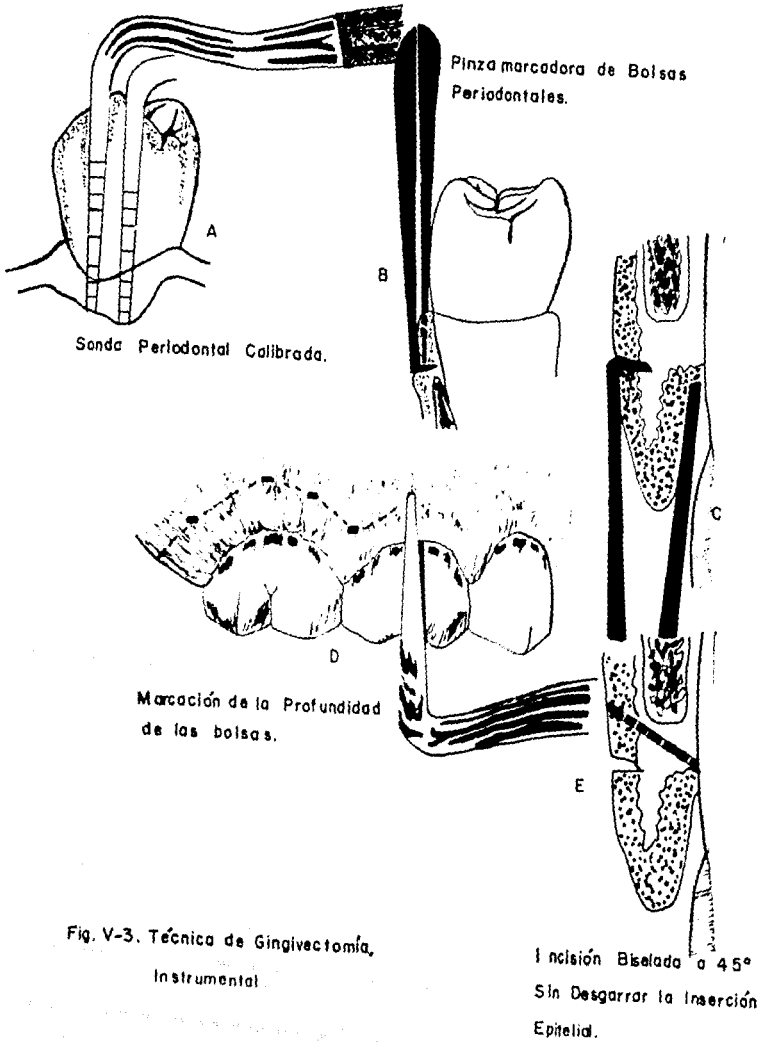


Fig. V-3. Técnica de Gingivectomía, Instrumental

rección mesial siguiendo las marcas que delimitan la inserción epitelial o fondo de bolsa (Fig. V-6, A). La incisión sigue a través de la encía interdientaria siguiendo las marcas, hasta el ángulo distovestibular del siguiente diente, y así sucesivamente hasta llegar a la línea media. Después hacemos lo mismo con la mucosa palatina se debe evitar seccionar los vasos y nervios del conducto incisivo, lo que se logra haciendo las incisiones a los lados de la papila incisiva. Esta técnica se realiza por cuadrantes una vez concluidas las incisiones vestibular y palatina o lingual se les une mediante una incisión en la superficie distal del diente más posterior erupcionado, lo cual se hace con un bisturí periodontal 20G o 21G, colocado debajo del fondo de la bolsa se hace un corte en bisel de modo que coincida con los cortes vestibular y palatino o lingual.

La incisión debe estar cerca del hueso, pero sin exponerlo, la incisión se biselará aproximadamente en ángulo de 45 grados -- con respecto a la superficie dentaria. La incisión debe dar la -- forma festoneada, normal de la encía, sin dejar tejido de bolsa -- parodontal, se debe hacer el corte completo de los tejidos blandos en dirección al diente, sin dejar tejido desgarrado (Fig. V-3, E).

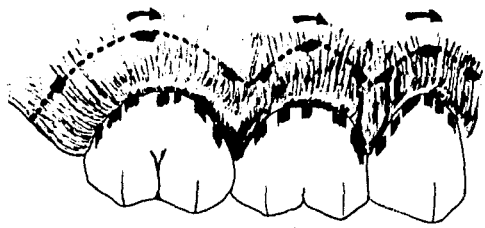
El desprendimiento de la encía marginal e interdentaria, se hace con una azada quirúrgica 19G, eliminando la encía como una sola unidad de mesial a distal.

3.2.- Gingivoplastia.-

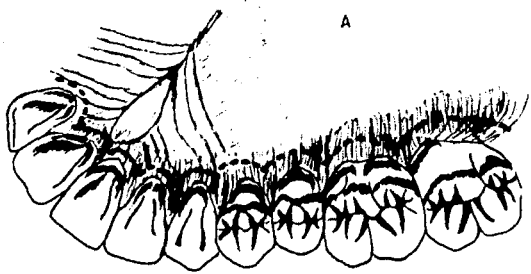
La gingivoplastia se hace como un procedimiento quirúrgico complementario de la técnica de gingivectomía o bien cuando la enfermedad periodontal produce deformaciones en la encía, y se dificulta la excursión normal de los alimentos, como lo son las grietas y cráteres gingivales, o cuando la papila interproximal es destruida por gingivitis ulceronecrosante, o cuando se presentan agrandamientos gingivales con bolsas falsas (hiperplasia, o fibromatosis gingival). Podemos hacer una remodelación artificial de la encía para crear contornos fisiológicos gingivales.

Este procedimiento quirúrgico de plastia gingival se puede hacer con: Bisturí periodontal, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o con electrocirugía. (Fig. V-7, B).

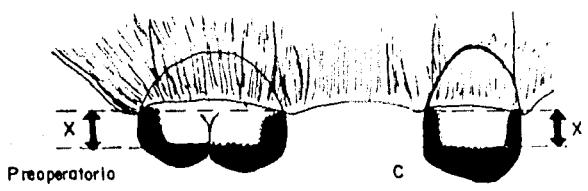
Biselado y Festoneado: Cuando al practicar la gingivectomía, la encía que va a ser incidida en bisel es gruesa y fibrosa, el corte en bisel puede ser largo, pero en presencia de encía delgada y de textura fina el bisel será corto, lo cual dará una forma de festoneado a la encía, terminando en un margen gingival en fi-



A

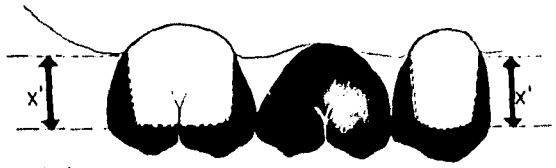


B



Preoperatorio

C



Postoperatoria

Fig. V-4 Técnica de Gingivectomía.

lo de cuchillo. En la zona interdentaria la incisión será más profunda, en ocasiones será necesario asentuar el festoneado para asegurar la forma fisiológica después de la cicatrización, lo que se puede hacer con tijeras quirúrgicas, o con electrocirugía, para poder tener vías de escape interdentarias para los alimentos.

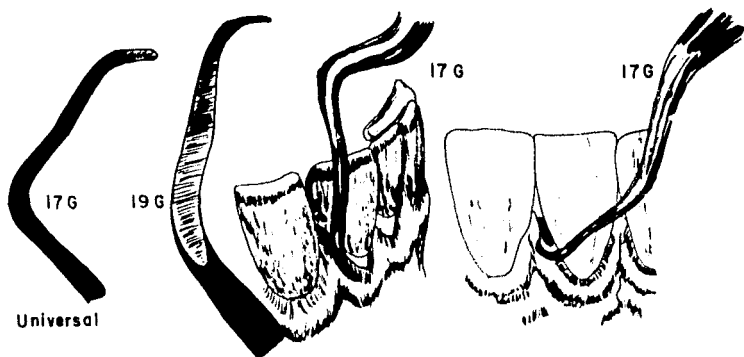
4.- DEFECTOS INFRAÓSEOS.

Dentro de este inciso consideramos las siguientes lesiones:

4.1.- Defectos interdentarios:

4.1.1.- Cráter interdentario: Se presenta en la tabla interdentaria, donde las tablas vestibular y lingual aparecen como márgenes óseos en forma de espinas. La corrección quirúrgica se hace levantando un colgajo mucoperióstico y los márgenes alveolares se biselan o se hace una osteoplastia (Sin comprometer el hueso de soporte), dejando los contornos óseos romos, hasta conseguir un nivel inferior a la base del cráter, como paso final se sutura el colgajo. (Fig. V-7, A).

4.1.2.- Defectos intraalveolares de una o dos paredes: La destrucción infraósea suele dejar únicamente la pared mesial o distal del tabique o septum interdentario. Cuando el defecto es extenso y de una pared son desfavorables. Cuando sea posible se tratará por injertos óseos, pero en ocasiones es preciso extraer el diente.



Curetas

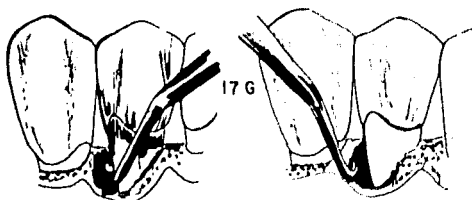
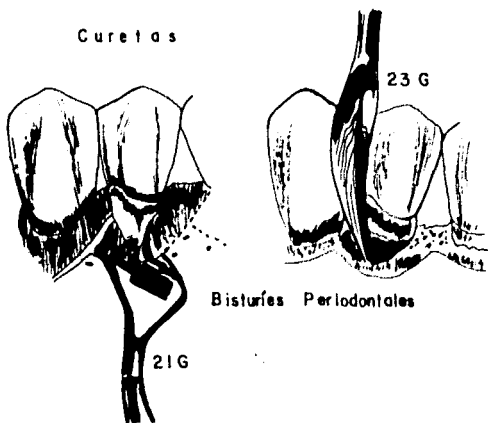


Fig. V-5. Técnica de Gingivectomía con bolsas Infradéasas.

Los defectos intraalveolares de dos paredes o hemiseptum con pared vestibular o lingual, se tratan por medio de injertos óseos en combinación con osteotomía y su pronóstico es más favorable -- que el anterior.

4.1.3.- Defectos óseos intraalveolares de tres paredes: Estas lesiones se tratan por erradicación del defecto para establecer tabiques planos o convexos, hay necesidad de bajar la tabla vestibular o lingual a nivel de la cresta del tabique.

Este tipo de lesión ofrece las condiciones favorables en mayor porcentaje de éxito. El tratamiento de estas lesiones como -- bolsas infraóseas es el curetaje y raspaje radicular con colgajomucoperióstico.

4.1.4.- Defectos óseos vestibulares o linguales: Estos defectos a parecen cuando la remoción ósea es más marcada en la zona interdientaria, y como resultado los márgenes óseos por vestibular y -- lingual quedan en una posición más coronal que el tabique interdentario en forma de bordes gruesos, exostosis, espinas, hendiduras u otras pérdidas óseas de forma irregular, que traumatizan la mucosa superficial. El tratamiento para estas lesiones es mediante colgajo mucoperióstico, hacer la resección y regularización de los márgenes óseos y alisarlos. (Fig. V-7, A).

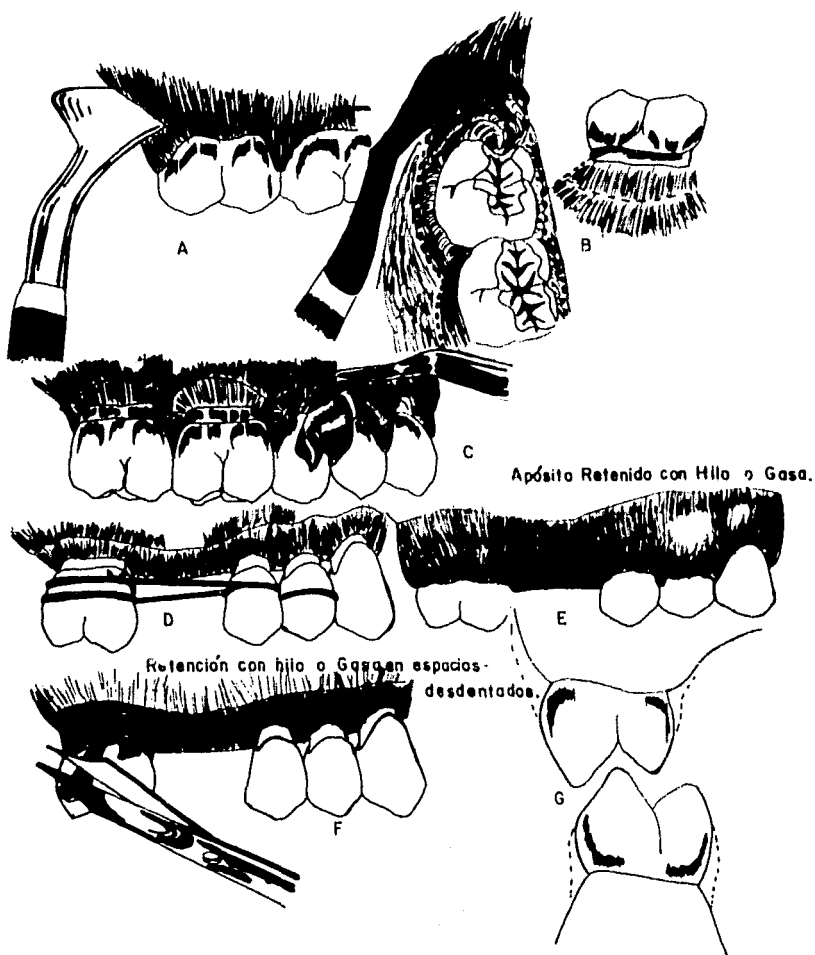


Fig. V-6 . Técnica de Gingivectomía.

5.- LESIONES EN FURCA.

Clasificación de las alteraciones en furcación.

Clase I.- Afección del ligamento periodontal en la furcación sin alteraciones radiográficas, ni pérdida ósea.

Clase II.- En este caso se considera lo mencionado anteriormente, pero el hueso ya está destruido en un sector o más de la furcación, pero parte del ligamento periodontal y hueso alveolar están intactos. En este caso una sonda periodontal roma, no puede penetrar completamente a la furcación. (Fig. V-7).

Clase III.- En este caso el hueso ya ha sido destruido ya que permite el paso completo de una sonda periodontal a través de la furcación, aunque aun se encuentra cubierta por encía. (Fig. V-7).

Clase IV.- El periodonto está destruido a tal grado que la furcación está abierta completamente y expuesta al paso libre de la sonda. (Fig. V-7).

El tratamiento a seguir depende de la lesión: En las lesiones Clase I y II se presentan sólo bolsas supraóseas que se tratan mediante raspaje, curetaje y gingivectomía. En el caso de lesiones Clase III y IV debido a la destrucción del tejido interradicular se facilita la acumulación de alimentos lo que propicia la enfermedad periodontal. Para evitar esto se trata mediante gingivectomía-

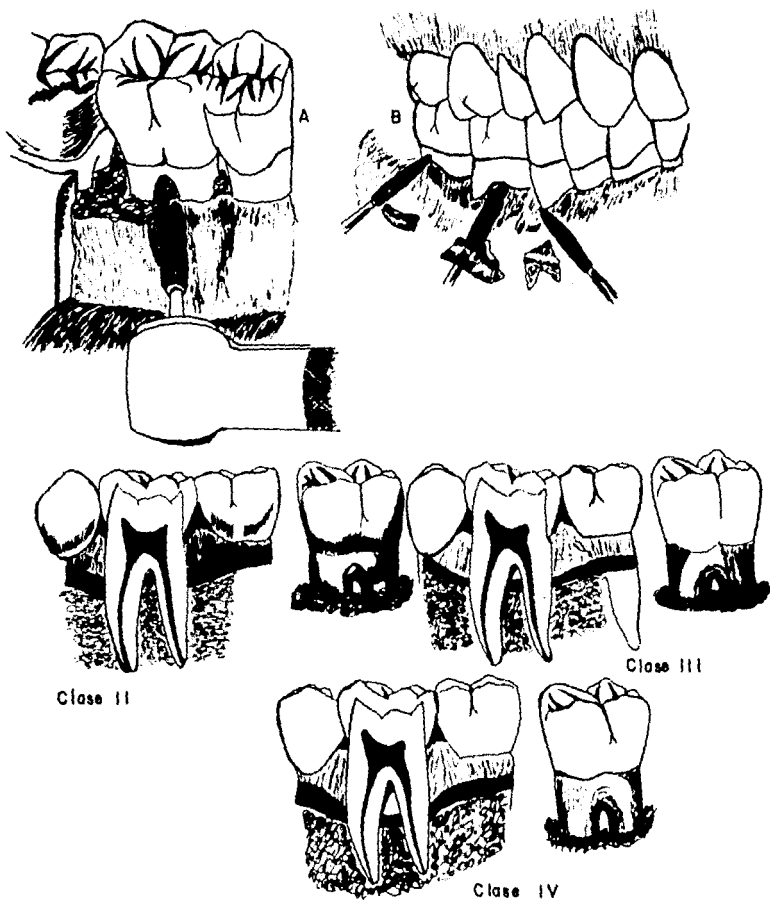


Fig. V-7. Osteoplastía, A. Gingivoplastía, B. Lesiones en furca.

o raspaje y curetaje con colgajo para que la furcación quede accesible al cepillado. De esta manera si se trata las lesiones clase III se convierte en clase IV por el tratamiento.

Cuando estas lesiones se presentan complicadas con defectos--infraóseos su tratamiento se completa con colgajo quirúrgico e injertos óseos. En ocasiones la complicación es con problemas pulpares por la afección de la furcación cuando se presentan conductos--pulpares colaterales o cabo superficiales que comunican la cámara--pulpar con la furcación. Cuando estas lesiones evolucionan se combina el tratamiento periodontico, endodontico, y protético.

6.- BOLSAS PERIODONTALES Y MUCOSA DESDENTADA ADYACENTE.

Estas lesiones demandan tratamiento antes de la toma de impresiones para la confección de la prótesis. (Fig. V-4, C).

Los dientes con enfermedad periodontal, adyacentes a mucosa - desdentada, pueden presentar bolsas periodontales que se extienden en diversos sentidos dentro de la mucosa desdentada adyacente, lo que altera el color, forma y su consistencia, se puede presentar edema con superficie lisa y brillante.

El contorno de la mucosa desdentada es afectada por factores--mecánicos, así como la inflamación que proviene de las bolsas veci

nas. La mucosa desdentada sigue la forma del hueso subyacente, la cual está ensanchada vestibulo-lingualmente así como verticalmente por lo que disminuye la distancia vertical disponible para la prótesis. No ofrece una base segura como zona de soporte para sillares o para el diseño de púnticos en prótesis.

Las bolsas periodontales y la mucosa adyacente se tratan al mismo tiempo mediante una incisión hecha a través de la zona desdentada de diente a diente, por debajo del nivel del fondo de las bolsas y cerca de la cresta del reborde desdentado, se usan bisturíes Bard-Parker. Se elimina el tejido ya sea por escisión completa o por disección submucósica, se alisan y raspan los dientes y se curetean las bolsas. La superficie plana creada por la incisión se adelgasa vestibular y lingualmente para seguir la forma anatómica del reborde alveolar.

Se coloca apósito periodontal y se deja por una semana o se repite si se considera necesario.

Se hace una ligadura de hilo dental o gasa a través del espacio desdentado lo que ayuda a la retención del apósito. (Fig. V-6, D,E,F).

El resultado de la técnica es bastante notable ya que aumenta la retención al exponer las coronas clínicas con mayor área de su-

perficie, importante tanto en prótesis fija como en removible. --
(Fig. V-4, C, Postoperatorio).

7.- RASPAJE Y CURETAJE RADICULAR.

Debemos aclarar que la técnica de raspaje radicular se ejecuta sobre los tejidos duros de la bolsa, mientras que el curetaje se aplica sobre los tejidos blandos de la bolsa como tejido epitelial inflamatorio o tejido granulomatoso.

La técnica de curetaje y raspaje radicular, tiene aplicaciones como :

- a.- Bolsas periodontales poco profundas (Supraóseas).
- b.- En procedimientos de re inserción.
- c.- Por razones estéticas.
- d.- Como complemento en la técnica de colgajo mucoperiostico para eliminar defectos infraóseos (Bolsas infraóseas).
- e.- Como tratamiento preoperatorio en técnicas de gingivectomías y gingivoplastía.

Ante tales indicaciones la técnica de curetaje y raspaje radicular ofrece las siguientes ventajas:

- a.- Es un tratamiento conservador.
- b.- Existe menor trauma a los tejidos, por lo que el postoperatorio no es molesto.
- c.- Eliminación de la mayor parte del tejido inflamatorio de la encía.
- d.- Favorece la cicatrización.

- e.- Nos ofrece la oportunidad de valorar el poder de recuperación de los tejidos antes de hacer cualquier procedimiento quirúrgico.
- f.- Se conserva la arquitectura anatómica gingival.
- g.- Existe menor sensibilidad postoperatoria.
- h.- Los resultados estéticos son notables, ya que no es una técnica quirúrgica mutilante.

Desarrollo de la técnica:

7.1.- El campo operatorio se aísla con rollos de algodón o gasa y se pincela con un antiséptico suave.

Se usa un anestésico tópico, pero si hay dolor se usará infiltración supraperióstica.

7.2.- Se eliminan los cálculos supragingivales así como residuos visibles con raspadores superficiales.

7.3.- Se eliminan los cálculos subgingivales desde el fondo de la bolsa.

7.4.- Se alisan las superficies dentarias, con azadas, se eliminan los depósitos profundos de cemento necrótico y se alisan las superficies radiculares con curetas. La remoción de tejidos necróticos e irritantes locales preparan a las superficies dentarias para que se deposite tejido conectivo nuevo sobre la superficie avivada.

7.5.- Se curetea la superficie blanda de la bolsa para eliminar el revestimiento interno de la pared de la bolsa, incluso la adherencia epitelial, de esta manera se elimina el tejido degenerado, brotes de tejido granulomatoso. Con esto se produce hemorragia del tejido conectivo lo que causa contracción de la encía y por lo tanto reducción de la profundidad de la bolsa, y la cicatrización a través del coágulo produce reinserción.

7.6.- Se pulen las superficies dentarias con tazas de goma y zirca te mejorado, o con una pasta de piedra pómez fina con agua.

Cuando se tratan defectos infraóseos o lesiones en furcación para mejorar la visibilidad y acceso de los instrumentos a la lesión, nos ayudamos con un colgajo mucoperióstico y se sigue la técnica paso a paso de raspaje y curetaje, sólo que ahora también tratamos el tejido óseo. Eliminamos el tejido granulomatoso en el defecto óseo y las fibras que lo cubren lo que causa sangrado y hemorragia sobre la cual se organiza la cicatrización de los defectos-infraóseos.

7.7.- Se lava con suero fisiológico.

7.8.- Se sutura el colgajo o si no lo hay se coloca apósito quirúrgico.

8.- SUTURAS:

Ligadura interdentaria: La usamos para suturar colgajos vestibular, lingual o palatino, y se pueden añadir suturas simples independientes cuando hay incisiones verticales o liberadoras (Fig. V-8, A).

Ligadura suspensoria: La usamos cuando tenemos un colgajo vestibular con incisiones verticales, o si por lingual se han hecho incisiones para gingivectomía, con éste tipo de nudos podemos llevar los tejidos a su lugar (Fig. V-8, B).

Sutura vertical de colchonero: Tiene indicaciones semejantes a la anterior (Fig. V-8, C).

Sutura suspensoria continua: Para colgajos vestibulares amplios, con gingivectomía por lingual o palatino, con puntos simples en las incisiones verticales (Fig. V-8, D). Tenemos otro tipo de sutura suspensoria a través del espacio interproximal (Fig. V-8, E).

Sutura interproximal: Para suturar colgajos pequeños, se pasa la aguja por la papila vestibular hasta lingual o palatino sin tomar la papila lingual o palatina, se pasa la aguja por la papila lingual o palatina hacia vestibular pero sin tomar la papila vestibular y se anuda en el espacio interproximal vestibular. Esta sutura es a manera de 8 en posición horizontal (Fig. V-8, F).

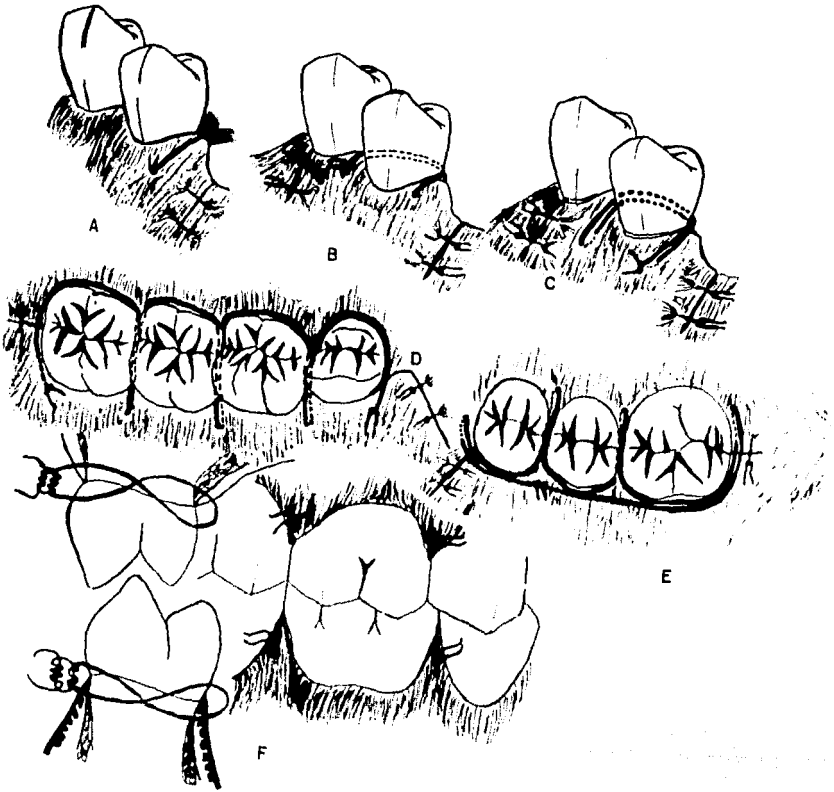


Fig. V-B. Sutura.

BIBLIOGRAFIA.

Catálogos Sobre instrumental, A y B.

Hu-Friedy. Chicago, 1979.

Glickman, Irving.

Periodontología Clínica, cuarta ed. Capítulos:1,2,3,4,37,38
México, Edit. Interamericana, 1974. 41,42,43,44,-
45,54,59.

Grant, Daniel A.

Stern, Irving B.

Everett, Frank G.

Periodoncia de Orban, Teoria y Práctica, cuarta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1975. Parte I, Parte VIII, y
parte X.

Kraus, Jordan, Abrams.

Anatomía Dental y Oclusión, primera ed.

México, Edit. Interamericana, 1972. Capítulo II, secc.10 .

Prichard, F. John.

Enfermedad Periodontal Avanzada, cuarta ed.

México, Edit. Labor S.A. 1977. Capítulos:8,9,10,12,13
y 20.

Ramírez Corte, Jose.

Maestro de la Materia de Periodoncia(apuntes).

Clínica Acatlan(E.N.E.P.I.).

Burket, W. Lester.

Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. Sexta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1973. Capítulos: 6, P.p.28-
29; y 7, P.p.42.

CAPITULO VI

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y CUIDADOS POST-OPERATORIOS

1.- INDICACIONES:

Todo estado patológico que interfiera mediata o inmediatamente con una prótesis, la podemos considerar como una indicación para cirugía preprotética.

Básicamente presentamos las lesiones más frecuentes que representan problemas preprotéticos, por lo que se tomarán en cuenta las condiciones del paciente desdentado parcial o total.

En los pacientes parcialmente desdentados; donde el tratamiento será prótesis fija o parcial removible, se indica la cirugía en los siguientes casos: Dientes en posición anómala, -- dientes retenidos o incluidos, dientes portadores de prótesis con alteraciones periodontales, dientes pilares clave en prótesis con enfermedad periodontal avanzada, alveolos hipercalcificados, torus palatino y mandibular, exostosis bucales y palatino laterales, protrusión alveolar anterior, en casos de prótesis inmediata, defectos alveolares infra y supraóseos, hiperplasia gingival, encía desdentada adyacente a dientes pilares con bolsas periodontales.

En el paciente desdentado total: La indicación que tiene para la cirugía preprotética, son los casos en que se presentan raíces retenidas, restos radiculares múltiples con el reborde-

alveolar irregular, reborde alveolar retentivo, Torus palatino y mandibular, exostosis palatino lateral, exostosis bucal, lesiones de tejidos blandos (Capítulo IV).

Rara vez, pero se presentan los pacientes con protrusión maxilar, también es raro el paciente que se presenta remitido a extracciones múltiples por que recibirá radioterapia en casos de cancer.

Además debemos valorar el grado, volúmen, número, extensión, tolerancia, infección existente o no, y probabilidades de éxito parcial o total en las técnicas ya enunciadas.

En el caso de la cirugía periodontal, su indicación depende del diagnóstico, pero en casos de edad avanzada actúa como un paliativo ya que es un factor desfavorable, por lo que su indicación queda a criterio del profesionista, que ya ha tenido experiencia en estos casos.

2.- CONTRAINDICACIONES:

Pueden ser generales y locales:

Entre las contraindicaciones generales tenemos aquellos casos en donde los pacientes padecen enfermedades generales que hacen que el tratamiento quirúrgico ponga en peligro la vida del paciente como en los casos siguientes: En pacientes

cardiopatías avanzadas, enfisema avanzado y crónico, tuberculo--
sis en estado agudo, discrasias sanguíneas, cuando tenemos pa--
cientes con infecciones orales agudas , en pacientes gestantes
se pospone preferiblemente el tratamiento después del parto, en
pacientes alcohólicos , dipsómanos y fármacodependientes con --
trastornos psiquiátricos. Cuando en este tipo de pacientes se -
presentan lesiones agudas y es necesaria nuestra intervención -
nos apoyaremos en la Historia Clínica e interconsulta con el es
pecialista correspondiente.

La valoración de las contraindicaciones locales se hará an
te las indicaciones y ante el diagnóstico resultante de la His
toria Clínica.

3.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

Es conveniente tomar como norma que nuestro trabajo no ter
mina cuando el paciente sale de nuestro consultorio después de
la cirugía, si no hasta que el periodo postoperatorio ha pasado
y tendremos que velar por él, ya que el éxito de un procedimien
to quirúrgico en el periodo transoperatorio, puede perderse en
el periodo postoperatorio, por un error del paciente o por des
cuido del Cirujano dentista.

A cada paciente se le dan instrucciones verbales o escri--
tas, pero también es conveniente llamar al paciente al día si--
guiente a la cirugía para vigilar el cumplimiento de las inc--
trucciones postoperatorias y controlar la evolución.

Hoja de Instrucciones postoperatorias:

- 1.- No comer ni beber hasta 2 horas después de la cirugía.
- 2.- No tocar el apósito con la lengua o con los dedos, ya que sirve de protección de la herida.
- 3.- Dieta: Evitar la comida condimentada, ácida y picante ya que produce dolor, puede masticar lenta y eficazmente con el lado opuesto a la zona intervenida. Se han de evitar alimentos duros que exigen presiones fuertes para la masticación. Para evitar molestias gástricas, téngase ocupado el estómago con alimentos blandos como: Caldos, sopas, helados, cremas, jaleas, cereales, jugo de carne, alimentos infantiles, leche, leche malteada, batidos de leche, carne picada, queso, debe tratarse de formar una dieta hiperproteica líquida.
- 4.- Si el apósito se rompe, o si se cae, así como la férula que se utiliza para prevenir hematomas, o las suturas, llame o acuda al consultorio como medida de urgencia.
- 5.- Para evitar las complicaciones y molestias postoperatorias, tómense los medicamentos según las instrucciones de la receta.
- 6.- Higiene Bucal: Cepíllense las zonas no operadas o superficies dentarias libres de apósitos. En mucosas suturadas se limpiarán los residuos alimenticios con una gasa o algodón húmedo.

Nota: Si las molestias persisten se llamará o se acudirá al consultorio.

Dr. _____ Teléfono: _____

Medidas de urgencia:

a).- Si el apósito se ha perdido: Hay que retirar lo que queda de él, limpiar la herida, hallar los puntos sangrantes y detener la hemorragia, ligando vasos, o por medio de presión - con celulosa oxidada (oxycel), o utilizar electrocauterio y se vuelve a colocar apósito. Muchas de las veces hay dolor por el exceso de apósito que interfiera la oclusión, la eliminación - de el exceso de apósito suele corregir la molestia.

b).- Hinchazón: El edema postoperatorio se previene mediante el uso de hielo por períodos alternados de 10 minutos, pero una vez que se ha formado el edema es preferible aplicar compresas mojadas en agua caliente.

Una vez que se ha producido la inflamación nos podemos valer de antiinflamatorios como las enzimas digestivas y bacterianas como tripsina (triptar), papaína (papasa, ananase, tromasin), estreptocinasa, estreptodornasa (varidasa), que ayudan a reducir el edema. Pero cuando utilizamos estas sustancias - es necesario proteger al paciente con antimicrobianos para reducir la posible difusión de infección y posible septicemia.

c).- Sensación de debilidad: En ocasiones se presenta esta reacción como una respuesta orgánica a la bacteremia pasajera inducida por el tratamiento quirúrgico, lo cual se previene mediante premedicación con 250 mg. de penicilina cada 3 horas-

comenzando 24 horas antes de la intervención hasta 24 horas -- después de ella. Si se presentara aumento de temperatura, se -- administran análgescos antipiréticos bajo la opinión del ciru -- jano dentista.

Normalmente no se usa quimioterapia profiláctica a excep -- ción de pacientes con antecedentes de fiebre reumática, enfer -- medad cardiovascular o tratamiento prolongado con corticoste -- roides.

Cuando se presentan las infecciones postoperatorias, el - antimicrobiano de elección en primer lugar son las penicilinas después tenemos penicilinas sintéticas como la ampicilina con acción contra bacterias gram-positivas y gram-negativas (amplio espectro). Pero cuando hay alergia cruzada a las penicilinas - el medicamento de elección es la eritromicina o lincomicina.

d).- Dolor: El dolor se presenta en el postoperatorio con mucha frecuencia, en casos de dolor intenso se administra clor -- hidrato de meperidina (demerol) por vía intramuscular (50 ó -- 100 mg.), o por vía bucal 50 mg. cada 4 horas. En pacientes an -- siosos o aprehensivos se recetan sedantes o tranquilizantes si se teme de dolor postoperatorio, como meproboato (200 ó 400- mg.) una o dos tabletas cada 6 horas, o librium (5 ó 10 mg.) - una cápsula 3 veces al día. Si los sedantes y tranquilizantes -- están contraindicados, se receta fenobarbital 0.016 g. dos ve -- ces al día.

BIBLIOGRAFIA.

Glickman, Irving.

Periodontología Clínica, Cuarta ed.

México, Edit. Interamericana, 1974. Pág. 642.

Grant, Daniel A.

Stern, Irving B.

Everett, Frank G.

Periodoncia de Orban, Teoría y Práctica, Cuarta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1975. Págs. 386-387.

Guralnik, Walter C.

Tratado de Cirugía Oral.

Edit. Salvat Editores S.A. 1971, Págs. 160-171.

Kruger, Gustav O.

Tratado de Cirugía Bucal, Cuarta ed.

México, Edit. Interamericana S.A. 1978, Págs. 590-606.

Ozawa, Deguchi J.Y.

Prostodoncia Total, " Preparación quirúrgica en relación a-
la Prostodoncia".

UNAM, Textos Universitarios, México 1975, Págs. 41-50.

Prichard, F, John.

Enfermedad Periodontal Avanzada, Cuarta ed.

México, Edit. Labor S.A. 1977, Págs. 328,373,375,823-824.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- 1.- Es conveniente practicar previamente cualquier técnica en modelos de estudios, en matrices de papel, o sobre radiografías.
- 2.- La resorción alveolar postextracción es un mecanismo normal.
- 3.- La historia clínica del paciente puede revelar enfermedades sistémicas que causan resorción ósea por discrepancias circulatorias o fallas metabólicas.
- 4.- Deficiencias dietéticas pueden inducir a la resorción ósea.
- 5.- El exámen radiológico revelará la estructura y anatomía de los maxilares y se podrá saber la capacidad del hueso para resistir a los estímulos externos.
- 6.- El control de los estímulos externos por medio de modificaciones en la construcción de una prótesis (rebases, prótesis bien ajustadas, ajuste de la oclusión, prótesis en oclusión de relación céntrica) disminuirá la resorción alveolar.
- 7.- Las prótesis deben descansar sobre hueso sano, compacto, denso.

8.- Debe tenerse en cuenta que en cada levantamiento de colgajo hay pérdida ósea.

9.- Debe tenerse cuidado al colocar las suturas, ya que demasiada tensión puede producir isquemia en los colgajos lo que altera el riego sanguíneo de mucosas, periostio y hueso, facilitándose la resorción; Además de que la profundidad del vestíbulo tiende a disminuir con la cicatrización.

10.- El hueso alveolar que se deja al descubierto, en espera de cicatrización por epitelización secundaria o granulación sufre mayor resorción, situación desfavorable en las técnicas de Vestibuloplastia por epitelización secundaria de -- Clark y Obwegeser.

11.- En las técnicas donde se desciende el piso de boca debe tomarse en cuenta, el no eliminar el control muscular de la lengua.

12.- La técnica de alveoloplastia en niños o jóvenes deben ser conservadoras cualquiera de ellas, ya que en pacientes jóvenes se compromete hueso trabeculado que después formará la cortical externa con el paso de los años, además que el hueso trabeculado sufre resorción fácilmente si está expuesto a los estímulos externos por prótesis.

13.- Es necesario aclarar que se mencionan los capítulos

de anatomía y fisiología bucal, para conocer la cavidad bucal normal y así poder discriminar situaciones fuera de lo normal

14.- Al utilizar injertos epiteliales y cutáneos se deben utilizar férulas de acrílico o dentaduras rebasadas para contrarrestar la contracción de los injertos durante la cicatrización, de lo contrario se tendrá que combinar con técnicas de extensión de reborde.

15.- El periodonto se debe tratar, por ser la unidad biológica de sostén del diente, ya que sin periodonto cualquier diente no podría permanecer en cavidad bucal.

16.- El terminado cervical de las preparaciones protésicas en dientes posteriores debe ser supragingival (lejos de la encía), por razones estéticas el terminado cervical en preparaciones de dientes anteriores puede ser infragingival sin lesionar la inserción epitelial en cara vestibular o labial, pero en caras palatinas puede ser supragingival.

17.- La enfermedad periodontal debe eliminarse antes de comenzar con los procedimientos restauradores protésicos, ya que los dientes pilares en tales condiciones no podrán satisfacer las demandas funcionales y se acorta la vida de los dientes pilares y las prótesis.

18.- Es necesario considerar las fuerzas oclusales en la cirugía preprotética y periodontal, ya que la eliminación de la oclusión patológica en el tratamiento, es un coadyuvante - en la recuperación rápida de las lesiones así como durante el periodo de cicatrización.

19.- La técnica de gingivectomía debe de ser precedida - por aspectos de la técnica de gingivoplastia, ya que los resultados de la gingivectomía a veces son antiestéticos al quedar cuellos dentarios y raíces descubiertos de encía así como sensibilidad postoperatoria, por lo que este motivo me lleva a reafirmar que la cirugía preprotética combinada con las demás ramas de la Odontología forman el éxito de la Odontología integral actual.

20.- Si el sangrado no es suficiente al tratar los defectos óseos, entonces se deberá provocar, haciendo perforaciones con fresa de bola ya que sobre el coágulo de la hemorragia se organizará la cicatrización de los defectos óseos, bolsas parodontales, lo que es también válido en los cuidados -- del alvéolo.

21.- Siempre hay que establecer un plan de tratamiento - organizado en cirugía, el cual lo podemos dividir en 3 fases:

I Fase: Donde se incluye todo método de preparación - del paciente : Historia Clínica, análisis de laboratorio, premedicación, eliminación de - cuadros agudos de infección, métodos de hi--

giene bucal, eliminación de caries, control de placa bacteriana, eliminación de factores irritantes locales.

II Fase : Propia del tratamiento: quirúrgico, protésico rehabilitador.

III Fase : De mantenimiento, cuidados postoperatorios reajustes, rebases de prótesis, visitas periódicas, las cuales según el tipo de tratamiento y evolución del paciente se darán cada mes, cada 6 meses, o cada año.

22.- Ante la presentación de técnicas quirúrgicas cada vez más sofisticadas, opino que llegará el día en que el promedio de vida de un diente en cavidad oral será comparable al promedio de vida del ser humano, ya que los niveles de prevención nos llevarán a ser Cirujanos dentistas bien preparados y pasaremos de la crisis del tradicional sacamuelas hacia el campo científico de la Odontología.

23.- Considero necesario que el Cirujano dentista de --- práctica general tenga la orientación suficiente sobre el tratamiento quirúrgico y ser sincero con el mismo, debemos abandonar toda actitud egoísta y reservada para comunicar y discutir nuevas técnicas e ideas, y no conformarnos siempre con lo que leemos en los libros, ya que tratamos con seres humanos - y si el caso está fuera de nuestro alcance debemos solicitar ayuda o remitir al paciente, debemos recordar que tanto el especialista, el práctico general, como el pasante y el estudiante de Odontología empezamos en igualdad de circunstancias en un intento por conseguir el equilibrio del sistema estomatognático.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Archer, W.H.
Cirugía Bucal.
Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. 1968.
- 2.- Bhaskar, S.N.
Patología Bucal, segunda ed.
Buenos Aires Argentina, Edit. El Ateneo, 1975
págs. 137, 213, 314, 317.
- 3.- Birn, H.
Winther, J.E.
Manual of Minor Oral Surgery
A Step by Step Atlas
Munsgaard Copenhagen, 1975
págs. 109-122.
- 4.- Ganong, William P.
Manual de Fisiología Médica, quinta ed.
México, Edit. El Manual Moderno, 1975
Capítulo 21 págs. 337-339.
- 5.- Guralnik, Walter C.
Tratado de Cirugía Oral.
Barcelona, Edit. Salvat, 1971.
págs. 160-171, 451-463.
- 6.- Glickman, Irving.
Periodontología Clínica, cuarta ed.
México, Edit. Interamericana S.A. 1974, págs. 800-802
Capítulos 1, págs. 6-26 42, págs. 608-618
2, " 31-40 43, " 620-654
3, " 42-52 44, " 656-676
4, " 54-64 45, " 678-693
37, " 533-559 54, " 872-907
38, " 560-568 59, " 966-967
41, " 605-607

- 14.- Prichard, F. John.
 Enfermedad Periodontal Avanzada, cuarta ed.
 México, Edit. Interamericana S.A. 1977.
 Capítulos: 8 , págs. 327-375
 9 , " 379-406
 10 , " 437-449
 12 , " 535-601
 18 , " 805-833
 20 , " 905-979
- 15.- Ramírez, Corte José.
 Periodoncia I (apuntes)
 E.N.E.P.I. Clínica Acatlan, 1978.
- 16.- Ries, Centeno G.A.
 Cirugía Bucal, segunda reimpresión
 Buenos Aires Argentina, Edit. El Ateneo, 1975.
 "Indicaciones de extracción con Alveolotomía" " Cirugía
 con fines protésicos".
- 17.- Rouviere, H.
 Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica.
 Tomo I, Cabeza y Cuello.
 México, Edit. Nacional S.A. 1975, págs. 108-113, 123---
 140.
- 18.- Saizar, Pedro.
 Prostodoncia Total
 Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. 1972.
 Capítulos: I , págs. 8-24
 VIII, " 148-164
- 19.- Silva, Rodríguez, Guillermo.
 Cirugía Bucal I y II (apuntes).
 E.N.E.P.I. Clínica Acatlan, 1978-1979.

- 20.- Starshak, Thomas J.
 Cirugía Bucal Preprotética.
 Buenos Aires Argentina, Edit. Mundi S.A. 1974.
 Capítulos: 1 , págs. 1-21
 2 , " 23-29
 4,, " 59-81
 5 , " 82-98
 6 , " 99-112
 7 , " 113-144
 8,, " 145-166
- 21.- Steinhäuser, E.
 10 años de experiencia en Cirugía Preprotética y Resultados.
 Deutsch Zahnärztl Z.
 25:113-120 , 1970.
- 22.- Thoma, Kurt H.
 Cirugía Oral, quinta ed.
 St. Louis, Mosby Co. 1969.
 págs. 127-226.
- 23.- Wilton, W. Cogswell.
 Dental Oral Surgery.
 Out West Printing and Stationery Co.
 Colorado Springs , 1932, pág. 270.

Catálogos A y B sobre instrumental
 Hu- Friedy.
 Chicago 1979.