

27-83



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS MAS
IMPORTANTES EN LA CIRUGIA BUCAL
PREPROTETICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA MARCELA VALDES MARTIN DEL CAMPO

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I	ANATOMIA Y FISILOGIA BUCAL DE MAXILAR Y MANDIBULA.	1
	a) Inervación	
	b) Miología	
	c) Osteología.	
CAPITULO II	PRINCIPIOS DE LA CIRUGIA	18
CAPITULO III	ODONTECTOMIA	29
	a) Unirradicular	
	b) Multirradicular	
CAPITULO IV	ALVEOLOPLASTIA	33
	a) Historia	
	b) Objetivos y principios	
	c) Tipos y técnicas	
CAPITULO V	REDUCCION DE EXOSTOSIS EN:	44
	a) Maxilar	
	b) Mandíbula	
CAPITULO VI	FRENILECTOMIA	49
	Técnicas de:	
	a) Federspiel	
	b) L Hirondelet - Aranowics	
	c) Wassmund	

CAPITULO VII	SURCOPLASTIA	56
	a) Técnica para Maxilar Superior	
	b) Técnica para Maxilar Inferior	
CAPITULO VIII	COMPLICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS	67
	a) Terapéutica Medicamentosa	
CAPITULO IX	CONCLUSIONES	

INTRODUCCION

Una de las materias más extensas en la carrera de Odontología es sin duda, la Cirugía Bucal. Por lo que los programas de estudio no abarcan completamente algunos temas específicos sobre dicha materia.

Esto es que solamente se tratan, a consideración del catedrático, los puntos más importantes en cuanto a su extensión, haciendo mayor relevancia en los casos clínicos más comunes ó en los principios básicos de la Cirugía Bucal. Por esta razón es conveniente recordar algunos aspectos importantes de la Cirugía Bucal Preprotética. Iniciando por las consideraciones anatómicas y fisiológicas pertinentes al tema y posteriormente desglosarse cada uno de ellos de la siguiente manera, generalidades y sintomatología según el caso, indicaciones y técnica quirúrgica.

Después de tratar cada uno de los temas específicos se encontrará un capítulo referente a las complicaciones pre y postoperatorias y la terapéutica medicamentosa indicada para cada caso particular.

Datos estadísticos publicados en los Estados Unidos revelan que existen 20 millones de personas de 65 años de edad aumentando hasta un 10% de la población senil

total. Esto es debido a las medidas de seguridad pública que en ese país se llevaron a cabo, así como los cuidados médicos que cada vez están mejorando.

Se tomaron estos datos con el fin de dar a conocer que la población senil está aumentando no solo en Estados Unidos sino, en la mayoría de los países occidentales. Después de analizar estos puntos se puede observar que desde un punto de vista Odontológico los grandes volúmenes de pacientes que requerirán de prótesis totales o parciales, y esto es indicativo de que aumentarán los problemas para el ajuste de las prótesis así como su confección, ya que la mayoría de los pacientes que se someten a un tratamiento protético, han de llevar estas prótesis con desagrado, molestia, y vergüenza, y podrían llevarse cómodas y funcionales si se llevaran a cabo alteraciones quirúrgicas para mejorar su uso. Por esta razón el Cirujano de práctica general, la mayoría de las veces se encuentra indeciso en el tipo de tratamiento a seguir cuando se presentan problemas de tipo protético en algunas estructuras de los maxilares, ya sea en el tejido gingival o en el óseo. Esto puede ser por mencionar algunos, excesiva reabsorción en el caso de los pacientes edentulos, o el crecimiento exagerado de mucosa gingi

val en pacientes parcialmente desdentados: por lo tanto estos problemas evitan que el tratamiento protético sea adecuado y casi siempre provocan el fracaso del mismo.

Precisamente para evitar estos inconvenientes tenemos a la Cirugía Bucal Preprotética que nos proporciona el tipo de tratamiento específico para cada caso particular.

Esta rama de la Odontología (La Cirugía Bucal) está un poco relegada por el Cirujano Dentista ya que en algunos casos el tratamiento es bastante molesto para el paciente y por otra parte el facultativo no tiene la habilidad necesaria para llevarla a cabo.

La Prostodoncia tiene por meta restaurar las porciones estéticas y funcionales del sistema gnatológico perdidas o ausentes congénitamente.

CAPITULO I

OSTEOLOGIA

El conocimiento de la anatomía y fisiología de los maxilares es esencial para el estudio y la práctica de la cirugía bucal preprotética.

La forma y el contorno general de la cara depende - de la estructura de los tejidos duros subyacentes y también de la cantidad y consistencia de los tejidos blandos que cubren el armazón óseo y cartilagosos. Cuando se pierden los dientes el contorno facial cambia, salvo que se restaure con exactitud el soporte adecuado - del tejido blando de labio y carrillo.

Para ayudar al mantenimiento del contorno y la posición normal del labio superior, el Cirujano Dentista debe al extraer los dientes, preservar la mayor cantidad posible del proceso alveolar superior, y después, debe reproducir el contorno de los tejidos duros en la prótesis.

El rebasado y equilibrio oclusal periódico de las prótesis es necesario para compensar la relación gradual del proceso alveolar que se produce después de la extracción de los dientes.

La reabsorción vertical sin esa compensación tiene - por consecuencia el acercamiento de la relación maxilo-mandibular, que a su vez cambia la forma y el aspecto de la cara.

La cabeza se compone, del cráneo y el esqueleto facial. Ocho huesos componen el cráneo, mientras que el esqueleto facial cuenta con 13 huesos.

MAXILAR SUPERIOR

Es un hueso par situado en el centro de la cara, en donde las piezas dentarias superiores tienen sus correspondientes puntos de implantación, y entra en la constitución de las principales regiones de la cara, la bóveda palatina, fosas nasales, cavidad orbitaria, fosas cigomáticas y fosas pteriomaxilares.

Es regularmente cuadrilátero y ligeramente aplanado - de adentro a afuera, constituido por dos caras, cuatro - bordes y cuatro ángulos.

Caras:

1) Cara Interna.- En esta cara llama la atención la apófisis palatina ya que presta unión de 3/4 partes superiores de hueso con 1/4 parte inferior.

a) Apófisis Palatina.- Es aplanada de arriba a abajo y de forma cuadrilátera, se debe considerar en ella 2 caras y 4 bordes.

Su cara superior plana y lisa forma parte del piso de las fosas nasales. Su cara inferior rugosa y sembrada de pequeñas cavidades y orificios vasculares y entra en gran parte en la constitución de la bóveda palatina. Por su borde externo se confunde con el maxilar. Su borde interno es más rugoso por delante que por detrás, y sumamente rugoso en su extensión. Su borde anterior contribuye a formar el orificio anterior de las fosas nasales.

Su borde posterior muy delgado, y rugoso se articu-
la con el borde anterior de la porción horizontal
del palatino.

- 2) Cara externa.- La cara externa mira hacia afuera
y un poco hacia adelante, en esta cara encontramos:
 - a) Fosilla mirtiliforme.- Se encuentra como una depre-
sión vertical por encima de los incisivos, cuya pro-
fundidad es muy variable.
 - b) Eminencia canina.- La fosilla mirtiliforme está limi-
tada por detrás por una eminencia generalmente muy
marcada que corresponde a la raíz del canino y se
llama eminencia canina.
 - c) Apófisis piramidal.- Más allá de la eminencia cani-
na, la cara externa del maxilar está enteramente o-
cupada por una considerable prominencia transversal,
que toma la forma de una pirámide de base triangular
llamada apófisis piramidal del maxilar superior.

Bordes:

Por su situación se distinguen en anterior, posterior,
inferior y superior.

- 1) Borde anterior.- En el borde anterior encontramos:
 - a) Parte anterior de la apófisis palatina
 - b) Escotadura nasal
 - c) Borde anterior de la apófisis ascendente
- 2) Borde posterior.- Redondo y grueso ha recibido el -
nombre de tuberosidad del maxilar.

En su mitad superior es liso en donde constituye la
pared anterior de la fosa pterigomaxilar, en su mi-

tad inferior está cubierto de asperezas para articularse con el palatino a veces se encuentra en esta zona un canal vertical llamado conducto palatino posterior, con el nervio palatino posterior.

- 3) Borde superior.- Es delgado, irregular, limita por dentro la pared inferior de la órbita y se articula con tres huesos de adelante atrás, el unguis, palatino del etmoides y la apófisis orbitaria del palatino.
- 4) Borde inferior: Esta sembrado de cavidades o alveolos, en los cuales se implantan las raíces de las piezas dentarias, estos alveolos se subdividen, a nivel de los molares en 2, 3 ó 4 fosillas secundarias en exacta relación con la división de las raíces de los mismos.

Ángulos:

De los 4 ángulos del maxilar superior 2 son superiores y 2 inferiores; ó también 2 anteriores y 2 posteriores. Únicamente tienen algún interés el ángulo anterosuperior. En efecto sirve de base a una larga apófisis, - que lleva dirección vertical: es la apófisis palatina ascendente.

Seno Maxilar

El seno maxilar es una cavidad anexa a las fosas nasales, ocupa la parte central del hueso maxilar superior. Tiene forma de pirámide cuadrangular, de base interna y - con el vértice dirigido hacia el hueso malar.

En el seno se consideran 4 paredes, 1 base, 1 vértice y 4 bordes.

Paredes.- Las 4 paredes del seno se denominan superior u orbitaria, antero-externa ó facial, posterior e inferior.

Pared superior.- Tiene forma triangular, es muy delgada, aunque sólida y ligeramente inclinada hacia afuera y abajo, en esta pared se encuentra el conducto infraorbitario, en el que se aloja el nervio infraorbitario.

Pared antero-externa.- Esta cubierta por los tejidos blandos, se extiende por arriba hasta el borde orbitario, y por abajo con las vecindades de la raíz del canino hasta las proximidades de las raíces del segundo molar.

Esta pared se encuentra ligeramente excavada por la fosa canina; de la mayor ó menor profundidad de esta fosa depende en parte del volumen del seno maxilar.

Pared póstero-inferior.- Es convexa tiene un espesor de 2 a 3 mm.

Base

Se halla dividida en 2 porciones por la inserción del cornete inferior:

Una porción antero-inferior y una porción póstero-superior.

La porción antero-inferior, esta formada por la pared externa del meato inferior; es la vía de elección para la punción del seno.

La porción póstero-superior esta en relación con el meato medio.

Vértice

Esta situado a la altura de la mitad interna del hueso malar.

Bordes.- Los 4 bordes se denominan en anterior, posterior, superior e inferior.

Borde anterior.- Este borde es resultante de la unión de la pared interna ó nasal con la anteroexterna ó facial.

Borde posterior.- Es bastante ancho, esta en relación con el palatino y con la apófisis pterigoides.

Borde superior.- Es el resultado de la unión de las pa redes nasal y orbitaria.

Borde inferior.- Es el resultado de la unión de la pared nasal con la pared pósteroinferior. A veces llega en altura hasta por debajo del suelo de las fosas nasales.

La profundidad del seno es muy variable. Hay senos po co profundos, cuyo piso queda bastante alejado de los ápices radiculares, y senos que descienden tanto que los á pices hacen emergencia en el suelo antral, cubiertos por una sola capa de tejido óseo, en forma de cúpulas.

Las dimensiones del seno varían extraordinariamente, -- según la edad, el seno y las distintas configuraciones -- maxilares. La capacidad media del seno es de 1.0 a 12 -- centímetros cúbicos pudiendo existir senos chicos, de -- 2cm cúbicos y senos grandes que pueden alcanzar hasta 25 cm cúbicos.

La papila palatina es una eminencia lisa, situada por detrás de los incisivos centrales y con frecuencia sobre el borde la cresta, tiene un tamaño aproximado de 2mm de ancho por 3 ó 4mm de largo; de forma redondeada y consistencia variable. Por encima de ella se encuentra el agujero palatino anterior, en donde desembocan la arteria esfenopalatina interna; rama de la esfenopalatina, que es a su vez rama terminal de la maxilar interna; y el nervio esfenopalatino interno rama eferente del ganglio esfenopalatino, según su consistencia será objeto de alivio para capacitar su irrigación y apoyo.

Inmediatamente detrás de esta papila y en la línea media se encuentra el repliegue correspondiente al rafe sutural medio, a los lados de este repliegue mucoso existen otros en forma irregular que irradian del centro hacia afuera en un número de 3, 4 ó más correspondiendo a la altura de los laterales, caninos y premolares; se le conoce con el nombre de rugas palatinas y tienen una función auxiliar en la fonación, se les considera como caracteres propios de la cavidad bucal.

MAXILAR INFERIOR

Es un hueso impar, central y simétrico que generalmente se divide en 2 partes: Cuerpo y Ramas

1) Cuerpo.- Tiene forma de herradura, cuya concavidad mira hacia atrás, presenta 2 caras y 4 bordes

a) Cara Interna.- presenta en su parte media una línea vertical llamada sínfisis mentoniana, deprimida en forma de surco, termina debajo de una eminencia piramidal llamada eminencia metoniana, de cada lado de la eminencia mentoniana, parte una línea saliente, la línea oblicua externa de la mandíbula, un poco por encima de la línea oblicua aproximadamente a nivel del segundo premolar, se encuentra un orificio circular, el agujero mentoniano.

b) Cara externa.- presenta en la línea media 4 pequeñas eminencias designadas con el nombre de apófisis geni, están dispuestas de 2 en 2 y se insertan las 2 superiores a los músculos genioglosos y las 2 inferiores a los músculos geniohioideos.

Aquí también se encuentra la línea oblicua interna ó milohioidea que presta inserción al músculo milohioideo.

Bordes

a) Borde superior.- En el borde superior del maxilar inferior se encuentran distintas cavidades en las cuales se alojan las raíces de las piezas dentarias.

b) Borde inferior.- Redondeado y obtuso, presenta a cada lado de la sínfisis una depresión oval y en extremo rugosa, llamada fosita digástrica en la cual se inserta -

el vientre anterior del músculo digástrico

Ramas

Las ramas del maxilar inferior son cuadiláteras, más altas que anchas, y llevan una dirección oblicua hacia - arriba y atrás.

Tiene 2 caras y 4 bordes:

Caras

a) Cara externa.- la cara externa presta marcada líneas rugosas destinadas a la inserción inferior del músculo ma setero.

Estas rugosidades son notables principalmente en la por ción inferior de la cara.

b) Cara interna.- La cara interna presenta primeramente en su centro un ancho orificio, el orificio superior - del conducto dentario, por el cual pasan el nervio y los - vasos dentarios inferiores.

Por delante y abajo de este orificio se encuentra la - espina de Spix, especie de laminilla triangular que se di rige verticalmente hacia arriba y en la cual viene a inser tarse el ligamento esfenomaxilar.

Bordes

Los 4 bordes de la rama ascendente del maxilar inferior se dividen en anterior, posterior, superior, inferior.

a) Borde anterior.- el borde anterior, oblicuo de arri ba a abajo y detrás adelante representa un canal cuyos 2 bordes se separan uno del otro a medida que descienden y - se continúan respectivamente, a nivel del cuerpo del hue

so, con las dos líneas oblicuas.

b) Borde posterior.- Es ligeramente contorneado en forma de S itálica, es redondo y liso; está en relación con la parótida; y de ahí el nombre que le dan algunos autores, de borde parotídeo.

c) Borde superior.- El borde superior lo forman 2 apófisis voluminosas: Una anterior llamada apófisis coronoides; otra posterior designada con el nombre de cóndilo mandibular.

Estas 2 apófisis están separadas por una escotadura profunda llamada escotadura sigmoidea.

d) Borde inferior.- El borde inferior de la rama se continúa sin ninguna línea de demarcación con el borde inferior del cuerpo.

El cóndilo mandibular es una eminencia elipsoidal aplanada en sentido anteroposterior, se articula con la cavidad glenoidea y el cóndilo del temporal. El cóndilo está unido a la rama mandibular por una porción estrecha llamada cuello del cóndilo.

En la parte antero-interna de este cuello se ve una depresión o fosita, siempre muy marcada destinada a la inserción del pterigoideo externo.

Apófisis coronoides, aplanada en sentido transversal, tiene la forma de un triángulo, cuyo vértice dirigido hacia arriba es liso, y la base forma cuerpo con la rama del maxilar, en esta apófisis se inserta el músculo temporal

MUSCULOS MASTICADORES

Los músculos destinados a la masticación están representados, por una masa muscular única, que se extiende desde la base del cráneo a la mandíbula. Estos músculos se desarrollan a expensas del mesodermo del arco branquial

Los músculos masticadores son:

- a) Temporal
- b) Masetero
- c) Pterigoideo interno
- d) Pterigoideo externo

Estos 4 músculos tienen por función común elevar la mandíbula.

El descenso de este hueso lo produce un músculo, que toma igualmente origen en la base del cráneo, y debido a su forma, en el hombre se denomina digástrico, este quinto músculo masticador se haya situado en la región supra-hioidea.

- Temporal

El músculo temporal ocupa la fosa temporal, es un ancho abanico cuya base se haya dirigida arriba y atrás y cuyo vértice corresponde a la apófisis coronoides del maxilar inferior. Se inserta por arriba en la línea temporal inferior, en toda la extensión de la fosa temporal - situada por debajo de la línea temporal inferior, en la cara profunda de la aponeurosis que lo cubre, pero solamente en sus dos tercios superiores, en la parte media - de la cara interna del arco cigomático, por algunos fascí

culos de desarrollo muy variable, y también en la cara anterior del tendón de origen del músculo masetero.

Los fascículos carnosos del músculo temporal se dirigen: Los anteriores verticalmente abajo, los medios, oblicuamente abajo y adelante y los posteriores, horizontalmente adelante. está irrigado por las tres arterias temporales profundas anteriores, posteriores, y media. - Las ramas terminales de estas arterias situadas en el interior del músculo, se anastomosan entre sí por finos canaliculos paralelos a las fibras musculares.

De las tres arterias, la temporal profunda media es la más voluminosas; la temporal profunda anterior la menos desarrollada.

La aponeurosis temporal es irrigada por la arteria temporal superficial y la temporal profunda posterior; - estas arterias, como todas las de las aponeurosis, son extremadamente delgadas.

El músculo temporal esta inervado por tres ramas del maxilar inferior, la rama temporal profunda anterior, la temporal media y la temporal profunda posterior, estos tres nervios penetran en el músculo por su cara profunda.

La función del músculo es elevar la mandíbula y lo aplica al maxilar superior, atrae el cóndilo hacia atrás y lo conduce hacia la cavidad glenoidea, cuando ha sido llevado hacia adelante por la contracción de los pterigoideos externos.

- Masetero

Es un músculo corto, grueso, de forma cuadrilátera, situado en la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Este músculo está constituido por 2 fascículos, los cuales se denominan: Fascículo Superficial y Fascículo profundo.

a) Fascículo Superficial.- Es el más importante de los dos, se inserta por arriba en los 2 tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático.

b) Fascículo profundo.- Está situado por dentro del fascículo superficial. Las fibras que lo constituyen se insertan a la vez en el borde inferior y en la cara interna del arco cigomático.

El masetero posee arterias superficiales y arterias profundas.

a) Las arterias superficiales son suministradas de la facial y la transversal de la cara. La facial da 2 arteriolas: Una la maseterina inferior, la otra de calibre muy reducido, es premaseterina y tiene un recorrido muy corto.

b) Las arterias profundas proceden de la maxilar interna y de la transversal de la cara. La primera muy pequeña da a la arteria maseterina clásica que acompaña al nervio maseterino. Este nervio se encuentra inervado por el nervio maseterino, rama del maxilar inferior. Dirigién-

dose de adentro afuera pasa por la escotadura sigmoidea del maxilar inferior, tiene como acción elevar el maxilar inferior.

- Pterigoideo interno

Situado por dentro de la rama del maxilar, el pterigoideo interno es un músculo grueso, de forma cuadrilátera, que se extiende de la apófisis pterigoides al ángulo del maxilar inferior.

La parte de inserción inferior del pterigoideo interno se extiende comunmente desde el borde inferior de la rama del maxilar hasta el orificio superior del conducto dentario. La zona de inserción maxilar tiene la forma de un triángulo cuyo vértice corresponde al ángulo mandibular, la base al canal milohioideo y al orificio de entrada del conducto dentario inferior.

Esta irrigado por la arteria pterigoidea interna, esta arteria, nace de la palatina ascendente, ora directamente de la facial. El pterigoideo interno esta innervado por una rama del maxilar inferior, el nervio del pterigoideo interno que penetra en el músculo por su cara interna, acompañado de la arteria pterigoidea. Su acción principal es elevar el maxilar inferior, a causa de su oblicuidad, imprime a este hueso ligeros movimientos de lateralidad.

- Pterigoideo externo

El músculo pterigoideo externo se aloja en la fosa ci-

gomática representa un ancho abanico, o mejor un cono cuya base corresponde a la base del cráneo y cuyo vértice ocupa la parte interna de la articulación temporomaxilar.

Este músculo tiene 2 fascículos de origen en la base del cráneo: un fascículo superior o esfenoidal y otro inferior ó pterigoideo.

a) El fascículo superior ó esfenoidal se inserta en la porción del ala mayor del esfenoides que forma la bóveda de la fosa cigomática.

b) El fascículo inferior ó pterigoideo, como su nombre lo indica, en la cara externa de la apófisis pterigoides y, en la parte inferior, en la porción externa de la apófisis piramidal del palatino.

El pterigoideo externo esta irrigado por la arteria - maxilar interna. Esta emite ramas cortas, tenues y numerosas, unas ascendentes y otras descendentes, se encuentra a menudo en la cara profunda del músculo una arteriola nacida de la manígea media ó directamente de la maxilar interna.

Está inervado por una rama procedente del nervio temporobucal rama del maxilar inferior, Su principal acción es dirigir hacia adelante y adentro el cóndilo sobre el que se inserta.

a) GARDNER GRAY - ANATOMIA

b) G. A. RIES CENTENO - CIRUGIA BUCAL

c) TESTUT L. JACOB - ANATOMIA TOPOGRAFICA

CAPITULO II

PRINCIPIOS DE LA CIRUGIA

El diagnóstico acertado de los padecimientos dentales y médicos se realiza mediante la valoración cuidadosa de la información que se obtiene sistemáticamente del paciente a través de su historia, examen físico, radiografías y análisis de laboratorio indicados.

Valoración Preoperatoria del Paciente

Historia Clínica y Examen Bucal.

La historia clínica se divide básicamente:

a) *Sintomatología Clínica Principal*, en la que se registran los síntomas presentados por el paciente y su duración.

b) *Padecimiento Actual*, en la que se registran localización, tipo regiones de irradiación, duración, relación con otras funciones y respuesta a los diferentes fármacos de prescripción.

c) *Antecedentes Personales*, nos informarán sobre los padecimientos, en las que se especifica en detalle el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, secuelas y tratamientos.

d) *Examen Clínico*, se debe valorar el estado físico - del paciente así como las condiciones en las que se hayan los tejidos peribucal, los tejidos blandos se valorarán y examinarán manualmente y visualmente, palpando para descubrir crecimientos ocultos o zonas de sensibilidad.

Hay que observar los movimientos musculares de la lengua, labios paladar blando y duro, tomando en cuenta su función anormal ó asimétricas, hay que valorar los frenillos vestibulares y linguales para detectar posibles interferencias tanto bucales como protésicas.

Se examinarán mucosas de los labios, carrillo, paladar, lengua, piso de la boca, y procesos alveolares para descubrir úlceras, tejido hiperplásico, zonas de queratosis y otras lesiones.

Hay que valorar la relación de la mucosa bucal móvil con el tejido gingival fijo y tener presente que el parodontio está preparado para el soporte de las prótesis, -- mientras que la mucosa del vestíbulo proporcionará un sellado periférico.

Hay que examinar los procesos alveolares y tomar en cuenta la presencia de retenciones óseas, bordes filosos, al igual de la forma y estructura general de los rebordes alveolares.

Examen Radiográfico

Es necesario tanto antes como después de la intervención quirúrgica el examen radiográfico, de esta manera se revelarán muchas afecciones que no podrían ser diagnosticadas y que constituyen un registro permanente del estado del paciente.

Las radiografías seriadas intrabucuales proporcionan mayor detalle que las radiografías de los maxilares.

La radiografía lateral de cráneo es de utilidad para establecer la relación maxilomandibular completa y correcta.

La radiografía cefalométrica son particularmente útiles para planificar la corrección quirúrgica de desarmonía maxilomandibular y el registro del contorno facial.

Modelos de Estudio

Este elemento de diagnóstico es indispensable en cirugía bucal preprotética ya que ayuda al cirujano a diseñar la intervención y además a la preparación de prótesis inmediata, que se colocan una vez terminada la cirugía.

Los modelos de estudio son útiles para planificar la localización y cantidad de tejido óseo por eliminar durante la Alveolectomía y ayudan a detectar las tuberosidades en el hueso alveolar durante la confección de placas totales, en donde los movimientos funcionales de la mandíbula dejan huella en el rodete de cera indicando un espacio maxilomandibular inadecuado.

Examen de Laboratorio

En la mayoría de los casos de diagnóstico odontológico no se precisan los datos de laboratorio, sin embargo si se sospecha la presencia de una enfermedad sistémica con frecuencia el diagnóstico se confirma mediante las pruebas hematológicas y bioquímicas, las cuales hay algunas que se van a realizar por rutina, como son el examen de sangre que debe incluir el valor hematocrito y cuenta leu

cositaria, por ejemplo los leucositos polimorfonucleares tienden a aumentar en estados inflamatorios agudos y después de traumatismos.

Las pruebas de laboratorio como sangrado y coagulación pueden llevarse a cabo en el consultorio dental por el metodo de DUKE. El tiempo normal de sangrado es de 3 minutos, y el tiempo normal de coagulación es de 7 minutos.

Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio según las necesidades del paciente. Así un paciente que ha presentado hemorragia después de una extracción ó cualquier tratamiento dental, puede exigir otras pruebas como tiempo de sangrado, tiempo de coagulación y de protrombina.

La biopsia es un procedimiento de laboratorio de un gran valor y su importancia es bien conocida. Cada vez que se elimine tejido patológico, es menester enviarlo al patólogo para que realice el examen microscópico y poder obtener un diagnóstico correcto.

Asepsia y Antisepsia

La asepsia y Antisepsia nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de estos al organismo, y la Antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado a tal organismo.

Antisepsis

Autoclave.- Es el aparato de preferencia para la esterilización, proporciona calor húmedo en forma de vapor saturado a presión la combinación de humedad y calor es el medio más eficaz para destruir bacterias, esporas y hongos.

El tiempo del autoclave para los paquetes utilizados en cirugía bucal requieren 30 minutos a 121 grados centígrados a 15 libras de presión para quedar esterilizados, los guantes de hule son más frágiles y necesitan 15 minutos a 121 grados centígrados a 15 libras de presión.

Esterilización con Agua Hirviendo

Generalmente el agua hirviendo no llega a una temperatura mayor de los 100 grados centígrados, algunas de las esporas bacterianas resistente al calor pueden sobrevivir esas temperaturas durante largos períodos.

Si se utiliza esterilización con agua hirviendo se recomienda se empleen medios químicos para elevar el punto

de ebullición del agua aumentando así su poder bactericida. Resulta eficaz la solución de carbonato de sodio - al 2 %.

Esterilización con Calor

La esterilización con calor seco a temperaturas elevadas durante largos períodos se usa ampliamente en la Odontología; esta técnica proporciona un medio para esterilizar instrumentos, cera para hueso y otros instrumentos ó artículos que no se prestan a esterilización de agua caliente ó vapor bajo presión, el calor seco no ataca al vidrio ni causa oxidación.

La esterilización de pequeñas cargas se logra a 170 - grados durante 1 hora, la mayor desventaja que presenta la esterilización por calor seco es el largo tiempo que se requiere para obtener la seguridad de resultados bactericidas.

Esterilización Fría

Ninguna de las substancias utilizadas para la esterilización fría satisface todos los requisitos, el alcohol es muy caro se evapora con facilidad y oxida los instrumentos, el cloruro de benzalconio en solución de 1:1000 requiere un aditivo antioxidante (Nitrato de Sodio) y largos períodos de inmersión por 18 hrs.

Recientemente se han utilizado compuestos de hexacloro feno para esterilizar en frío. Se dice que estos agentes

Químicos esterilizan en tres horas instrumentos vulnerables al calor, la mayoría de estos compuestos probablemente matan todas las bacterias vegetativas pero hay duda que puedan actuar sobre esporas y hongos.

Instrumental

En el consultorio es conveniente tener preparado por adelantado varias charolas con instrumentos quirúrgicos esterilizados.

Las charolas deben tener el siguiente instrumental:

- a) Mango de bisturí Bardparker # 3 con hoja # 15
- b) Elevador periostico #9
- c) Elevador recto # 40
- d) Cureta de Lucas
- e) Lima para hueso
- f) Pinza hemostática curva
- g) Alveolotomo
- h) Punta para succión
- i) Pinza de curación
- j) Pinza de campo
- k) Porta suturas
- l) Tijeras
- m) Fresas para hueso, de carburo baja velocidad
- n) Abrebocas
- ñ) Separadores de Farabeuf

Y el instrumental necesario según lo requiera la inter
vención quirúrgica.

Cirugía Atraumática

El trato delicado de los tejidos blandos y hueso da por resultado la reducción del dolor postoperatorio, inflamación, hemorragia e incapacidad funcional. Durante los procedimientos quirúrgicos el más importante es la hemostasia, el tejido de granulación es muy vascularizado y sangra con profusión durante períodos prolongados. Por esta razón debe ser eliminado todo tejido con infección crónica del alveolo inmediatamente de extraído el diente.

Principios de la extracción Dentaria

- 1) Acceso claro al campo quirúrgico y buena visibilidad
- 2) Control de la fuerza utilizada
- 3) Creación de una vía libre para la extracción dentaria.

Para llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico es preciso ver la totalidad de la zona quirúrgica, para ello es necesario realizar un colgajo de tejido blando y osteotomía, la buena iluminación y la succión apropiada son indispensables para proporcionar buena visibilidad a todo el campo quirúrgico.

Principios de la Cirugía por Colgajo de Tejido blando

Los procesos alveolares de los maxilares están revestidos por tejido blando que se compone fundamentalmente de epitelio y de tejido conectivo subyacente. Frecuentemen-

de la encía y la mucosa alveolar deben ser incididos despegados y rechazados para exponer el hueso y los dientes subyacentes.

Cada vez que se separa tejido adyacente el aporte sanguíneo se haya en peligro, el éxito o fracaso de todo -- procedimiento quirúrgico el cual moviliza el tejido y -- depende de la vascularización y la vitalidad de los tejidos interesados.

- 1) El colgajo debe ser lo suficientemente grande para dar acceso al campo quirúrgico.
- 2) El aporte sanguíneo al colgajo debe ser mantenido.
- 3) El colgajo debe ser mucoperióstico.
- 4) Es preciso obtener la hemostasia y prevenir la formación de hematomas.
- 5) El colgajo debe ser suturado y quedar inmovilizado hasta su cicatrización.
- 6) Si hay que cubrir un defecto óseo, los bordes del colgajo deben apoyarse sobre una base sólida.

Muchas veces es suficiente hacer un colgajo en bolsillo es decir sin liberatrices pero con mayor frecuencia hay que hacer incisiones liberadoras en el extremo anterior o posterior del colgajo para exponer mejor el campo operatorio. Cuando se realizan incisiones liberadoras estas deberán encontrarse en los extremos anterior de la incisión, a un diente de distancia de la zona de la cirugía ósea.

a) STARSHAK J. THOMAS - CIRUGIA BUCAL
PREPROTETICA

b) DR. TAKAO KIMURA. - MANUAL DE EXODONCIA 1

CAPITULO III

ODONTECTOMIA

El método de la extracción dentaria por odontectomía como su nombre lo indica, consiste en dividir previamente al diente antes de extraerlo. Esta división puede aplicarse a los dientes erupcionados, ó a los dientes retenidos. La sección puede ubicarse a nivel del diente, separando la corona de la porción radicular, ó bien dividir al órgano dentario en dos ó más fragmentos de acuerdo con el número de raíces que posea. Con este método se trata de hacer de un cuerpo único tres elementos separados entre sí.

La Odontosección puede realizarse como un coadyuvante de la operación a colgajo, ó llevarse a cabo sin el colgajo previo. Pero por lo menos debe prepararse un colgajo mínimo, con el objeto de no herir y traumatizar el tejido gingival. Es en la extracción de los molares donde puede aplicarse exitosamente este procedimiento, tan sencillo, tan simple y que sin embargo puede transformar -- una extracción complicada, en una maniobra fácil.

Indicaciones

- 1) Dientes con caries muy profundas, en donde la corona ha sido destruída por el proceso carioso.
- 2) Cuando hay hipercementosis y presencia de hueso esclerótico.
- 3) Dientes que tienen raíces divergentes que por el -

método convencional no pueden ser extraídos.

4) Dientes con posición ectópica, heterotópica y parcialmente retenidos.

Técnica para dientes unirradiculares

Se realizan las incisiones con bisturí para levantar un colgajo mucoperiostico, una vez desplazado el colgajo, con una fresa quirúrgica # 556 se procede a hacer una canaladura en la raíz hasta el tercio apical, posteriormente se introduce un elevador recto hasta fracturar la raíz. Los fragmentos se extraen con el elevador y la porción sobrante se le hace una canaladura entre el hueso y la raíz introduciéndose en ésta el elevador para poder luxar y extraer dicho fragmento.

Se lava el alveolo con suero fisiológico y se sutura el colgajo.

Técnica para dientes multirradiculares inferiores.

Se realizan las incisiones con bisturí se levanta un colgajo de espesor total, una vez desplazado el colgajo, con una fresa quirúrgica # 556 se procede a realizar la osteotomía en la tabla vestibular, hecha la eliminación de tejido óseo, con la misma fresa se hacen surcos longitudinales hacia la cámara pulpar, extendiéndose hasta la bifurcación de las raíces hacia el surco vestibular de la corona.

Se introduce un elevador en el surco hasta fracturar las raíces en dos partes, que posteriormente serán extraídas con el mismo elevador o con un forceps No. 69.

Se valorará si es necesario hacer la alveoloplastia y en caso de hacerla se hará con lima de hueso, se lava el alveolo con suero fisiológico y se sutura el colgajo sin dejar hueso expuesto.

Técnica para dientes multirradiculares superiores

Se realizan las incisiones con bisúrf, se levanta un colgajo de espesor total, ya desplazado y rechazado el colgajo, con una fresa de fisura No. 556 se procede a la eliminación de hueso, (esto puede realizarse también con martillo y cincel) y a la sección del diente dividiendo el cuerpo dentario en tres segmentos uno mesio bucal, otro disto bucal y el tercero palatino, la fresa debe llegar hasta el espacio interradicular consiguiendo separar la raíz palatina de las bucales, se coloca un elevador - en la cara bucal dirigiéndolo de atrás a adelante o viceversa, así nos cercioraremos de la separación radicular y al mismo tiempo se imprime un cierto grado de luxación. Se realiza el mismo procedimiento para la raíz palatina, una vez hecha la luxación se podrán hacer las extracciones con el forceps No. 69.

Se valorará si es necesario hacer la alveoloplastia y en caso de hacerla se hará con lima para hueso, se lava el alveolo con suero fisiológico y se sutura el colgajo - sin tensión.

a) G. A. RIES CENTENO - CIRUGIA BUCAL

CAPITULO IV

ALVEOLOPLASTIA

Boucher definió la Alveolectomía como la escisión de una parte del proceso alveolar, mientras que en años recientes muchos cirujanos bucales han adaptado los términos "ALVEOLOPLASTIA" para denominar el remodelado del proceso alveolar y no su eliminación.

Historia

La Alveoloplastia fué registrada por primera vez en U.S.A. por A. T. WILLARD de CHELSEA MASSACHUSETTS en 1853.

En 1876 W. GEORGE BERS de MONTREAL, presentó su tratamiento "HEROICO", una forma muy radical de alveoloplastia en el cual se eliminaron grandes partes de tabla interna y externa del alveolo, mediante gubias ó alveolotomos.

En 1920 SHEARER publicó "ALVEOLECTOMIA EXTERNA" que describe una técnica que había utilizado en 1905.

MOLT en 1923 realizó cuidadosos estudios preoperatorios en modelos de yeso, para evitar desafortunados resultados de procedimientos quirúrgicos demasiado extensos, señalaba que el tejido blando debería ser cerrado sin tratar de coaptar los márgenes de la herida para conservar la profundidad del surco vestibular.

Los problemas de la excesiva reabsorción ósea que se producían después de la alveolectomía en 1936, cuando -

O.T. DEAN publicó una técnica de alveolectomía intraseptal, totalmente nueva procedimiento que se utilizó en - 1916.

DEAN difería de otros pioneros en el campo de la cirugía bucal preprotética en que preconizaba la conservación de la tabla vestibular a expensas del hueso interradicular. Mediante esta técnica fracturaba y hundía la tabla vestibular hacia palatino dándole el contorno deseado. - Mediante este método no se quitaba el mucoperiostio del - hueso, en consecuencia el paciente experimentaba menos dolor e inflamación postoperatorias y menos reabsorción ósea. Muchos autores han afirmado que la alveolectomía intraseptal de Dean se prestaba muy bien para cirugías - de prótesis inmediatas.

En 1966 OBWEGESER dirigiéndose a la Sociedad Americana de Cirujanos bucales, en el centro médico Walter Reed - del ejército, recomendaba una modificación de la técnica de Dean para casos extremos de protusión premaxilar.

OBWEGESER amplió la técnica de aplastamiento de Dean para incluir en ella la fractura y remodelación de cortical palatina y vestibular.

La preparación y regularización quirúrgica de los bordes alveolares se debe realizar según GIETZ entre los 15 y 60 días después de las extracciones, el momento óptimo para efectuar la alveolectomía es , en personas de edad mediana 14 días después de la exodoncia; en personas jóvenes ó en ancianos después de 21 días.

La alveolectomía en exodoncia con el fin de preparar un maxilar para la prótesis, puede hacerse en toda la extensión de la arcada ó de otro modo dividir la operación en 2 ó 3 zonas; estos procedimientos están en relación con el número de dientes a extraer y el estado del paciente, es preferible dividir la arcada superior en tres segmentos:

a) Segmento posterior derecho que se extiende desde el espacio interdentario entre canino y primer premolar hacia atrás.

b) Segmento de los mismos pero del lado posterior izquierdo.

c) Segmento anterior comprendido entre canino y canino. Deberán hacerse las mismas consideraciones para el maxilar inferior.

La mayoría de los autores están de acuerdo que la exodoncia y la alveoloplastia se deben practicar de manera simultánea, ya que se deben preparar según sea el caso, - los maxilares completos ó parte de ellos para la adapta-

ción de la prótesis.

Otros autores consideran que parte de estos procedimientos simultáneos se deben colocar las prótesis inmediatamente después de las extracciones y la regularización de los maxilares y describe las siguientes ventajas:

1) La prótesis inmediata actúa como un apósito para controlar la hemorragia.

2) La prótesis inmediata promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos.

3) El paciente con una prótesis inmediata realiza mejor la fonación y la deglución.

4) El paciente con una prótesis inmediata acepta más rápidamente la extracción de sus dientes.

5) Psicológicamente el paciente se siente mejor.

Objetivos y Principios de la Alveoloplastia.

a) Mediante la eliminación de hueso y/o el tejido blando es posible modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis.

b) Hay que impedir la eliminación excesiva de tejido óseo. En todo momento habrá de considerarse que el paciente llevará las prótesis por largo plazo.

c) Es conveniente distribuir la carga de las fuerzas masticatorias sobre la mayor superficie posible. Para ello, los rebordes alveolares deben tener forma de "U" y ser del mayor ancho posible, hay que evitar el reborde -

en forma de "V" puesto que el peso por unidad de superficie aumenta a medida que disminuye la superficie.

d) Por otra parte no es obligatorio que el reborde sea perfectamente liso, dependiendo de las condiciones del reborde, este podrá quedar con una superficie algo irregular, esto no significa que deban quedarse bordes óseos filosos debajo del periostio provocando dolor y molestias.

Indicaciones

1) Para corregir irregularidades del proceso alveolar residual después de la extracción de los dientes.

2) Está indicada para preparar el reborde residual para la adaptación de la prótesis.

3) Está indicada para eliminar las espículas óseas cubiertas por tejido blando y que provocan dolor a la presión.

Tipos de Alveoloplastia

- Compresión Alveolar. - La forma más simple de alveoloplastia es esta y se lleva a cabo por medio de la presión de las tablas corticales interna y externa, por presión digital. Esto es muy eficaz en pacientes jóvenes y hay que hacerlo después de toda extracción, especialmente en aquellas que hubo necesidad de realizar maniobras - considerables con expansión de la tabla vestibular.

- Alveoloplastia simple. Cuando se desea reducir el margen cortical vestibular ó lingual, está indicado el colgajo de bolsillo, aunque a veces sea necesario el col

gajo traapezoidal con 1 ó 2 incisiones liberadoras.

El colgajo se separa más allá de la proyección ósea porque una mayor separación en dirección apical puede producir inflamación exagerada, hematoma, retardo de cicatrización y reabsorción ósea excesiva.

Con el alveolotomo sostenido en sentido paralelo al margen óseo del proceso alveolar, se elimina la cantidad necesaria de hueso.

Los dientes extruídos tienen el proceso alveolar alargado de manera que está indicada la reducción vertical de los márgenes óseos del alveolo, cada vez que esos dientes se extraigan.

- Alveoloplastia Cortical vestibular.- La reducción de la tabla cortical externa es la forma más antigua y conocida de alveoloplastia.

Se separa un colgajo mucoperiosteico que se extiende por lo menos a un diente de distancia a cada lado de la zona de la cirugía ósea.

Se coloca un osteotomo de modo que un extremo quede por debajo del reborde óseo del alveolo y el otro en la cresta del reborde, con la pinza gubia se eliminan pequeñas espículas de hueso. Después de este procedimiento se regulariza el contorno óseo, se sutura el colgajo con puntos aislados, de vestibular a lingual sobre tabiques óseos interraiculares.

- Alveoloplastia de Dean.- Consiste en eliminar hueso

interradicular y sus principios son:

- a) *Se reduce la prominencia de los márgenes alveolares para facilitar la adaptación de la prótesis.*
- b) *No se perturba la inserción de los músculos*
- c) *El periostio queda intacto*
- d) *La tabla cortical se conserva como una capa vital de hueso con irrigación intacta.*
- e) *Al conservarse hueso cortical la reabsorción postoperatoria se reduce.*

Técnicas

Técnica de Dean

Primero se elimina el molar más posterior y luego se trabaja hacia adelante para preservar la tuberosidad, - cuando se prepare el reborde posterior.

Los caninos se han de extraer antes que los incisivos para evitar la fractura y la eliminación de la tabla vestibular que se haya unido a los caninos. Una vez extraídos los dientes hay que eliminar el tabique óseo interradicular con gubias ó alicates aunque también se puede usar fresas.

Posteriormente se eliminan las papilas interproximales, se hace un corte de hueso en la cortical vestibular en la zona distovestibular de cada alveolo del canino y mediante este corte se facilita la fractura de la cortical alveolar y después con presión digital se comprime y modela la cortical alveolar vestibular hasta darle el contorno deseado. Se hacen algunas suturas simples para acercar la encía palatina y gingival y mantener la cortical alveolar en posición conveniente.

Técnica de Obwegeser

Obwegeser propuso una modificación a la técnica de Dean

En casos de protrusión premaxilar extrema, la técnica de Dean produciría un reborde anterior en forma de V, en vez del reborde en forma de U. Para evitar tal reborde Obwegeser fractura las corticales vestibular y palatina - mediante los siguientes pasos:

- 1) Extracción de los dientes
- 2) Eliminación del hueso interradicular mediante gubias o fresas hasta unir todos los alveolos.
- 3) Con una fresa de forma piriforme grande se agrandan los alveolos y su intercomunicación.
- 4) Las tablas vestibulares y palatinas se cortan con fresas en zonas de los caninos para debilitar el hueso y formar colgajos óseos de tres lados en las dos tablas corticales
- 5) Se introduce un pequeño disco montado dentro de los alveolos a lo largo de la líneas de fractura propuestas.
- 6) Se introduce un par de elevadores gruesos y planos dentro de los alveolos y sus espacios de comunicación y se les usa para fracturar las tablas vestibulares y palatinas. Entoces se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle la forma adecuada, se sutura para mantener el hueso en posición.
- 7) Se usa una prótesis férula para estabilizar el proceso alveolar fracturado que cicatriza en un plazo de 4 a 6 semanas.

La técnica de Obwegeser tiene la ventaja de remodelar las superficies vestibulares y palatinas del proceso alveolar anterior, y es conveniente hacerla en casos de protrusión premaxilar extrema.

Reducción de Rebordes en filo de Cuchillo

La atrofia alveolar intensa del reborde inferior y a

veces del reborde superior produce crestas alveolares re
siduales agudos ó afilados que literalmente cortan el mu
coperiostio desde la profundidad de la superficie cada -
vez que se ejerce presión sobre la zona. El uso de las
prótesis se tornan en extremo dolorosas cuando esto sucede
de, por lo general el dolor se alivia al quitar la prótesis
la presión digital sobre la zona sensible desencadena
nuevamente dolor.

Técnica:

Se hace una incisión horizontal en la encla, inmediatamente
por apical de la cresta alveolar, con una pequeña
incisión liberadora a cada extremo. Los colgajos vesti
bulares y linguales se rechazan lo suficiente como para
exponer el hueso afilado de la cresta, con una gubia de
corte lateral se pueden eliminar todos los bordes óseos -
rugosos ó filosos y las prominencias. Después se alisa -
el reborde con una lima para hueso, Hay que tener cuidado
en evitar la eliminación exagerada de hueso pues -
desde un comienzo hay carencia del mismo. La incisión -
se cierra sin tensión mediante suturas individuales con
la precaución de no disminuir la profundidad del surco -
vestibular.

- a) G. A. RIES CENTENO - CIRUGIA BUCAL
- b) KRUGER O. GUSTAVE - TRATADO DE CIRUGIA
BUCAL
- c) STARSHAK J. THOMAS - CIRUGIA BUCAL
PREPROTETICA.

CAPITULO V

REDUCCION DE EXOSTOSIS MAXILAR Y MANDIBULAR

El torus palatino es una proyección ósea benigna de crecimiento lento, de los procesos palatinos de los maxilares y a veces de la lámina horizontal de los huesos palatinos. Se presentan en forma bilateral a lo largo de la sutura media en la superficie bucal del paladar duro.

Se han observado torus palatinos en un 20 a 25% de la población adulta y en un 5% en la población infantil con prevalescencia en mujeres que en hombres.

CHAISSAIGNAS menciona al torus palatino como un signo precoz de sífilis terciaria, la etiología es desconocida; y como factores etiologicos posibles estan: La herencia, el traumatismo superficial, la maloclusión y la respuesta funcional.

Adquiere distintas formas según THOMA:

- a) Torus plano
- b) Torus nodular
- c) Torus fusiforme
- d) Torus lobular

Torus Palatino

Crece con lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera década de la vida. El tamaño y la forma son variables y con mayor frecuencia es nodular que fusiforme.

El tratamiento esta indicado en los siguientes casos:

- a) Sean tan grandes que perturben la dicción

b) Interfieran con el diseño de una prótesis removible.

c) La mucosa se traumatice, se ulcere ó no cicatrice en razón de la irrigación insuficiente.

d) No se pueda persuadir al paciente que no se trata de un tumor maligno.

Técnica

Se emplea anestesia local para bloquear los nervios palatinos anterior y nasopalatino. Es útil hacer otra infiltración con pequeñas cantidades de solución anestésica tanto para conseguir anestesia local y hemostasia.

Se hace una incisión palatina en la mucosa en toda longitud del torus y 2 incisiones con divergencia oblicua en los extremos anterior y posterior evitando las foraminas vasculares. Si el torus se extiende hacia la zona del paladar duro, hay que tener cuidado en evitar la penetración del paladar blando hacia la cavidad nasal. Cada colgajo se separa con el elevador perióstico y se sutura a la mucosa del proceso alveolar para mantenerlos lejos del campo operatorio.

Si el torus es pequeño y pedunculado, y el hueso palatino es grueso, es posible desprender el torus mediante un golpe de martillo sobre un escoplo filoso. Sin embargo, la mayoría de los torus tienen base ancha, y el cirujano no suele tener conocimiento previo del espesor del paladar. En estos casos, se emplea una fresa

de fisura quirúrgica para hacer surcos en el torus dándole aspecto acanalado. Los cortes en el hueso se hacen de la profundidad deseada con la precaución de no penetrar hacia el piso de las fosas nasales, una vez hecho lo anterior las partes del torus se eliminan con cincel y martillo, se procede a alisar el muñon del torus con lima para hueso. No es preciso reducir el torus hasta el punto de dejar el paladar concavo. Suele haber un excedente de mucosa palatina que se deberá recortar con tijera y luego se cerrará la mucosa con seda.

Torus Mandibular

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

Se encuentra en un 5 a 10% en la población adulta -- distribuidas en ambos sexos, se localiza en la región de caninos y premolares, pero se les haya como nódulos óseos múltiples en la zona de incisivos hasta la zona de molares.

La etiología es desconocida pero se cree que es por una reacción funcional a las fuerzas masticatorias.

Indicaciones para su eliminación.

a) Cuando sean tan grandes que perturben la dicción ó la alimentación.

b) Cuando la mucosa se ulcera como consecuencia de la traumatización.

c) Para facilitar la confección de la prótesis removibles completas ó parciales.

Técnica

La zona se anestesia mediante el bloqueo del nervio - alveolar inferior y lingual y la infiltración vestibular con anestésico local.

Se hace una incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de molares hasta los incisivos. Hay que tener cuidado con la mucosa que recubre los torus ya que es muy delgada y se puede desgarrar en el momento de rechazar el colgajo.

La mayoría de estos torus pueden eliminarse mediante un golpe seco de martillo sobre un cincel afilado, en casos de que haya torus grandes y fusiformes es útil emplear una fresa dental para establecer un plano de desprendimiento antes de usar el martillo y el cincel.

Una vez reducido el volumen del torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñón mediante lima para hueso y fresas.

a) STARSHAK THOMA - CIRUGIA BUCAL
PREPROTETICA

CAPITULO VI

FRENECTOMIA

Anatomía del frenillo labial

El frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos frenillos no terminan a este nivel, si no que descienden hasta el borde alveolar, rodean este borde y van a terminar en la papila interdientaria, en la bóveda palatina.

El repliegue que forma el frenillo esta constituido histologicamente por 3 capas:

- 1) Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal
- 2) Tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- 3) La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

Formas

JACOBS describe cuatro tipos de frenillos anormales:

- 1) Base ancha en forma de abánico en el labio
- 2) Base ancha en forma de abánico entre los incisivos
- 3) Bases anchas en forma de abánico en el labio y entre los incisivos.
- 4) Amplio frenillo difuso adiposo.

Anomalías que ocasiona el frenillo

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

Los frenillos alargados y rectangulares, ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.

El frenillo triangular de base superior origina un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices

Por el contrario en los frenillos triangulares de base inferior originan un diastema, pero en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus ápices se aproximan.

DEWEY aconseja su eliminación, pues según su criterio, no pueden lograrse resultados ortodóncicos satisfactorios sin cirugía.

Desde el punto de vista protético el frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis -- completa y desplazar a ésta en los movimientos del labio. Lo mismo ocurre con el frenillo lingual que puede ocasionar además trastornos en la fonación y deglución, para solucionar los cuales, no se tiene otro medio que el quirúrgico.

Oportunidad de la extirpación del frenillo

Por razones ortodóncicas y protéticas, el frenillo labial debe extirparse; en la edad juvenil para permitir -

el tratamiento ortodóncico, y en la edad adulta con fines protéticos.

Con respecto a la edad en que debe operarse el frenillo con fines ortodóncicos las opiniones varían.

KELSEY cree que la mejor época para operar el frenillo es en el momento de la caída de los incisivos temporales y su reemplazo por los permanentes; THOMA, a su vez opina que el momento propicio es cuando hacen erupción los incisivos laterales. CARREA sostiene que el frenillo hipertrofiado debe ser resecado para prevenir la separación de los incisivos.

Siempre debe realizarse una radiografía previa a la intervención del frenillo, muchos diastemas no están originados por esta anomalía, si no que se debe a la presencia de un mesiodens o de dientes supernumerarios.

La opinión actual de los Cirujanos y ortodoncistas es que el frenillo en los niños debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes.

Técnicas

FEDERSPIEL

Con previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo, con un bisturí de hoja recta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abánico, a derecha e izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso.

La porción del frenillo circunscrito por la incisión

se toma con una pinza de disección; se despegá el tejido a ressecarse por medio de una legna o espátula roma. Los bordes de la herida se reúnen con 2 ó 3 puntos de sutura.

L'HIRONDEL y ARANOWICZ

Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, - que adquiere así una forma triangular de base superior y vértice inferior.

Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura la sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

La herida hecha por la tijera afecta la forma losángica, determinada por la acción de ciertos músculos de los labios.

Esta imagen losángica puede ser descompuesta en 2 -- triángulos, reunidos por su base a nivel del surco vestibular. Se reseca a bisturí el cordón fibroso del frenillo y se lo extirpa. Los bordes de la herida se reúnen en 2 ó 3 puntos de sutura.

WASSMUND

Tiene 2 operaciones para la resección del frenillo y tratamiento del diastema.

Operación I.- Se práctica una incisión a ambos lados del frenillo de modo que los extremos inferiores de las incisiones se junten por debajo del vértice del frenillo.

Las capas mucosa y submucosa incididas, son separadas

del periostio subyacente por seccionamiento en plano de la submucosa, a manera de dejar una parte de este tejido reposando sobre el periostio. De este modo el periostio queda más grueso y permite realizar las maniobras posteriores. Se adapta el colgajo triangular obtenido de manera que el frenillo no actúe. Se fija en ese sitio por suturas mucosas, previa excavación de las partes laterales de la incisión.

Operación II.- El autor propone una osteotomía inter incisiva para corregir el diastema, la operación se realiza de la siguiente manera:

Después de la primera operación se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media y se separan estos elementos del hueso. La osteotomía se realiza con fresa redonda # 3 practicándose pequeños orificios que circunscriben el hueso a ressecarse. Esta porción ósea se elimina con un golpe de escoplo filoso, se vuelve el periostio a su sitio y se le fija con varios puntos de sutura.

Frenotomía 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. Puede tratarse de un frenillo fibroso corto que restringe el movimiento de la lengua o puede contener fibras de músculos genioglosos.

Como prueba simple de la función lingual, se pide al paciente que toque su labio superior con la punta de la lengua o cuando la punta de la lengua está unida al proceso alveolar, esta indicada la frenotomía.

El procedimiento quirúrgico se realiza con anestesia local, se hace el bloque bilateral del nervio lingual y se completa con cantidades pequeñas de infiltración - para evitar la deformación de los tejidos sublinguales,

Técnica

Se pone el frenillo en tensión, y se práctica una incisión transversal en la mucosa del frenillo entre la - superficie ventral de la lengua y las carúnculas sublínguales. Para la incisión inicial se usa el bisturí. La disección más profunda se hace con tijeras en la línea media, evitando los conductos de las glándulas salivales submaxilares y las venas sublinguales, si se comprueba - que las fibras del músculo geniogloso se encuentran dentro del campo quirúrgico se les puede cortar. Se continúa la disección hasta que se pueda retraer la lengua lo suficiente como para que toque los incisivos superiores o el proceso alveolar mientras se tienen la boca abierta, los colgajos mucosos se socavan con tijera y se cierran con suturas independientes. Al suturar la herida hay que tener cuidado de no pasar la aguja de sutura a través de la vena sublingual, pues de hacerlo, se produciría una hemorragia considerable, equimosis e inflamación.

a) G. A. RIES CENTENO - CIRUGIA BUCAL

CAPITULO VII

SURCOPLASTIA

Después de la extracción de los dientes naturales, el remodelado del proceso alveolar produce la reducción de la altura y el ancho del reborde residual. A medida que el proceso alveolar se empequeñece, disminuyen la estabilidad y la retención de la prótesis. Y el paciente indica no poder llevarla.

El objetivo de extender un reborde es descubrir quirúrgicamente hueso basal del maxilar y de la mandíbula volviendo a colocar la mucosa suprayacente, inserciones musculares y músculos en una posición más baja en el maxilar inferior, ó más alta en la superior. La ventaja resultante es conseguir estabilidad y retención de la prótesis.

No todos los casos de atrofia de hueso basal superior ó inferior pueden tratarse quirúrgicamente por extensión del surco. Deberá existir hueso alveolar apropiado con suficiente altura restante para permitir la recolocación de estructuras anatómicas.

Procedimiento para Maxilar Superior

Vestibuloplastia Submucosica

Indicaciones.- Este procedimiento se aconseja para pa-
cientes con un pequeño reborde clínico y mucosa sana so-
bre el mismo sin fibrosis submucosica, hiperplasia, ni ci-
catrización excesiva. Una prueba útil para determinar si
existe suficiente mucosa que soporte la extensión del sur-
co, es empujar un espejo bucal superiormente en el surco
labial. Si el labio superior se invierte ó se lleva hacia
arriba fuertemente, existe mucosa insuficiente para reali-
zar este tipo de vestibuloplastia.

Técnica

Para facilitar la disección de la mucosa y separarla
de la submucosa, se inyecta solución salina, ó solución a-
nestésica diluida, superficialmente en la submucosa del
surco, labio y carrillo.

Se hace una incisión en la línea media del surco atra-
vés de la mucosa únicamente que se extienda desde la u-
nión mucogingival hasta un nivel del labio que correspon-
da a la extensión propuesta por el surco. Con el labio -
revertido en posición horizontal, se introduce una tijera
en la incisión, y por disección roma se separa la mucosa
y la submucosa en los lados izquierdos y derechos. Se
forma un tunel entre la mucosa y la submucosa, que se ex-
tiende desde la unión mucogingival hasta dentro del labio
y los carrillos de la manera que la mucosa quede completa

mente liberada. Se hacen incisiones verticales adicionales en las eminencias caninas y los rebordes cigomático-maxilares para facilitar la extensión posterior de la disección, las incisiones verticales se profundizan hasta el hueso y la línea media. Si la espina nasal anterior es prominente se le puede resecar con un osteotómo. Se hacen túneles suprapariéticos hacia la derecha e izquierda con tijeras, separando el tejido conectivo y los músculos del periostio. La disección suprapariética debe extenderse hasta la distancia que el surco requiera. La mucosa de movimiento libre se adapta hacia el surco profundizado mediante presión digital. Se sutura la incisión vertical. Se coloca un rollo de gasa dentro de cada surco para sostener temporariamente la mucosa y prevenir la formación de hematomas mientras se confecciona la prótesis.

Se toma una impresión con modelina del nuevo surco usando la prótesis que tenía el paciente. Se enfría y se recorta el modelo. La prótesis con los flancos extendidos se asegura al maxilar durante una semana con alambres peralveolares o con alambres circuncigomáticos.

Vestibuloplastia de epitelización secundaria

Indicaciones.- Es el procedimiento de elección en pacientes con cicatrización excesiva o épulis fisurado en el surco, o que posean cubierta de mucosa de buena calidad

disponible, pero sin altura suficiente.

Técnica

Se hace una incisión en la unión mucogingival y la disección supraperiostica se extiende a bastante altura, - casi hasta el agujero infraorbitario. Se socava la mucosa vestibular, el borde libre del colgajo mucosa se sutura al periostio en la parte superior del surco con suturas de catgut crómico 000. No se hacen suturas percutáneas en las intervenciones de surcoplastia superior.

Se sugiere se acorten los flancos de la prótesis para que no haya contacto con la superficie descubierta del periostio, así se evita la irritación proveniente de los -- flancos, que podrían causar la proliferación de una cantidad excesiva de tejido de granulación. A las 4 ó 5 semanas postoperatorias se agrega el flanco a la prótesis, ó colocar el flanco extendido de la prótesis inmediatamente después de la intervención. En estos casos, se recubre la prótesis con resina acrílica blanda que se cambia cada semana hasta que los tejidos cicatrizen, por lo general a la tercera ó cuarta semana.

Vestibuloplastia de injerto de mucosa bucal

Técnica

Esto es generalmente un procedimiento con anestesia general en la sala de operaciones del hospital, aunque puede hacerse un injerto localizado en el consultorio dental.

La preparación del lecho recipiente comprende infiltra-

ción de la submucosa con lidocaína al 2% y solución de adrenalina al 1:100.000, para extender los tejidos y proporcionar hemostasia y facilitar la disección.

La incisión se hace a través de la mucosa en la unión de la mucosa adherida con la libre de la parte de un mal al otro. Se desarrolla un colgajo supraparietístico por disección contante. Se lleva hacia arriba y hacia afuera, de la fosa canina a la región del nervio suborbitario; en la línea media la disección llega a la abertura piriforme, sin perforar la mucosa nasal. Si la espina nasal anterior es prominente, se elimina.

El margen del colgajo liberado se sutura por arriba al perióstio con dextron 4-0000 para delinear la nueva altura vestibular.

El procedimiento para obtener un injerto de mucosa donador es el siguiente:

Se mide el tamaño de la mucosa donadora sobre el lugar receptor, usando hoja de estaño esterilizada. La hoja se adapta al paladar, cortando el contorno del injerto hasta la submucosa, pero sobre el perióstio. La disección submucósica se inicia movilizándolo una extremidad del injerto con un bisturí y manteniéndolo bajo tensión con un gancho. Cuando el injerto está bien movilizado, se procede rápidamente a extraer mucosa, usando bisturíes periodontales. Se corta el injerto en su base y se conserva en una compresa humedecida con solución salina fisiológica. La he

mostasia del lecho vascular es la primera consideración a tomar después de extraer mucosa donante, ya que el paladar contiene muchos vasos. Esto se logra con electrocauterización y suturas.

Se prueba el ajuste de una tablilla palatina preparada anteriormente o de una prótesis con periferia extendida.

Después de probar y medir el injerto para cubrir el lecho recipiente, especialmente en la altura del surco extendido, se recorta y se fija al perióstio cuando se haya logrado suficiente hemostasia.

Si el lecho recipiente o receptor presenta tendencia a resumar, se colocan puntos de colchonero horizontales en la parte media del injerto para mantenerla en su lugar. El injerto se cubre después con una férula acrílica revestida con un material dental blando, y se fija al maxilar superior con alambres perialveolares o suturas de nylon.

La férula se retira a los 7 días, y se revisa el sitio donador y la visibilidad del injerto, si la férula palatina estaba cubierta con apósito periodontal, se cambia semanalmente para permitir que el proceso de granulación siga su curso libre de trastornos.

Procedimientos para Maxilar Inferior

Vestibuloplastia con injerto de mucosa bucal.

Es el procedimiento preferido en pacientes gravemente traumatizados o con lesiones por avulsión en quienes el surco ha desaparecido totalmente debido a cicatrización o

a procedimientos reconstructivos con injertos óseos.

Indicaciones.- Está indicado en pacientes con surco - obliterado por altas inserciones musculares, extensa cicatrización local, extensa atrofia ósea del maxilar inferior con los nervios mentonianos emergiendo en la cresta del reborde, ó con extensión del surco normal de canino a canino resultado de pérdida dental prematura causada por enfermedad periodontal.

Técnica

El procedimiento es igual al del injerto de mucosa del maxilar superior.

Uso de férulas.- Se usa una férula sobreextendida -- con relieve sobre el nervio mentoniano. La férula se usa para tomar una impresión compuesta del vestíbulo extendido, y se alivia para acomodar un revestimiento de gutaforma. Se sutura el injerto en su lugar al igual que en el procedimiento para maxilar superior, se inserta la férula sobre el injerto, y se le inmoviliza con puntos de sutura, colocados circunferencialmente alrededor de hueso y férula.

Esto reduce al mínimo la necrosis por presión del injerto, producida por exceso de presión de la ligadura circular.

Cuidados postoperatorios.- La férula se retira a los 7 días se revisa la curación del sitio donador y la visibilidad del injerto. La férula se extiende de 1 a 2 mm en la periferia, y se lleva como prótesis temporal.

A las 3 ó 4 semanas puede iniciarse la construcción de la prótesis definitiva.

Vestibuloplastia con injertos epiteliales

* Indicaciones. - Cuando existe un maxilar inferior atrófico pero no demasiado delgado, con buccinador, frenillo e inserciones milohioideas altas, cubiertas por mucosa no queratinizada, delgada, atrófica y móvil. El paciente típico es aquel con boca ulcerada a causa de la prótesis, y con antecedentes de incapacidad de retener una prótesis - total inferior.

Para poder realizar esta técnica el injerto debe reunir los siguientes principios:

1) El injerto de piel se debe tomar de alguna zona sin vello (Gluteos, y parte interna del muslo)

2) Es preferible un injerto parcial a uno total. El injerto de espesor parcial se adaptará mejor que un injerto de espesor total, pero el injerto de espesor total se contrae menos que el de espesor parcial.

3) El receptor ó huesped debe hallarse libre de infección.

4) La zona receptora debe tener buena irrigación

5) Antes de colocar el injerto hay que conseguir la hemostasia de la zona receptora.

6) El injerto debe cubrir toda la zona viva expuesta y debe ser inmovilizado hasta que se produzca la cicatrización.

Técnica

El lado externo de la mucosa del maxilar inferior se infiltra con lidocaína para distender este tejido y proporcionar hemostasia. Se hace una incisión superficial en la mucosa de la zona retromolar a otra, exactamente por fuera de la cresta del reborde. Se hacen posteriormente dos incisiones externas liberadoras. A través de estas incisiones se desarrolla un colgajo supraperióstico hacia afuera y hacia abajo, deteniéndose poco antes de la línea oblicua externa. La disección en la región del nervio mentoniano es meticulosa, para identificar y disecar otros importantes nervios. Si se necesita hacer descender el agujero - para eliminar la presión sobre el nervio que podría esperarse bajo el injerto de piel, entonces se retrae el nervio con un gancho como mientras se hace descender el agujero perforando en el hueso con fresa redonda No. 6.

El surco anterior entre los agujeros mentonianos se dí seca hacia los lados y hacia abajo, lo suficiente para cortar parte de los músculos se contarán completamente, el paciente, mostraría después el labio inferior de aspecto flácido.

Se lleva a cabo el mismo procedimiento en el otro lado del maxilar inferior.

Cuando la vestibuloplastia con injerto de piel se combina con la surcoplastia el borde libre del colgajo vestibular no se sutura al periostio sino al margen libre del col.

gajo lingual con suturas de catgut crómico que pasan por debajo del borde inferior de la mandíbula.

El injerto se coloca dentro de una férula preparada de antemano y se le asegura mediante una sustancia adhesiva. La férula y el injerto de piel se aseguran a la mandíbula durante una semana mediante alambres circunferenciales o suturas gruesas de nylon. La férula se retira a la semana (El injerto se ha unido al periostio).

El exceso de piel se puede eliminar mediante tijeras. Es preciso volver a colocar la prótesis temporaria o la férula para prevenir la contracción y la pérdida del surco recién profundizado. A las 4 o 5 semanas se puede confeccionar la prótesis nueva.

a) GURALNIK C. WALTER - TRATADO DE
CIRUGIA

b) KRUGER O. GUSTAVE - TRATADO DE
CIRUGIA BUCAL

CAPITULO VIII

COMPLICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS

Complicación es una afección inesperada producida después de una intervención y concomitante a ella.

La primera y la más importante de las medidas preoperatorias necesarias para eliminar o reducir las complicaciones, es la historia clínica, aunque existen otras medidas preoperatorias como la asepsia y técnicas operatorias adecuadas.

El paciente deberá estar física y psicológicamente capacitado para hacer frente a la intervención quirúrgica. En la cavidad bucal debe llevarse a cabo la profilaxis - como procedimiento de preparación preoperatoria.

Shock

Es la complicación más inmediata que puede presentarse, suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. El shock quirúrgico, por la intervención misma es raro en nuestra especialidad. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas en la mayor parte de los casos por miedo a la operación.

El cuadro es clásico: El paciente empieza a palidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se torna ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. - Esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento de esta lipotimia se realiza de la siguiente manera:

Se suspende la intervención: Se coloca al paciente en posición de TRENDELENBURG (Con la cabeza más baja que el cuerpo para combatir la anemia cerebral), es útil la administración de oxígeno al 100%, se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metedrina, - veritol y otros sintéticos derivados de la efedrina.

Parálisis facial

Este accidente ocurre en la anestesia troncular del -- dentario inferior, cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso, inyectando la solución en la glándula parótida, presentando calda del párpado e incapacidad de oclusión ocular y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la calda y desviación de los labios. Es sin duda un accidente alarmante, la afección es temporal y dura el tiempo que persiste la anestesia.

No requiere ningún tratamiento.

Rotura de la aguja de la jeringa

Se consideran dos razones para que haya rotura de la aguja.

- 1) Movimientos intempestivos del paciente
- 2) La contracción repentina del Pterigoideo interno

En el caso de la contracción del pterigoideo, la infiltración a nivel del músculo estimula su contracción; como su fascia es rígida, esta actúa como punto de apoyo para

doblar y romper la aguja.

La prevención de este accidente se realiza usando agujas nuevas, no oxidadas de buen material.

Tratamiento: Cuando el tratamiento es inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a la incisión en el lugar de la inyección y disección roma de los tejidos con un instrumento roma, hasta encontrar el trozo fracturado y extracción del mismo con una pinza de disección.

Cuando ha pasado un tiempo después del accidente, deberá de investigarse radiográficamente la ubicación de la aguja, empleando para ello puntos de referencia sobre todo en maxilares desdentados.

La extracción de la aguja para anestesia troncular, rota a nivel de la cara interna del maxilar. Para su localización se debe tomar una radiografía de perfil y otra de frente (Mento-Naso-Placa), con una aguja de guía según la misma técnica empleada para la inyección troncular, guiados por el examen radiográfico y la aguja guía, tendremos idea de su ubicación.

Persistencia de la anestesia

Después de la inyección del dentario inferior, puede ocurrir que la anestesia se prolongue por espacio de días, semanas y aún meses, esta complicación se debe cuando no es de origen quirúrgico, al desgarramiento del nervio por agujas con rebabas, o a la inyección del alcohol junto con la no

vocaína; este alcohol es el residuo que puede quedar en la jeringa, en aquellos casos en que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material.

No hay tratamiento para la complicación más eficaz que el tiempo.

Se tendrá cuidado de no traumatizar al nervio lingual ya que de hacerlo se obtendrá como resultado la interrupción de la sensibilidad de la percepción del gusto de las 2/3 partes anteriores de la lengua.

Isquemia de la piel de la cara

Algunas veces, a raíz de cualquier anestesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, debido a isquemias sobre la región. Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina en la luz de la vena. No requiere ningún tratamiento.

Dolor

El dolor postoperatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos: Antipirina, piramidón; excepcionalmente morfina.

El frío colocado a intervalos sobre la región operada calma en las primeras horas los dolores postoperatorios.

Cuando se presenta dolor a la deglución, que impida medicar al paciente por vía oral, los analgésicos se podrán administrar por vía rectal, en forma de supositorios.

Hemorragia

La hemorragia se presenta por seccionamiento de vasos y arterias que se involucran en los procedimientos quirúrgicos.

La cantidad de sangre puede hallarse disminuida por la acción de la anestesia local.

La hemorragia se puede presentar como primaria y secundaria.

Primaria.- Este tipo de hemorragia puede ser cohibida por varios procedimientos como la ligadura, la compresión el taponamiento, y el aplastamiento del vaso que sangra. La ligadura tiene escasas aplicaciones; mientras que el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante, el taponamiento y la compresión se realizan con trozo de gasa, generalmente, volviendo el colgajo a su sitio, y suturando la hemorragia cesa, por complexión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes.

Secundaria.- Aparece algunas horas ó días después de la operación puede obedecer a la caída del coágulo debido a un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia.

El tratamiento de tal accidente se realiza lavando la región que sangra con un chorro de agua caliente, para retirar los restos del coágulo y la sangre, que dificulta la

visión del punto, investigado el lugar por donde mana la sangre, la hemostasia se realiza por taponamiento a presión con gasa simple ó con medicamentos (Trombina, Adrenalina y Percloruro de hierro) esta presión debe mantenerse por lo menos media hora.

Hematoma ó tumor sanguíneo

Es un accidente frecuente que consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación, puede llegar a producirse por desgarró o ruptura de un vaso en las maniobras de anestesia.

La encía que cubre la región se pone turgente y dolorosa, y todo adquiere un aspecto inflamatorio. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando llega a supurar, se trata como un absceso incidiéndolo a bisturí.

Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre líquida del hematoma, se puede colocar una bolsa de hielo para disminuir el dolor, la administración de sulfonamidas y antibióticos están indicados.

Infección

A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio, la infección no es muy común, pueden sobrevenir a raíz de una operación, flemones, abscesos, celulitis y aún procesos de mayor intensidad e importancia.

El proceso infeccioso postoperatorio más común es la alveolitis, que se presenta después de extracciones complicadas.

El alveolo se encuentra muy dolorido y el paciente presenta olor fétido. El examen revela un alveolo carente de coágulo y su pared ósea puede estar al descubierto.

La reparación del alveolo seco es muy lenta, se han recomendado muchas drogas como beneficiosas para la pronta curación de las heridas por extracción.

Es recomendable colocar apósitos quirúrgicos en el alveolo eliminándose así el dolor, estos apósitos se cambiarán hasta que la herida quede por completo reemplazada por hueso maduro.

Septicemia y Bacteremia

La extracción dentaria ó la eliminación de focos sépticos, pueden ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene mucha importancia en pacientes cardiacos y reumáticos, porque pueden originarse endocarditis, bacteriémicas graves. A los pacientes con lesiones cardiacas ó reumáticas es necesario administrarles penicilina "G" a grandes dosis, antes, durante y después del tratamiento (500,000 U diarias).

Desprendimiento de la mucosa palatina

El manipuleo cuidadoso de los colgajos, evitando la -

traumatización, laceraciones, hematomas y la infección mediante el empleo de matrices drenajes, técnicas estériles y antimicrobianos ayudarán a conservar la vascularización y la vitalidad de la mucosa palatina. Si se produjera la pérdida de la mucosa, se deberá confeccionar una prótesis temporaria, o férula para que cubra el hueso expuesto hasta que se reproduzca el tejido de granulación y epitelización secundaria.

Esta fase podría llevar 4 ó 5 semanas de medida que avanza la cicatrización, la férula se puede recubrir con pasta óxido de zinc y eugenol para compensar los cambios del contorno palatino.

Perforación del piso de las fosas nasales

La perforación es rara, y por lo general de una perforación pequeña no surgen problemas salvo que la hemorragia no se detenga dentro de un lapso breve, quizás 5 minutos. En ese caso es preciso atacar la nariz con gasa envaselinada.

Fractura del paladar

La fractura es la complicación más desafortunada que puede ocurrir durante la eliminación del torus palatino. La prevención es mucho mejor que el tratamiento y se le lleva a cabo entre el torus con fresas antes de intentar su remoción. Si se produjera la fractura del paladar, hay que volver a su lugar los fragmentos libres e inmobilizarlos. La mucosa se volverá a colocar en su lugar -

con precisión y se le suturará. Si en el momento de la fractura no se ha eliminado totalmente el torus, la prosecución de la reducción se pospondrá hasta que la fractura se consolide. Durante el período de consolidación el paladar debe de estar estabilizado mediante una férula.

Si no fuera posible recolocar el fragmento del proceso palatino, hay que inmovilizar la mucosa nasal y palatina y cerrarlas en planos, sin tensión, y sostenerlas con una férula.

Fractura de la tuberosidad del maxilar

Durante la extracción de segundos y terceros molares superiores se puede producir la fractura de la tuberosidad del maxilar.

Cuando esta fractura se produce, a veces ocurre laceración de la mucosa palatina en forma de "L". En estos casos hay que volver la tuberosidad a su lugar y mantenerla mediante suturas hechas en la mucosa. Con gran - frecuencia la mucosa palatina lacerada se desprende a - pesar de los intentos por suturarla de nuevo a su posición.

Terapéutica Medicamentosa

Una terapéutica tan cambiante como la de los antimicrobianos cambiantes por la índole de los cuerpos químicos, que día a día se presentan en nuevas formas con

nuevas indicaciones y nuevos procedimientos, exige una declaración, en el sentido de que se señala como útiles lo que se piensa hoy de esta medicina, aunque mañana po
drían ser otra u otras las fórmulas a emplearse.

Por otra parte el organismo se comporta de distinta manera ante la infección y ante su terapéutica, en los distintos individuos.

Los antimicrobianos no resuelven el problema infeccioso, por cuanto su acción se limita a ser simples re
ductores numéricos de la población bacteriana, correspondiendo al organismo y a sus defensas la terminación de la lucha, permitiendo así que el medicamento desarrolle el máximo de su actividad terapéutica.

En nuestro terreno la terapéutica a base de antimicrobianos debe mantenerse por un período de 5 a 7 días, en caso de que el éxito no acompañe la terapéutica, deberá considerarse el antibiograma.

Para poder poner en práctica el antibiograma es necesario realizar un cultivo. El cultivo es el procedimiento mediante el cual se promueve el crecimiento de los microorganismos, al proporcionarles las condiciones ambientales adecuadas: Nutrimientos, PH, temperatura y evación controlados cuidadosamente.

A diferencia de las bacterias que crecen en un medio líquido, las células bacterianas que crecen sobre o den
tro de medios sólidos, se encuentran inmóviles; por con

siguiente, si unas cuantas células se colocan en ó sobre un medio gelificado, cada célula crecerá dando una colonia aislada. El medio gelante para la mayor parte de -- los medios microbiológicos es la gelosa (Agar), un polisacárido ácido extraído de ciertas algas rojas (es -- particularmente adecuado para el cultivo microbiano) en concentración de 1.5 a 2 % en suspensión acuosa se disuelve a 100°C. formando una solución clara que gela a 45°C.

Así una solución estéril de gelosa puede enfriarse a 50°C. agregar bacterias, u otras células microbianas, enfriando rápidamente a temperaturas inferiores a 45°C para formar un gel.

Una vez gelado, la gelosa no volverá a licuarse si no hasta que se haya calentado a temperaturas mayores de -- 80°C, de manera que cualquier temperatura adecuada para la incubación de un cultivo microbiano puede ser usado -- posteriormente. En el método de sembrado en placa, una suspensión de células se mezcla con gelosa fundida a 50°C y se vacía en una caja de Petri: cuando el agar se solidifica, las células se inmovilizan en este y crecen dando colonias. Si la suspensión de células estaba lo suficientemente diluida, las colonias estarán bien separadas, de tal manera que cada una tiene una gran probabilidad -- de haberse derivado de una célula única.

Alternativamente la suspensión original puede ser sembrada en estrías con un asa de alambre sobre una placa --

de agar. Al ir avanzando la estría, menos y menos células van siendo dejadas en el asa y finalmente esta puede depositar células aisladas sobre el agar, después de que la placa ha sido incubada, cualquier colonia bien aislada es removida, suspendida en agua y sembrada de nuevo - en estría sobre gelosa.

La antibioterapia debe administrarse por vía oral parenteral ó endovenosa, para alcanzar altos niveles de medicamentos en los tejidos en la menor cantidad de tiempo.

La mayor parte de las infecciones de causa dentaria - están originadas por el *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* (provocando abscesos dentales, osteomielitis, y bacteriemias) y - el *STREPTOCOCCUS viridans* (provocando infecciones dentales y gingivitis). Como dosis de ataque en los procesos graves se indica la administración de las formas farmacéuticas modernas de los derivados tetraciclínicos y del cloramfenicol a un nivel de 25 mg por kg. de peso corporal para las primeras 24 Hrs, descendiendo luego si el cuadro tiene favorable evolución, a 12.5 mg. por kg. y por día como dosis de mantenimiento.

Los fármacos de elección para reducir la población bacteriana producida por *staphylococcus aureus* y *streptococcus viridans* son los siguientes:

ORDEN DE ELECCION DEL FARMACO

1	2	3	4
PN-G	TC	LC	CM
PCR-PN	PCR-PN	EM	VC
	CP	CM	NB

CP	Cefalotina - Cefaloridina
PCR-PN	Penicilinas resistentes a la penicilinasasa
EM	Eritromicina
LC	Lincomicina
CM	Cloramfenicol
NB	Novobiocina
VC	Vancomicina
TC	Tetraciclina

El equivalente farmacéutico ó comercial de las drogas mencionadas con anterioridad deben ser consultados en el VADEMECUM de las especialidades farmacéuticas.

Antiinflamatorios y Analgésicos

Los corticoesteroides y sus derivados (La corticotropina, el cortisol) la fenilbutazona, indometacina y los derivados de la pirazolona, impiden ó reprimen la producción de calor, enrojecimiento, tumefacción e hipersensibilidad con que se manifiesta la inflamación a la observación microscópica, estos antiinflamatorios deberán prescribirse en un plazo no mayor de 5 a 7 días.

La fenilbutazona.- Impide reacciones inflamatorias y es semejante a los corticoesteroides en su actividad, se cree que tiene efecto local semejante al de los salicilatos, se expende en tabletas de 100 mg, para administración bucal bastan 400 a 600 mg. diarios para lograr efectos terapéuticos máximos.

La pirazolona.- Y sus derivados (Cnupirina y Aminopi

rina) tiene efectos antiinflamatorios, la aminopirina - es más eficaz a este respecto, pero se prescinde de ella por su toxicidad.

La antipirina es un polvo blanco cristalino e hidrosoluble, la dosis media para adultos es de 0.3 a 0.6 g. y puede repetirse a intervalos de 4 Hrs., se prescribe en tabletas o cápsulas.

Indometacina.- Se emplea en terapéutica por sus efectos analgésicos y antiinflamatorio superior al de la dosis toleradas de aspirina y fenilbutazona.

Es un polvo blanco cristalizado insoluble en agua, se presenta en cápsulas para administración bucal con 25 o 50 mg. del fármaco, también se emplea en forma de supositorios pero las cápsulas para ingestión producen un efecto terapéutico más uniforme, la dosis inicial es de 25mg dos veces al día, según sea necesario, hasta la dosis diaria total de 100 mg al día.

Para obtener un buen éxito en la intervención quirúrgica además de administrar una terapéutica medicamentosa, es necesario dar instrucciones postoperatorias a los pacientes después de realizar cualquier intervención quirúrgica es recomendable indicarle al paciente que guarde reposo por algunas horas, no realizar ninguna clase de enjuagatorios, al menos que se hubiera prescrito lo contrario por el término de 3 Hrs., si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, será conveniente indicarle al paciente la retire dentro de 1 Hr., es pertinente

colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada durante 15 min. y 15 min. de descanso por término de 12 hrs.

La alimentación en las primeras seis horas deberá ser líquida después de pasadas las 6 horas el paciente deberá llevar una dieta semilíquida.

a) GOODMAN GILMAN.- BASES FARMACOLOGICAS
DE LA TERAPEUTICA.

b) ERNEST JAWETZ.

JOSEPH L. MELVICK.- MANUAL DE MICROBIO
LOGIA MEDICA

c) G. A. RIES CENTENO.- CIRUGIA BUCAL

CONCLUSIONES

- 1) El conocimiento de la osteología y miología es importante en la cirugía bucal preprotética, ya que la inserción de los músculos y frenillos nos van ayudar a la mejor adaptación de la prótesis.
- 2) El conocer la anatomía de los órganos dentarios nos va a evitar en muchas ocasiones un trauma protésico.
- 3) El tamaño de los procesos alveolares va a estar en relación con la mejor adaptabilidad de toda prótesis.
- 4) Seguir los principios de la cirugía nos dará un postoperatorio menos traumático.
- 5) La alveoloplastia va a ser una de las intervenciones que con más frecuencia vamos a realizar en bocas edentulas.
- 6) La falta de eliminación de frenillos en muchas ocasiones nos va a ocasionar el desalojamiento de la prótesis dentaria.
- 7) El trauma que provoca una prótesis en regiones en donde se encuentran los torus mandibular y palatino nos pueden ocasionar lesiones dolorosas muy severas.

- 8) Las exostosis vestibulares son con frecuencia debido a una mala técnica exodóntica.
- 9) Las fibromatosis alveolares en región retromolar en ocasiones no nos van a permitir la colocación de prótesis dentarias.
- 10) La presencia de torus mandibular siempre la vamos a encontrar en personas adultas.
- 11) La anquiloglosia nos pueden ocasionar problemas foniátricos principalmente en niños.
- 12) La surcoplastia es el último tratamiento con el fin de obtener una mayor dimensión vertical del proceso alveolar.
- 13) La contracción del colgajo en una surcoplastia nos va a delimitar la dimensión vertical de los procesos alveolares.
- 14) Las infecciones postoperatorias en ocasiones son dadas por la falta de defensas del paciente edentulo.
- 15) La asepsia y antisepsia son muy importantes para el tratamiento preprotético y el buen éxito de toda intervención.

B I B L I O G R A F I A

- GARDNER GRAY.- Anatomía, 2a. Edición, Ed. Mundí 1960.
- GOODMAN GILMAN.- Bases farmacológicas de la terapéutica
4a. Edición, Ed. Interamericana.
- GURALNICK C. WALTER.- Tratado de Cirugía Oral, 1a. Edición, Ed. Salvat España 1971.
- JAWETZ ERNEST, MELVICK JOSEPH.- Manual de Microbiología Médica, 6a. Edición, Ed. Manual Moderno, México 1975.
- KIMURA TAKAO.- Manual de Exodoncia I
- KRUGER O. GUSTAVE.- Tratado de Cirugía Bucal, 4a. Edición Ed. Interamericana, México 1974.
- RIES CENTENO G. A.- Cirugía Bucal, 7a. Edición, Ed. Ateneo 1973.
- STARSHAK J. THOMAS.- Cirugía Bucal Preprotética, 1a. Edición, Ed. Mundí Argentinian 1974.
- TESTUT L. JACOB.- Anatomía Topográfica, 2a. Edición, Ed. Interamericana.
- THOMA KURT H.- Cirugía Bucal, Unión Tipográfica, Ed. Hispanoamericana.