

56
2 Gen



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

CIRUGIA PREPROTETICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

JAVIER BLAS GONZALEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E =

- * PROLOGO
- * INTRODUCCION.

A).- GENERALIDADES DE LA CIRUGIA :

- 1.- Historia de la Cirugía.
- 2.- Bases para la Técnica quirúrgica.
- 3.- Historia Clínica.
- 4.- Asepsia, antisepsia, esterilización.
- 5.- Preparación del campo operatorio.
- 6.- Preparación del operador.

B).- CLASIFICACION DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS EN CIRUGIA -
PREPROTETICA :

- | | | |
|---------------|---|---|
| Tej. Blandos. | } | Frenilectomía. |
| | | Vestibuloplastía. |
| | | Extirpación de Hiperplasia. |
| | | Extirpación de Hipertrfia. |
| Tej. Duros. | } | Extirpación de Exostosis. Torus. |
| | | Extirpación de Osteoma. |
| | | Extracciones múltiples en Prosto--
doncia. |
| | | Regularización de proceso.
Alveolotomía. |
| | | Alveoloplastía. |
| | | Implantes. |

C).- ASPECTOS IMPORTANTES DEL TRANSOPERATORIO.

D).- PERIODO POSTOPERATORIO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

PROLOGO .

P R O L O G O .

Antes de buscar y escoger un tema adecuado -- para la elaboración de mi Tesis Profesional, me interesaron -- varios aspectos principales :

El desarrollo de un tema, que fuera importante por su frecuencia de aparición, donde el Cirujano Dentista tenga una satisfactoria intervención, aplicando los conocimientos que durante la carrera profesional ha adquirido.

Que dicho tema me ayudara a ampliar la información y los conocimientos adquiridos durante la carrera, logrando una superación personal, humana y profesional.

Basandome en lo dicho anteriormente, me motivó el realizar un trabajo abarcando un aspecto de la Cirugía Maxilofacial, el de : CIRUGIA PREPROTETICA.

Ya que con este tema pretendo recordar al Cirujano Dentista, de una manera directa y concreta, los diferentes aspectos importantes que deben tomarse en cuenta antes de realizar cualquier tratamiento de tipo protésico, sobre todo, cuando están involucrados en alguna patología los tejidos de soporte del aparato que pretendemos instalar, logrando con esto mejorar el índice de éxitos a nivel de consultorio dental.

Al mismo tiempo tener una guía de consulta rápida y sencilla para disipar las dudas que llegasen a presentarse al Dentista, dando la orientación básica para la instauración de un tratamiento adecuado, hablando a nivel de Cirugía Preprotética.

Con este trabajo pretendo darle mayor difusión al tema, ya que a casi 30 años de los primeros ensayos sobre este procedimiento, el método no ha logrado grandes avances, -- y solo en la actualidad es que se emplean nuevas técnicas, -- algunas ya exitosas y otras que pueden llegar a serlo en un futuro no muy lejano.

Intento que el material seleccionado para la elaboración de este trabajo, sea lo más actual posible, dado que día a día encontramos más técnicas, muy perfeccionadas, - que hacen que los problemas que anteriormente representaban - dificultad para la construcción, uso y función de la prótesis dental, sean resueltos cada vez con mayor éxito.

I N T R O D U C C I O N .

I N T R O D U C C I O N .

La Cirugía Bucal Preprotética, es una rama de la Odontología que trata del diagnóstico y tratamiento quirúrgico correctivo, de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes. La Cirugía y la Prótesis se unen para devolver a los maxilares la estética y funcionalidad perdidas.

Las regiones dentomaxilar y maxilofacial que en conjunto forman la cara, tienen su arquitectura y disposición en natural armonía que constituye la belleza. Esta puede estar alterada porque los elementos blandos y duros que la forman no guardan relación, es decir, la desarmonía de las partes constituyentes origina las anomalías. A esto se le conoce como Anomalías Dentomaxilofaciales.

Para poder establecer un diagnóstico y tratamiento de cualquier alteración a nivel bucal, es necesario conocer y diferenciar la normalidad de la anormalidad. La clave para interpretar la normalidad es la estimación de la uniformidad. Una superficie mucosa de aspecto normal puede tener una coloración rosada global o presentar matices diversos del rosa de una zona a otra, pero existirá uniformidad dentro de cada zona. Lo que exige atención es la variación del color en un área determinada.

En otras palabras, lo importante es la modificación de una zona de mucosa hasta el punto de hacerla distinta de las que la rodean.

Todos los tejidos orales y periorales, son observables en ambos lados y podemos considerarlos como formados por dos mitades, por ejemplo: una derecha y otra izquierda, o un borde derecho y otro izquierdo de la lengua o del paladar blando. Normalmente es de esperar la simetría, y por lo tanto un modo excelente de averiguar si existe alguna desviación de lo normal es examinar el mismo tejido en los lados opuestos de la boca. Así, si se observa una coloración anormal en la mucosa bucal derecha, debe examinarse el lado izquierdo en busca de una alteración similar. Si se sospecha de alguna tumefacción en el lado derecho del piso de la boca, debe mirarse si existe la misma alteración en el lado izquierdo. Si la misma "anomalía" se observa en la misma localización en ambos lados, no es probable que sea patológica.

El conocimiento de la normalidad es la base para una sólida interpretación de las desviaciones que se observan en las radiografías. La interpretación de lo normal en las radiografías implica las variaciones que caen dentro de los límites normales.

Tomando como base lo anterior y conociendo las estructuras anatomo funcionales de los elementos involucrados, se podrá realizar un correcto diagnóstico y consecuentemente el tratamiento quirúrgico adecuado para posteriormente devolverle la funcionalidad al aparato estomatognático mediante la colocación de un aparato protésico.

El éxito de una prótesis bucal depende en gran parte de una técnica quirúrgica adecuada. La Cirugía Bucal Preprotética corrige y prepara a los maxilares proporcionándoles las cualidades necesarias para darle estabilidad, retención y soporte a los aparatos protésicos.

Los fines principales de la Cirugía Preprotética son :

- 1.- La eliminación y/o modificación de las estructuras óseas y mucosas que se presenten anormalmente, impidiendo así la correcta adaptación de una prótesis.
- 2.- La regularización y modelado de las estructuras óseas, musculares y mucosas.
- 3.- La eliminación de procesos patológicos congénitos o adquiridos.

Gran parte de las técnicas quirúrgicas preprotéticas son relativamente fáciles de ejecutar, lo que nos da un amplio margen para poder realizarlas a nivel de consultorio dental y obtener con ello mayor experiencia y conocimientos en el campo de la Cirugía Preprotética.

Toda Cirugía pasa por tres etapas básicas, que son : Preoperatorio, Transoperatorio y Postoperatorio.

Preoperatorio.- En esta primera etapa se reconocerá al paciente, se tomarán las medidas necesarias para la preparación del campo quirúrgico, del operador, del instrumental, etc.

Transoperatorio.- Ya que se ha determinado la realización de una técnica quirúrgica, esta se llevará a cabo. La realización de una técnica quirúrgica propiamente dicha es lo que -- conocemos como transoperatorio.

Postoperatorio.- El postoperatorio es la tercera etapa dentro de una Cirugía, en ésta se efectuarán las medidas necesarias para mejorar el proceso de evolución de nuestra intervención. Es el control bajo el que se tendrá al paciente después de realizarle una operación y que cesará justo en el momento en que los tejidos de soporte (en el caso de Cirugía - Preprotética) estén aptos para recibir una prótesis de cualquier tipo.

El criterio quirúrgico deberá ser siempre conservador.

A

GENERALIDADES DE LA CIRUGIA

HISTORIA DE LA CIRUGIA .

Las primeras noticias que se tienen sobre la Medicina, aparecen en el Papyrus de Ebers que se encuentra en la Universidad de Leipzig. El tamaño de este importante documento es de 0.30 cms. de ancho por 20.00 metros de largo y se supone que fue escrito 1550 años a.c. En él se habla sobre el diente y las encías, apareciendo varios procedimientos para curar sus enfermedades, pero no se hace ninguna mención sobre Cirugía Bucal por lo cual se supone que en ese entonces no se realizaban ni siquiera extracciones dentarias.

A Eucalipto, médico griego del siglo XIII antes de la era cristiana, se le conoce como el padre de la Cirugía, ya que inventó el primer instrumento para la extracción dental; era de plomo y se le llamó Odontogon. Posteriormente Aristóteles da a conocer el Odontagra (forceps dental). Ya por esta época se recomienda que los dientes cariados se rellenen con plomo antes de su extracción para evitar fracturas.

Pierre Fauchard (1690-1761), fundador de la Odontología moderna, inicia una nueva era dentro de la práctica dental; él ya habla de nuevas técnicas quirúrgicas para extracción de dientes, reimplantes y trasplantes dentarios. Habla sobre los problemas del seno maxilar ante incorrectas formas de extracción.

En 1854 se inventó el forceps inglés con un modelo para cada diente. Este ha sido la base para los forceps usados en la actualidad. Algún tiempo después C. B. Winter, en Estados Unidos describe 24 instrumentos para cortar hueso y 28 destinados a elevar un diente.

En el año de 1864 la Cirugía Bucal como especialidad de la Odontología fue incluida en el plan de estudios de la Escuela de Odontología de Filadelfia, actualmente Escuela de Odontología de la Universidad de Temple. Al mejorar la educación dental, la práctica de la Cirugía Bucal se ha vuelto más importante y requiere mayor entrenamiento del que se recibe en las escuelas dentales.

Saizar (1950) dice que el objeto de una operación quirúrgica de la boca, es proporcionarle retención, estabilidad y soporte para la colocación de una prótesis, además de estética.

BASES PARA LA TECNICA QUIRURGICA :

Uno de los procedimientos de que se vale la Medicina para el tratamiento de las enfermedades es el que se conoce con el nombre de Cirugía o Terapéutica quirúrgica. -- Las técnicas quirúrgicas se caracterizan porque en ellas se emplean procedimientos manuales.

La Cirugía como rama de la Medicina, es también una ciencia y un arte, por lo tanto, para poder efectuar se una técnica quirúrgica deberán conocerse las condiciones regionales de la zona a tratar, indicaciones, contraindicaciones, etc., así como el manejo de instrumental y técnicas operatorias. En la preparación de un paciente para Cirugía Bucal es necesario seguir los preceptos que se tienen del pre-, trans y postoperatorio para poder asegurar el éxito de la operación.

TIEMPOS OPERATORIOS .

En Cirugía Bucal de manera especial se deben considerar los siguientes tiempos quirúrgicos:

Incisión.- Maniobra mediante la cual se abren los tejidos -- para llegar a los planos más profundos, de manera premeditada y con un fin determinado.

Osteotomía.- Corte quirúrgico de una porción ósea.

Ostectomía.- Corte y extirpación de bloques óseos.

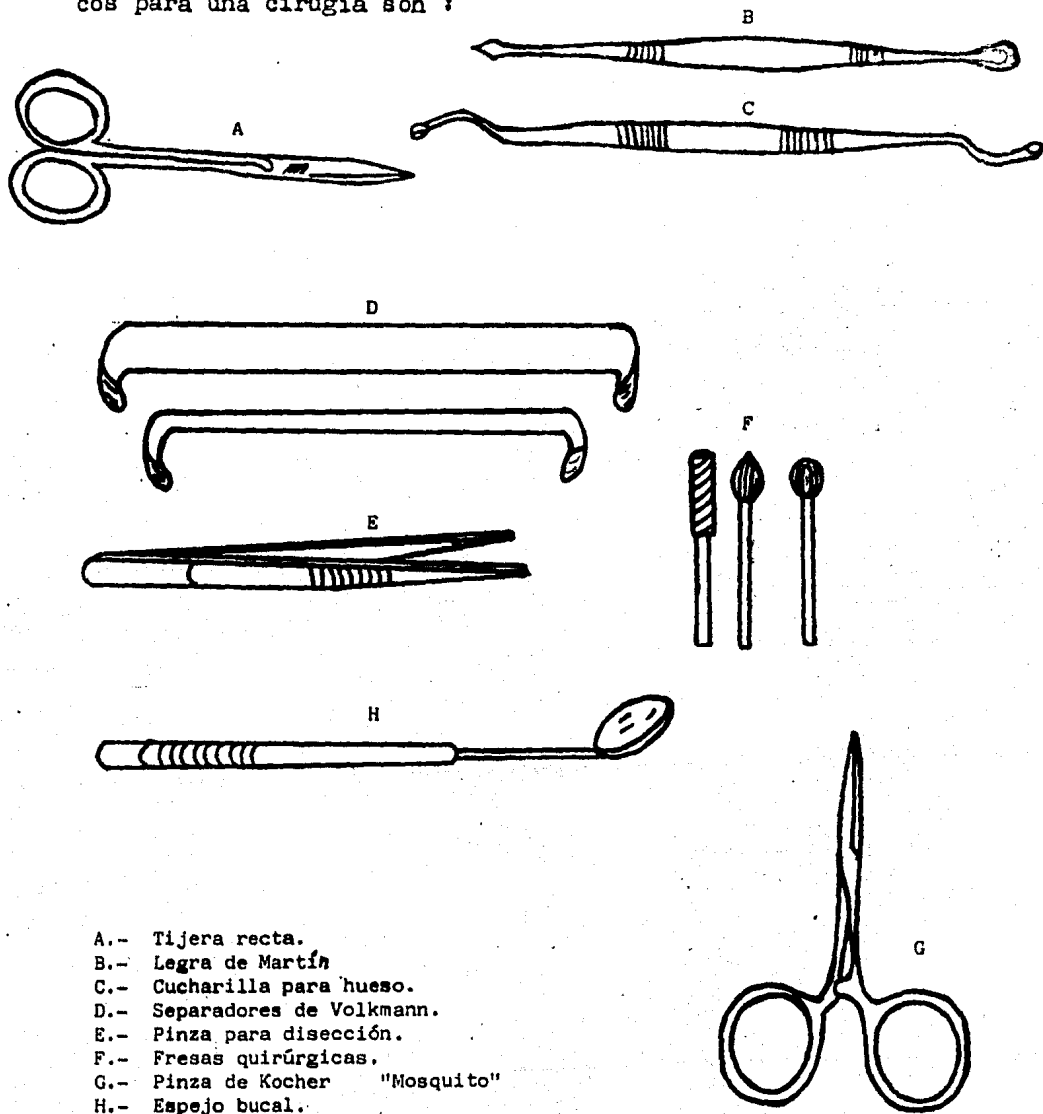
Operación propiamente dicha.- Es la ejecución de la técnica quirúrgica motivo de la cirugía.

Tratamiento de la cavidad ósea.- En algunas ocasiones se requiere de un tratamiento especial para la cavidad.

Sutura.- Ultimo tiempo operatorio, cuya finalidad es reunir los tejidos separados por la incisión para favorecer la reparación.

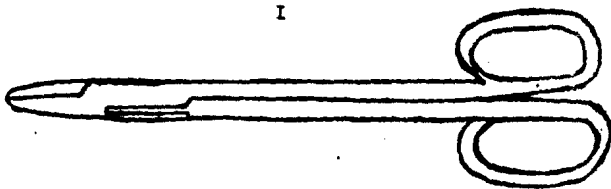
INSTRUMENTAL .

Algunos de los instrumentos quirúrgicos básicos para una cirugía son :

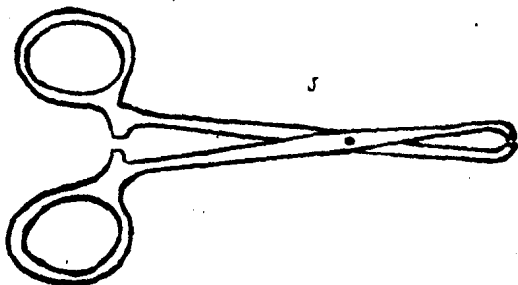


- A.- Tijera recta.
- B.- Legra de Martín
- C.- Cucharilla para hueso.
- D.- Separadores de Volkmann.
- E.- Pinza para disección.
- F.- Fresas quirúrgicas.
- G.- Pinza de Kocher "Mosquito"
- H.- Espejo bucal.

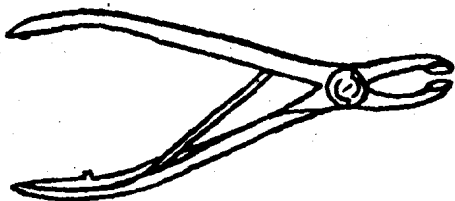
I



J



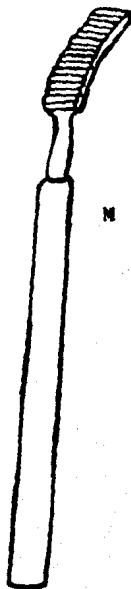
K



L



M



N



N



- I.- Pinza portaagujas recta.
- J.- Pinza de *Allis*.
- K.- Alveolotomo.
- L.- Sutura.
- M.- Lima para hueso.
- N.- Lima para hueso.
- N.- Bisturi Bard-Parker c/hoja.

HISTORIA CLINICA .

Es la recopilación ordenada y sistemática de los datos proporcionados por el paciente. Junto con el examen clínico, de laboratorio y radiográfico se llega a un correcto diagnóstico y consecuentemente al tratamiento adecuado.

El diagnóstico es el nombre específico que se dará a la afección que reporte el paciente.

El pronóstico es el juicio que se establece acerca del curso de una enfermedad y su estadio final.

El tratamiento es la terapéutica que se empleará para limitar el daño, devolver la salud, funcionalidad y estética a las estructuras afectadas. El pronóstico y el tratamiento estarán dados en base al diagnóstico.

Los objetivos o finalidades de la Historia Clínica son :

- 1.- Tener la seguridad de que el tratamiento no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
- 2.- Averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el tratamiento aplicado al paciente.
- 3.- Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
- 4.- Para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

ASEPSIA - ANTISEPSIA - ESTERILIZACION .

Asepsia.- Método para impedir el acceso de gérmenes nocivos al organismo.

Antisepsia.- Procedimiento encaminado a la destrucción de -- microorganismos patógenos ya establecidos. Esto se logra por medios mecánicos, físicos, químicos y biológicos.

Esterilización.- Es la destrucción de cualquier forma de vida, ya sea vegetal o animal.

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia, sin embargo, se puede evitar en gran parte la contaminación antes de la intervención mediante el uso de antisépticos. Esta se puede mantener si todos los instrumentos que se emplearán están perfectamente esterilizados.

PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO .

El campo operatorio así como los instrumentos de trabajo, se deberán esterilizar por medio de calor, sustancias químicas y fármacos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas.

La Cirugía Bucal se practica en una cavidad - cuya esterilización es imposible, sobre todo si existen dientes en deficientes condiciones.

PREPARACION DEL OPERADOR .

El operador deberá actuar en forma simpática, con gentileza y tranquilidad, estará calmado y mostrará seguridad en sí mismo para inspirar confianza. El cirujano también deberá estar preparado psicológicamente y con los conocimientos necesarios para poder resolver alguna complicación -- que se presente durante el transoperatorio. Además no puede olvidar los preceptos de asepsia, antisepsia y esterilización en su persona.

B

CLASIFICACION DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS
EN CIRUGIA PREPROTETICA .

CLASIFICACION DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS
EN CIRUGIA PREPROTETICA .

PREPARACION QUIRURGICA DE LA BOCA PARA PROTESIS :

La preparación quirúrgica de la boca para las prótesis puede afectar al tejido blando, al hueso o a ambos.- La necesidad de este tipo de cirugía se determina por la exploración clínica y radiográfica.

Todos los aumentos de volúmen o tejidos clínicamente visibles o palpables que pueden ser traumatizados por las prótesis dentarias se han de extirpar.

Las anomalías de tejido óseo y mucoso más comunes que requieren una intervención quirúrgica preprotésica son : los frenillos mal implantados, los tori, las crestas linguales del tercer molar mandibular, las líneas oblicuas internas (cresta milohioidea), las protuberancias vestibulares de las tuberosidades maxilares y las irregularidades consecutivas a la extracción dentaria.

Algunas de las técnicas quirúrgicas que se practican con mayor frecuencia a nivel de consultorio dental y que serán tratadas en este trabajo son :

Tej. blandos	{	<p>Frenilectomía. Vestibuloplastía. Extirpación de Hiperplasias. Extirpación de Hipertrofias.</p>
Tej. duros	{	<p>Extirpación de Exostosis. Torus. Extirpación de Osteoma. Extracciones múltiples en Prostodencia. Regularización de proceso. Alveolotomía. Alveoloplastía. Implantes.</p>

FRENILECTOMIA .

En algunas ocasiones requieren tratamiento quirúrgico las inserciones anormales de los frenillos debido a que acarrear problemas estéticos (diastemas) y funcionales (fonación). El frenillo labial superior es el que plantea más problemas de este tipo, y el frenillo lingual el que presenta menos.

La Frenilectomía, es la técnica quirúrgica en caminata a la corrección de frenillos bucales mal implantados.

Al frenillo se le considera importante desde dos puntos de vista : Ortodóncico y Protésico. En este caso nos avocaremos al aspecto protésico.

FRENILLO LABIAL :

ANATOMIA.- Es un repliegue de mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores, algunos de estos frenillos no terminan a ese nivel, sino que descienden hasta el borde alveolar, rodeando este borde y van a terminar en la papila interdientaria en la bóveda palatina.

Histologicamente está formado por 3 capas :

- 1.- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- 2.- La túnica propia, consistente en tejido conjuntivo. Contiene hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- 3.- La submucosa, que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

El Dr. Monti clasifica a los frenillos en tres tipos, que son :

- 1.- Frenillo de tipo alargado pero que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.
- 2.- Frenillo de forma triangular cuyo vértice coincide con el surco gingival.
- 3.- Frenillo triangular de base inferior.

INDICACIONES :

- 1.- Cuando el frenillo labial se oponga a la adecuada colocación de una prótesis completa y la desplace con los movimientos del labio.
- 2.- En el caso de que se forme un diastema inter-incisivo.
- 3.- Cuando la implantación del frenillo lingual origine Anquiloglosia pudiendo provocar problemas para la deglución y dicción .
- 4.- En el caso de que su implantación ocasione problemas en la estabilidad de la prótesis total inferior.

DIFERENTES TIPOS DE FRENILLO ANORMAL .

- A.- Alargado rectangular. Origina diastema por desplazamiento paralelo de los dientes incisivos.



- B.- Triangular de base superior. Origina diastema con mayor separación radicular.



- C.- Frenillo triangular de base inferior. origina diastema - interincisivo de mayor separación coronaria.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTIRPACION DEL FRENILLO LABIAL.

Existen numerosas técnicas, en este caso mencionaremos las más practicadas con fines protéticos.

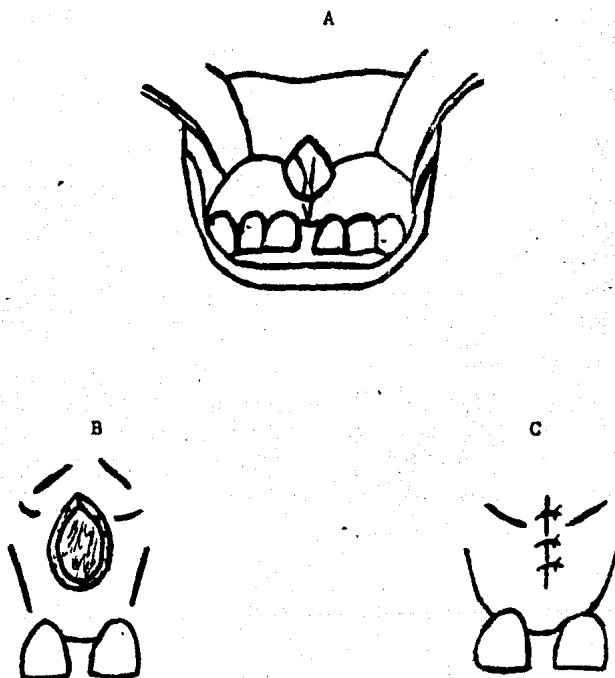
TECNICA DEL DR. FEDERSPIEL :

Previa asepsia y antisepsia aunada a una --- anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo; con un bisturí de hoja corta se circundará a manera de óvalo, la base quedará en forma de abanico a la derecha y a la izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso.

La porción del frenillo circunscrita por la - incisión se toma con una pinza de mosco o disección, despegándola por medio de una legra o periostotomo.

Los bordes de la herida se unen por medio de dos o tres puntos aislados de sutura 3 o 4 ceros, de preferencia seda.

Para evitar la profusa hemorragia por las incisiones que se trazan para la eliminación del frenillo; este puede tomarse con dos pinzas de mosco, una en el límite superior del frenillo vecino al labio y la otra paralela y adosada al hueso en su porción de inserción ósea, el frenillo es resecaado por dentro de estas pinzas, que no se retiran sino hasta después de pasar los hilos de sutura.

FRENILECTOMIA .TECNICA DEL DR. FEDERSPIEL :

- A.- Incisión en ovalo de la base del frenillo.
B.- Resección del frenillo.
C.- Sutura.

TECNICA DE LOS DRS. H. BIRN Y J. E. WINTER :

Las técnicas quirúrgicas para la corrección del frenillo labial van a depender del tamaño y volumen del mismo.

1.- Frenillo poco grueso y bien delimitado.

Estos se van a extirpar por medio de una incisión en forma de "V" la cual se inicia en su inserción en el proceso alveolar; el frenillo se libera del periostio con un bisturí, seccionándolo con tijeras a nivel del fondo del vestíbulo.

La herida resultante será de forma romboidal la cual se sutura con puntos aislados, el punto que va en el fondo de saco incluye también al periostio, con lo cual podemos asegurar la altura.

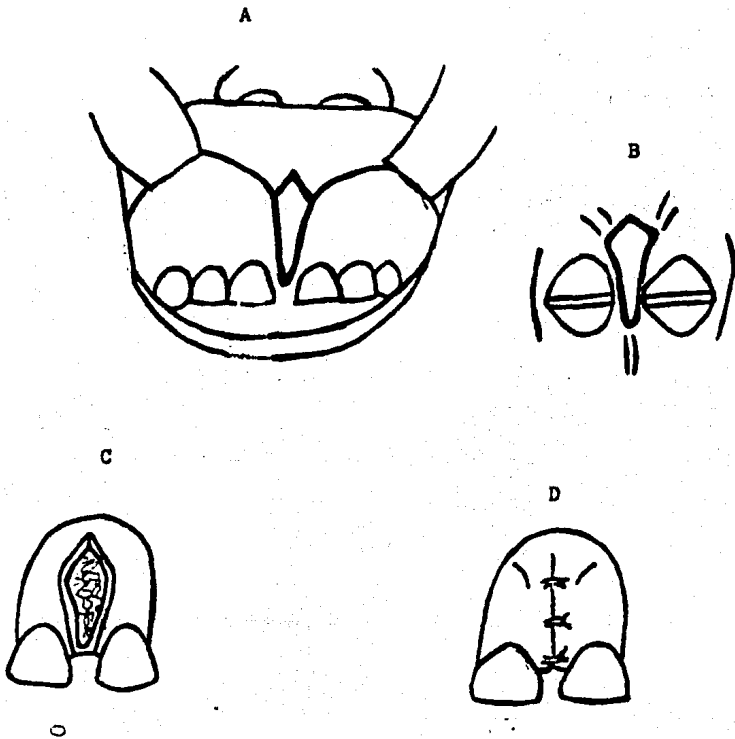
2.- Frenillo grueso y base de inserción muy amplia.

Se inicia con una inserción semicircular; con tijera se va a disecar el frenillo, liberándolo del periostio y seccionándolo por medio de puntos aislados en ambos extremos, quedando una herida abierta que cicatrizará de segunda intención.

○ En la preparación protética de los maxilares, la resección del frenillo es una maniobra de rutina.

TECNICA PARA LA ELIMINACION DEL FRENILLO CUYA IMPLANTACION

SE PROLONGA HASTA EL PALADAR .



- A.- Incisión del frenillo.
 B.- Línea de incisión vista por la cara palatina.
 C.- Frenillo resecaado.
 D.- Sutura.

FRENILLO LINGUAL :

El frenillo lingual es un elemento cuya inserción, en ocasiones representa un problema para la adaptación de una prótesis total inferior o para la fonación. En este caso, se puede eliminar quirúrgicamente.

Límites.- Es un sólido cordón que inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el tercio anterior de este órgano y se vuelve hacia adelante, insertándose en la línea media de la mucosa del piso de la boca.

El extremo anterior del frenillo lingual toma asiento en la cara lingual del maxilar inferior y en el borde de la arcada, entre los incisivos centrales inferiores.

Es importante recordar que el frenillo lingual aloja un paquete vascular, el cual debe tomarse en cuenta en su intervención quirúrgica.

Cuando el frenillo lingual está mal implantado provoca dos problemas principales, que son :

- 1.- La fijación de la lengua al piso de la boca, conocido como Anquiloglosia o lengua atada.

En este caso, los pacientes van a presentar dificultad para la deglución y fonación, sobre todo en las consonantes linguodentolabiales. Los movimientos de la lengua son limitados y el paciente no logra tocar el paladar con la punta de la lengua estando con la boca abierta, provocando ésto que la lengua adquiera una forma helicoidal al tratar de moverla.

Realizando la Frenilectomía estos problemas quedan solucionados y solo se tendrá que remitir al paciente con un Foniatra para corregir su dicción.

- 2.- La formación de un diastema interdentario.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTIRPACION DEL FRENILLO LINGUAL.

Previa asepsia, antisepsia y anestesia local infiltrativa en ambos lados del frenillo y en todo su recorrido, se tomará el frenillo con una pinza de disección; al mismo tiempo se aconseja pasar un hilo (sutura) a nivel del extremo distal del frenillo anudándolo, para con ésto evitar la hemorragia cuando se corte el paquete vascular ya mencionado anteriormente.

Otro uso del hilo es que va a servir para traccionar y levantar el frenillo en ambos lados, que junto con la pinza de disección se presentará al bisturí, el cual lo seccionará en ambos lados y en toda su extensión.

TECNICA DEL DR. STARSHAK :

Se realiza con anestesia local por medio de un bloqueo bilateral del nervio lingual aunado a puntos locales en pequeñas cantidades cerca de la zona a intervenir.

Se tracciona la lengua y se incide transversalmente el frenillo en su parte media realizando un corte en forma de "V". Los colgajos mucosos se socavan con tijeras y se cierran con una sutura lineal longitudinal con puntos aislados.

Al suturar la herida hay que tener cuidado de no pasar la aguja de sutura a través de la vena sublingual, ya que de hacerlo se origina una hemorragia rebelde, equimosis e inflamación.

RECONSTRUCCION QUIRURGICA DEL SURCO
VESTIBULAR Y LINGUAL

Quando el surco vestibular de un paciente no presente la profundidad necesaria para poder soportar una prótesis total, se realizará la Vestibuloplastia, que es una técnica quirúrgica encaminada a la reconstrucción del surco, y cuya finalidad es obtener una base apropiada para la colocación de la prótesis. La ausencia del surco vestibular puede deberse a varios factores :

- a.- Procesos inflamatorios del vestíbulo bucal.
- b.- Extracciones y alveolectomía excesiva.
- c.- Resorción exagerada de los maxilares desdentados.

Al no existir el surco vestibular, éste se debe rehacer para que sea permitido colocar la prótesis.

INDICACIONES :

- 1.- Ante la presencia de un surco vestibular corto que impide la correcta colocación de una prótesis.
- 2.- Cuando no exista alguna enfermedad general que lo impida.

VENTAJAS :

- 1.- Vamos a obtener un surco vestibular lo suficientemente alto para poder adaptar una prótesis total, sin que ésta cabalgue sobre el proceso alveolar.

MAXILAR SUPERIOR .

Quando las inserciones tiene lugar sobre la arcada alveolar, se dificulta la colocación de una prótesis, por lo tanto, se deberá profundizar el vestíbulo mediante técnicas quirúrgicas.

TECNICA :

Asepsia, antisepsia, anestesia, incisión. Esta deberá ir por encima del borde de la cresta alveolar del maxilar superior en el nacimiento de los tejidos móviles de la superficie vestibular, se traza una incisión que abarque toda la arcada. También puede hacerse la operación en 2 tiempos, uno para cada hemiarcada. La incisión debe llegar profundamente hasta el hueso, seccionando frenillos, bridas y músculos sobre el borde de la arcada.

Con una legra se separa la fibromucosa; una vez desprendido en toda su extensión el colgajo, se sutura el borde libre de éste en la profundidad del vestíbulo, evitando así que vuelva a cicatrizar en su antigua posición.

Se pliega el colgajo sobre sí mismo de manera que su cara bucal se ponga en contacto con el hueso descubierto, con esto se constituye un surco vestibular que no tardará en epitelizarse. Para evitar que el colgajo baje se deberá fijar con suturas al surco recién creado.

TECNICA DE KAZANJIAN :

Kazanjian (1935) propone una técnica para movilizar las inserciones musculares y profundizar el surco, esto se aplica sobre todo cuando se requiera eliminar parte del borde alveolar para corregir la protrusión del maxilar superior.

Asepsia, antisepsia, anestesia. Incisión a lo largo del borde alveolar. Los tejidos blandos vestibulares en toda su altura, así como los palatinos, se desprenden de sus inserciones. Se practica la resección de todo el hueso alveolar sobrante, lo que permitirá levantar la altura del surco vestibular; se vuelve el colgajo a su sitio y se sutura.

Para mantener levantado el nuevo surco vestibular creado, se coloca un tubo de goma a nivel de dicho surco y en la posición más alta que le permita el tejido gingival sobre el cual se encuentra, fijándolo por medio de suturas. Estas y el tubo se retiran a los 4 o 5 días.

Algunos autores como Gilbert (1936) y Que--
reilhac (1941) aconsejan un método para impedir la cicat--
rización precoz de la herida : Se realizan 2 orificios con una
fresa de bola en la parte más alta del hueso procurando no le--
sionar el seno maxilar, por estos dos orificios se introducen
pequeños clavos inoxidable. Se mezcla cemento quirúrgico y
se coloca alrededor de las cabezas de dichos clavos. El ce--
mento quirúrgico llena el surco vestibular e impide la cica--
trización precoz de la herida. El objeto de ésto es interpo--
ner un cuerpo sólido entre los labios de la incisión, lo que
se logra con una gasa yodoformada o por medio de un aparato
de acrílico.

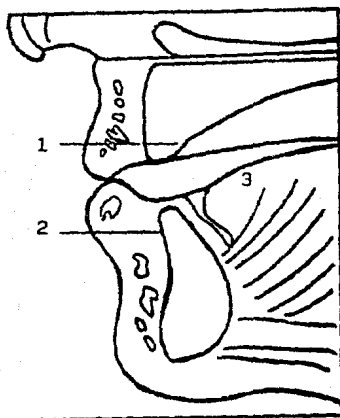
PROTESIS DE ACRILICO.- Es necesario preparar antes de la ---
operación un aparato protésico; una de sus aletas actuará in--
terponiéndose entre los labios de la herida para impedir la -
cicatrización.

Se toma la impresión del maxilar que va a ser
portador de la prótesis levantando al máximo los tejidos blan--
dos del surco vestibular. Emplearemos una cubeta adecuada y
que sus bordes sean excesivamente altos para obtener el levan--
tamiento o distensión de frenillos, bridas, inserciones, etc.,
o simplemente la mucosa del surco vestibular. Obtendremos un
modelo con un reborde artificialmente elevado por la disten--
sión de los tejidos.

Sobre este modelo se confecciona una placa -
base provista de una cámara de succión. Se hará un desgaste
en la altura de los modelos (3 mm.) y en su profundidad ---
(2 mm.) en toda la longitud de la zona correspondiente al
surco vestibular con el objeto de que al colocar la placa en
boca se logre un ajuste y una adhesión perfectas de sus bor--
des, sobre los cuales se acomodará la mucosa incidida durante
la cicatrización.

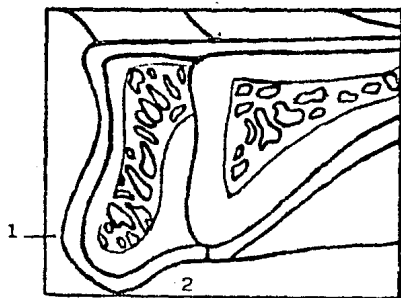
La colocación de esta placa tiene sus incon--
venientes pues su empleo resulta muy doloroso.

TECNICA DE PROFUNDIZACION DE VESTIBULO. VESTIBULOPLASTIA .



PRESENTACION DEL CASO EN UN CORTE ANTEROPOSTERIOR .

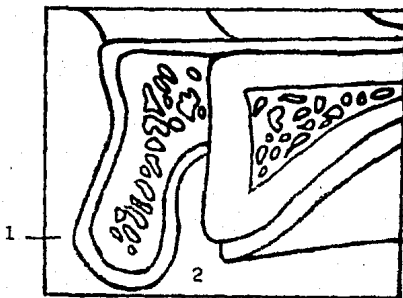
- 1.- Proceso alveolar superior.
- 2.- Proceso alveolar inferior.
- 3.- Lengua.



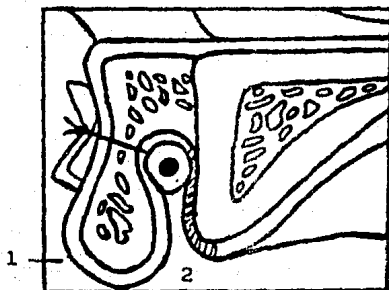
Proceso alveolar sup.

- 1.- Labio.
- 2.- Area vestibular.

a).- Incisión.



b).- Desprendimiento del colgajo.



c).- Colocación del tubo de polietileno en el fondo del nuevo surco, manteniéndolo con ligaduras a través del labio.

MAXILAR INFERIOR .

La ausencia del surco vestibular así como del lingual, impide la correcta adaptación de una prótesis. Por lo tanto, también habrán de reconstruirse dichos surcos, para lograrlo mencionaremos a continuación algunas técnicas:

TECNICA :

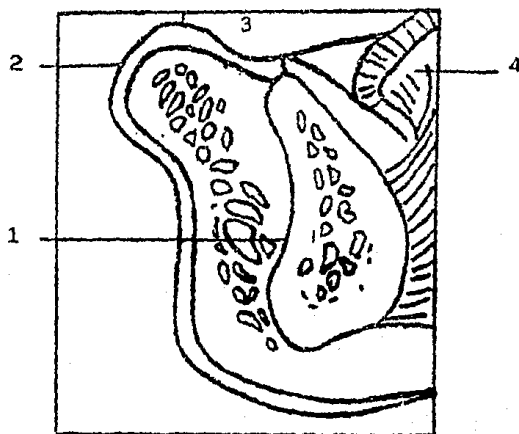
Asepsia, antisepsia, anestesia. Se traza una incisión sobre la cresta alveolar a todo lo largo de la zona de la prótesis. Se separan los colgajos respectivos cuyos bordes libres se introducen en la profundidad de la herida labial y lingual. En el fondo del surco creado se sutura igual que el maxilar superior, antes mencionado.

Cuando la inserción del geniogloso está muy cerca del borde alveolar, será menester desprender las inserciones de este músculo y suturarlo al geniohioideo. La porción ósea puesta al descubierto se protege con una gasa yodiformada sostenida por puntos de sutura como en el maxilar superior. Este hueso se tapiza por granulación y más tarde por epitelización, permitiendo así obtener una zona mucho más extensa.

Wassmund propone una técnica para evitar la lesión del nervio mentoniano :

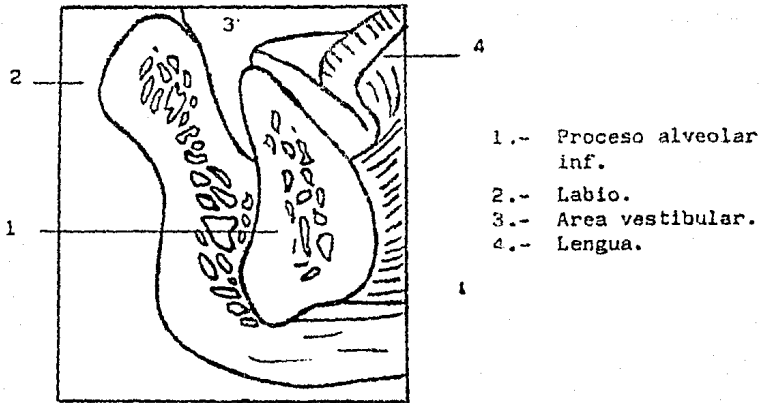
La incisión se realiza en toda la longitud del surco labial a excepción de la porción correspondiente a los agujeros mentonianos de ambos lados (región de premolares), conservando una especie de puente que cubre el penacho mentoniano.

TECNICA DE VESTIBULOPLASTIA EN EL MAXILAR INFERIOR .

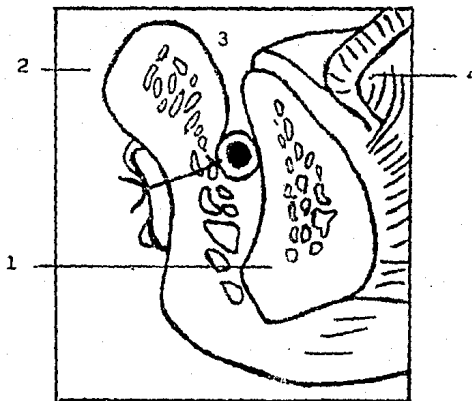


A.- Incisión sobre la cresta alveolar de la arcada para permitir el descenso del colgajo.

- 1.- Proceso alveolar inferior.
- 2.- Labio.
- 3.- Area vestibular.
- 4.- Lengua.



B.- Desprendimiento del colgajo .

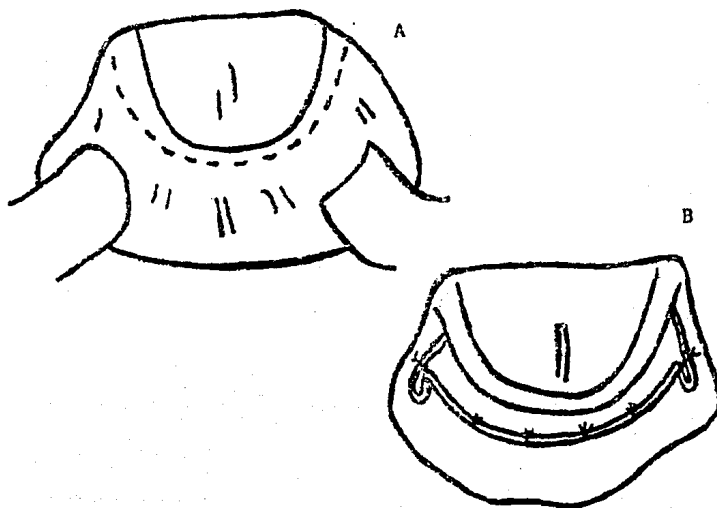


C.- Colocación de un tubo de caucho o polietileno manteniéndolo con ligadura a través del labio.

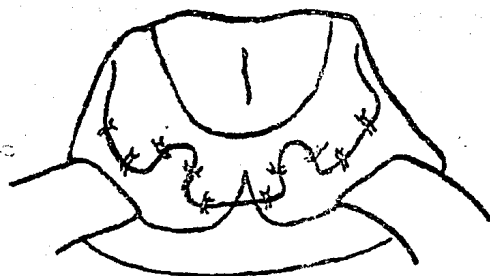
TECNICA DE KAZANJIAN :

- 1.- Incisión horizontal en toda la superficie bucal del labio o carrillo en línea paralela a la arcada alveolar y un centímetro y medio hacia afuera de la misma. La incisión se efectúa en toda la superficie que va a recibir la prótesis.
- 2.- Diseccionar con un bisturí la fibromucosa más cercana al borde alveolar.
- 3.- Diseccionar todo el tejido y fibras musculares sobresalientes en la superficie bucal del maxilar, teniendo cuidado de no lesionar el periostio.
- 4.- El colgajo con base en el reborde alveolar se extiende sobre el periostio expuesto y se sutura a ese nivel.
- 5.- El borde externo labial de la incisión a nivel del labio o carrillo, se desciende al fondo del surco obtenido por la operación y se mantiene en posición con puntos de sutura que atraviezan desde la boca a la piel, donde se anudan.

RECONSTRUCCION DEL SURCO VESTIBULAR INFERIOR .



- A.- Línea de incisión a lo largo del surco.
 B.- Sutura para el mantenimiento del colgajo en su nueva posición.



Método de Wassmund para proteger el ramillete mentoniano..

HIPERPLASIA E HIPERTROFIA

Por lo general, la Hiperplasia se considera como un aumento de tamaño de un tejido debido a la proliferación de sus componentes celulares, en cambio, la Hipertrofia indica agrandamiento del tejido por aumento del tamaño de las células que lo constituyen. Las Hiperplasias se presentan principalmente en la tuberosidad del maxilar y en áreas de irritación.

HISTOPATOLOGIA.- En la hiperplasia, la lesión puede ser aguda o crónica y se compone de un armazón de fibras conjuntivas sueltas en el cual es mínimo el depósito de colágena. La vascularización es muy notable y hay infiltración de elementos inflamatorios en la mayor parte de los tejidos.

En la hipertrofia la lesión se caracteriza por un armazón de tejido conjuntivo fibroso, en el cual se ha depositado una gran cantidad de colágena. Es moderadamente vascular y no se observan elementos inflamatorios.

Tratamiento.- El tratamiento de la hipertrofia y de la hiperplasia de la mucosa bucal consiste en eliminar el agente causal, ya sea irritación por una dentadura o alguna otra de tipo mecánico.

La eliminación temprana del agente causal puede dar por resultado una regresión de la alteración del tejido y éste se normaliza. Sin embargo, es mejor practicar una extirpación del exceso de tejido después de eliminar el irritante.

A continuación mencionaremos algunas de las hiperplasias más frecuentes, que ocasionan problemas para la colocación de una prótesis, así como las técnicas quirúrgicas para su eliminación.

HIPERPLASIA FIBROMATOSA.- (Epulis fisurado). Es una lesión frecuente en su aparición. Puede considerarse como una reacción de tipo hiperplásico e hipertrófico.

Etiología.- Son ocasionadas por la acción irritativa de aparatos protésicos mal adaptados.

Características clínicas.- Tienen un aspecto de cortinas u hojas de libro las cuales en algunos casos llegan a cubrir los dientes superiores, ya que se ubican en el vestibulo superior. Va evolucionando conforme pasa el tiempo. Presenta una coloración rojiza en las primeras etapas y pálidas posteriormente, porque los elementos vasculares son reemplazados por tejido conjuntivo fibroso. Es frecuente la ulceración en la base del surco ocasionada por la dentadura cortante. Es una lesión indolora que sangra fácilmente.

Tratamiento.- Eliminar el factor irritativo mediante cambio o remodelación de la prótesis. Generalmente se consigue disminuir la lesión. Posteriormente se realiza la eliminación quirúrgica.

TECNICA :

Asepsia, antisepsia, anestesia. Incisión en la base a lo largo si es pequeño, o haciendo una disección submucósica del pliegue para obtener un colgajo y entonces hacer una excisión submucósica de los tejidos de cicatrización.

El colgajo se sutura al periostio a manera de no perder la altura vestibular.

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.- (Hiperplasia fibrosa del paladar duro - Papilomatosis palatina). Es una lesión que afecta la mucosa del paladar. Predomina en pacientes que usan prótesis.

Etiología.- Desconocida, pero se asocia con el uso de una prótesis mal adaptada que permite la irritación por fricción.

También se relaciona con la cámara de succión de una dentadura total superior, por la succión crónica de la mucosa palatina.

Características clínicas.- La lesión se compone de numerosas proyecciones papilares rojas y edematosas dispuestas muy cerca una de otra que abarcan casi la totalidad del paladar duro y le dan un aspecto verrucoso.

Las lesiones pueden extenderse hacia la mucosa alveolar, y en ocasiones, hasta la mucosa alveolar inferior. El tejido presenta diversos grados de inflamación. La ulceración es poco frecuente.

Tratamiento.- La eliminación de la causa y la confección de un nuevo aparato sin la eliminación del tejido excedente, dará por resultado la regresión del edema e inflamación pero la hiperplasia persistirá. De preferencia la excisión quirúrgica de la lesión antes de la confección de una nueva prótesis devolverá a la boca su estado normal.

La eliminación se logra mejor si el paciente se encuentra bajo sedación o analgesia. La profundidad de la resección se hace hasta la submucosa. La profundidad adecuada puede estar dada por el color gris amarillento de la submucosa. Debe evitarse la penetración del periostio para evitar escaras óseas que retrasen el proceso de curación.

Se utiliza una férula palatina recubierta con apósito periodontal especial para reducir el sangrado y el dolor postoperatorio.

Se cambia el apósito cada semana bajo anestesia tópica permitiéndolo así la curación por granulación y epitelización secundaria.

Es recomendable realizar una biopsia del tejido afectado enviándola al Patólogo para confirmar el diagnóstico.

Postoperatorio.- Medicación triple A, fisioterapia, dieta líquida, estricta higiene bucal, visitas al consultorio para control.

ELIMINACION DE LAS HIPERTROFIAS.

En maxilares ya desdentados pueden subsistir condiciones que no armonicen con la regularidad que se requiere para la instalación correcta de una prótesis. Esto se refiere a la existencia de hipertrofias de hueso, exostosis en distintos sentidos, malformaciones óseas de distinto tamaño y ubicación, etc.

También en el vestibulo bucal, y sobre todo en el superior, se desarrollan por acción irritativa como consecuencia del uso de prótesis mal adaptadas, lesiones caracterizadas por la hipertrofia, en grado variable del tejido gingival. Estos procesos tienden hacia la forma tumoral, persisten, crecen y permanecen mientras exista el factor irritativo. Son en realidad Fibromas del surco vestibular o Fibromatosis del surco.

Su eliminación quirúrgica es necesaria para colocar con comodidad y eficacia las prótesis. Su eliminación y regularización puede hacerse en el momento de la extracción o cuando el paciente se presente desdentado y con miras a la prótesis.

Iniciaremos con las hipertrofias óseas más frecuentes, éstas son :

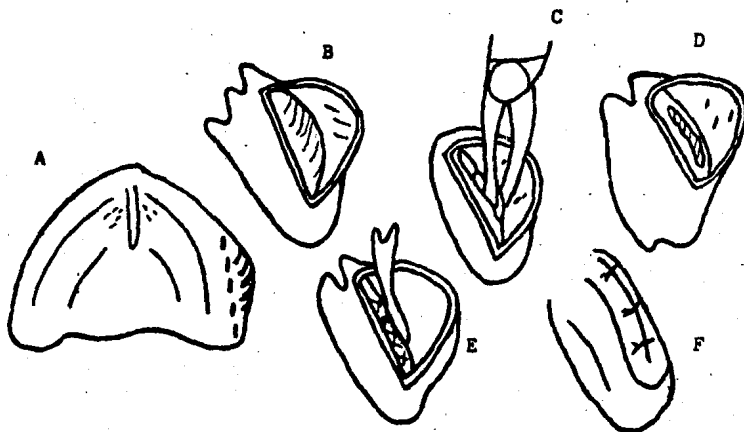
HIPERTROFIA OCLUSAL DE LAS TUBEROSIDADES.- Las tuberosidades del maxilar superior pueden estar aumentadas excesivamente de volumen en sentido oclusal impidiendo la ubicación correcta de una prótesis.

HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES.- El aumento de volumen de las tuberosidades del maxilar superior no permite que la prótesis se adapte a nivel del surco vestibular, lo cual evita el buen sellado periférico.

PROTUBERANCIAS OSEAS EN DISTINTO SENTIDO.- Son innumerables las variedades que pueden presentar las protuberancias óseas, se pueden encontrar en cualquiera de los maxilares y en cualquiera de sus caras.

TECNICA PARA LA ELIMINACION DE HIPERTROFIA LATERAL

EN EL MAXILAR SUPERIOR .



- A.- Caso a intervenir. Incisión.
 B.- Colgajo separado.
 C.- Osteotomía.
 D.- Protuberancia reseçada.
 E.- Regularización del hueso con lima.
 F.- Sutura.

A continuación procederemos a analizar las diferentes técnicas quirúrgicas encaminadas a la eliminación de las hipertrofias:

TECNICA :

Previa asepsia, antisepsia y anestesia, se trazan 2 incisiones, la primera ubicada entre el canino y el primer premolar inclinada hacia adelante y con una altura hasta el surco vestibular; la segunda incisión se traza sobre el proceso alveolar hasta la zona retromolar (de distal a mesial). Para evitar traumatizar la fibromucosa en las maniobras operatorias se trazan incisiones continuadas de las bucales, a nivel palatino con una extensión de 5 mm. aproximadamente.

Se debe separar el colgajo con una extensión necesaria para la operación aproximadamente a nivel del tercio apical de las raíces de los dientes, evitando que se desplacen los tejidos móviles del fondo del surco, en el momento de suturar. El colgajo palatino se separa igualmente pero con una extensión mínima. Según el caso, se realiza también una incisión distal como en el tratamiento de una hipertrofia lateral.

Osteotomía.- La cantidad de hueso a reseca deberá ser relativamente escasa para conservar la mayor estructura ósea para que tenga un buen apoyo nuestra futura prótesis. Solo se eliminarán las aristas óseas, los bordes óseos cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudente. Esto se puede realizar con pinzas gubias o por alisamiento del hueso con limas (escofinas) o fresas redondas grandes. En el caso de existir procesos patológicos periapicales, serán resecaos.

Se vuelve el colgajo a su sitio y se comprueba si ya no existen puntas cortantes que más tarde van a resultar molestas, esto se logra pasando el pulpejo del dedo sobre la arcada alveolar.

Una vez regularizado el proceso alveolar, se lava perfectamente y se vuelve el colgajo a su sitio cortando con tijeras el excedente del tejido gingival, bucal y palatino de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes. Estos colgajos se fijan con puntos de sutura, dejando al maxilar en condiciones de recibir posteriormente un aparato protésico.

HIPERTROFIAS GINGIVALES :

Algunas de las hipertrofias gingivales más --
frecuentes son :

FIBROMATOSIS .

Las Fibromatosis gingivales son un grupo espe-
cial de tumores no neoplásicos, son múltiples y difusos que -
afectan solo los tejidos gingivales. Tienen una característi-
ca en común : un aumento anómalo de los elementos del tejido
conjuntivo. Esto nos impide la adaptación de una prótesis, -
por lo tanto se requiere de su eliminación quirúrgica.

Etiología.- La etiología de las fibromatosis gingivales pue-
de dividirse en : Irritativa, química, anatómica y heredita-
ria.

FIBROMATOSIS ANATOMICA.- (Bolsas de las tuberosidades o re-
tromolares). Son hipertrofias de los tejidos blandos que se
presentan en las tuberosidades de la mandíbula, de la maxila,
o ambas. Las hipertrofias varían en grosor y suelen ser bila-
terales. En ocasiones se extienden por delante y a lo largo
de la superficie del paladar, por lo que también se conocen -
con el nombre de bolsas palatinas.

Características clínicas.- Se observan tumoraciones que sue-
len ser simétricas, de superficie lisa, duras y de color rosa
do. La mayor parte están adheridas a los tejidos que están -
debajo y por ello son relativamente inmóviles, pero a veces -
se encuentran masas mayores, más blandas y con más movilidad.
En ocasiones alcanzan un tamaño tal que impide el funciona-
miento bucal o interfieren en el asentamiento de las próte-
sis.

Tratamiento.- Aunque la Fibromatosis anatómica no tiene sig-
nificado patológico, es importante asegurar el diagnóstico, y
si su tamaño interfiere en la función bucal o en la eficacia
de las dentaduras, está indicado realizar la extirpación qui-
rúrgica. La técnica la mencionaremos más adelante.

FIBROSIS .

La Fibrosis por ser un aumento de volumen del tejido conjuntivo, nos va a impedir, al igual que la fibromatosis, la correcta adaptación de un aparato protésico, por lo tanto éstas también requieren tratamiento quirúrgico.

FIBROMA.- En una neoplasia benigna del tejido conjuntivo, -- suele ser único y puede localizarse en casi todas las regiones de la boca, incluyendo la encía. Se presenta en pacientes de casi todas las edades y con igual frecuencia en ambos sexos. Procede de cualquier tejido blando de la boca.

Etiología.- Aunque su etiología no es bien conocida, cierto número de los llamados fibromas, son estadios fibróticos de pseudotumores inflamatorios (granuloma) y resultan generalmente de una irritación. Estos se conocen también como - Granulomas fibróticos, Fibrogranulomas o Fibromas irritativos.

Características clínicas.- Presentan casi todas las características de una neoplasia benigna. En la forma típica, sin que se haya complicado con irritaciones posteriores o con --- traumatismos, es una masa prominente, de tamaño variable, de superficie lisa, de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica. Su base puede ser sesil o pediculada, de color parecido a los tejidos vecinos o algo más pálido, de consistencia semisólida o dura. Su crecimiento es lento.

Quando se desarrolla a partir de los tejidos blandos fijos, muy adheridos (tejidos de la encía y del paladar) no tienen libertad de movimiento.

Histología.- El fibroma consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso en cuyo interior hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización varía desde un pequeño número de capilares hasta a veces una gran capilaridad.

En los llamados fibromas blandos su consistencia depende de un tejido fibroso más celular y más poco compacto, y de un aumento de la vascularización.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica total -- para evitar recidivas.

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS DEL SURCO :

Estos procesos deben ser extirpados quirúrgicamente y eliminado el factor traumático irritativo para evitar recidiva. La operación se realiza a bisturí o por medios eléctricos.

Extirpación a Bisturí.- Anestesia local infiltrativa circuncribiendo el fibroma, previa preparación del campo operatorio. Se levanta el labio en extensión forzada con objeto de permitir una amplia visión del proceso a intervenirse. Se toma el fibroma con una o dos pinzas de Kocher según la extensión y volumen que se va a abarcar, se tracciona el tejido neoplásico para descubrir ampliamente su base de implantación, hacia abajo.

Antes de seccionar el fibroma y con objeto de cohibir rápidamente la hemorragia que se originará por el corte de los vasos que corren por la región, se pasarán primero hilos de sutura para no perder tiempo después de la eliminación del fibroma. Con una aguja curva se pasa la sutura un poco más arriba de la base de implantación del fibroma. Cada hilo se encuentra separado del siguiente por 1 cm. aproximadamente. Esta maniobra es necesaria, ya que la hemorragia cesa al coaptarse los labios de la herida y suturarse.

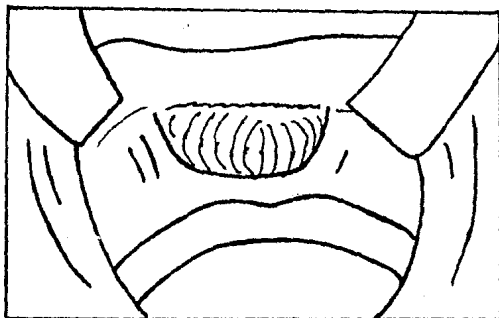
Una vez tomado y traccionado el fibroma con las pinzas de Kocher y descubriendo ampliamente su base, con un bisturí se secciona el proceso en toda su extensión y límites procurando no rotar los hilos de sutura. La incisión del fibroma será en forma de cuña en su parte superior.

Se invierte la colocación del proceso ubicando el fibroma sobre el labio, traccionando hacia arriba las pinzas de Kocher y seccionando el fibroma en su parte posterior.

Se anudan los puntos de sutura, se coloca gasa simple esterilizada en el surco vestibular operado y se mantiene comprimido el labio superior con una venda que se anuda detrás de la nuca o con una tira emplástica que se coloca sobre el labio; este procedimiento previene los hematomas, pues son frecuentes en este tipo de operaciones.

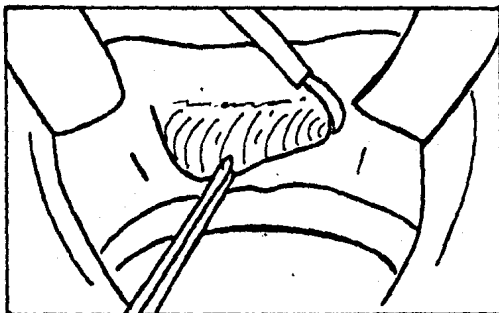
TECNICA PARA LA EXTIRPACION DE FIBROMAS

DEL SURCO VESTIBULAR SUPERIOR .



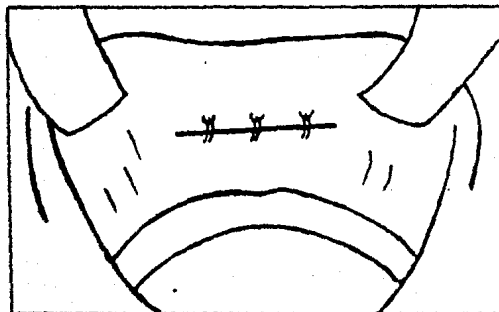
Fibroma en el surco vestibular sup.

A



Tomar el fibroma con una pinza y - seccionarlo con - un bisturí diatérnico.

B



Sutura terminada.

C

NEOPLASIAS DE ORIGEN OSEO .

TORUS.- Son exostosis con características propias. Las neoplasias óseas tienen asiento en los maxilares, existiendo así el Torus palatino y el mandibular; estos no son precisamente neoplasias, por lo que se clasifican como pseudoneoplasias.

Los torus por su frecuencia de aparición, representan un serio problema cuando se desea colocar una prótesis total, sin embargo, su tratamiento es relativamente fácil; y aunque algunos autores se inclinan por su eliminación quirúrgica, otros más conservadores piensan que los torus en ambos maxilares no son un impedimento para la colocación de las prótesis bucales.

INDICACIONES :

Las indicaciones para la eliminación quirúrgica de los torus son :

- 1.- Cuando alcanzan tal volumen que provocan problemas para la dicción o la alimentación.
- 2.- Cuando la mucosa que lo cubre es lacerada frecuentemente por el traumatismo masticatorio.
- 3.- En caso de que interfiera en la colocación de una prótesis total o parcial.

TORUS PALATINO.- Tiene su asiento en la bóveda palatina a nivel del rafe medio. Se han clasificado según Thoma en : planos, nodulares y lobulares.

Etiología.- Se dice que el torus palatino se presenta en individuos que tienen oclusión borde a borde, en aquellos que -

presentan grandes músculos masticadores y que tienen gran --
abrasión dentaria.

Sintomatología.- En general no producen ningún trastorno, --
por lo tanto, mientras no se ulceren o representen algún pro-
blema para el asiento de una prótesis u ocasionen problemas -
fonéticos, no requerirán de tratamiento.

Características clínicas.- Aumento de volúmen a nivel de la
línea media del paladar, de coloración blanquecina o amari---
llenta por la presión que ejerce sobre los tejidos.

Tratamiento.- Quirúrgico, cuando se requiera.

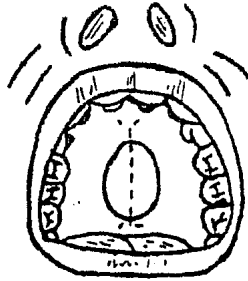
TECNICA :

Asepsia, antisepsia, anestesia. Se realiza -
una incisión lineal que recorre el centro del torus en senti-
do antero-posterior y en toda su extensión, debiendo llegar -
profundamente hasta el hueso seccionando fibromucosa y perio-
stio, los extremos de la incisión deberán abrirse en V. La --
hemostasia se logra por compresión.

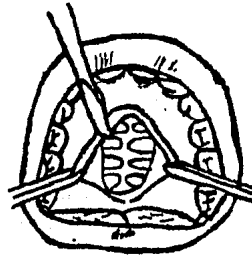
Con una legra o periostotomo se levantan los
colgajos dejando al descubierto la exostosis para iniciar su
eliminación.

Ostectomía.- El torus puede ser eliminado con fresa quirúr-
gica procurando no perforar el piso de las fosas nasales; és-
to se evita seccionando por fragmentos y bajo un chorro suave
y continuo de suero fisiológico que permita la visualización
del campo operatorio y evite la necrosis del hueso. Los ele-
mentos seccionados se eliminan con un elevador.

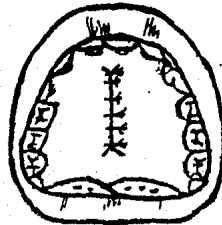
Sutura.- Ya eliminado el torus y regularizado los bordes y -
superficies óseas de implantación del proceso con fresas, pin-
zas gubias y escofinas, se colocan los colgajos en su sitio y
se mantienen con varios puntos de sutura.



A



B



C

TECNICA PARA LA ELIMINACION DE TORUS PALATINO :

- A.- Incisión sobre la porción más prominente.
- B.- Fragmentación del torus y eliminación por segmentos.
- C.- Sutura terminada.

TORUS MANDIBULAR.- Es una exostosis que generalmente se presenta bilateralmente sobre la superficie media interna del cuerpo de la mandíbula y proceso alveolar. Se localizan en la región de caninos y premolares.

Etiología.- Ideopática, pero se cree que son una reacción funcional a fuerzas masticatorias o por herencia.

Características clínicas.- El color de la encía que la cubre es normal o presenta una coloración blanquecina o amarillenta producida por el hueso adyacente.

Histologicamente se componen de una capa de hueso cortical denso con cantidades mínimas de núcleo medular. El mucoperiostio que lo cubre es muy delgado. No es raro encontrar una laceración traumática en esta zona.

Sintomatología.- Asintomática.

Tratamiento.- Quirúrgico se requiere como en el caso del torus palatino.

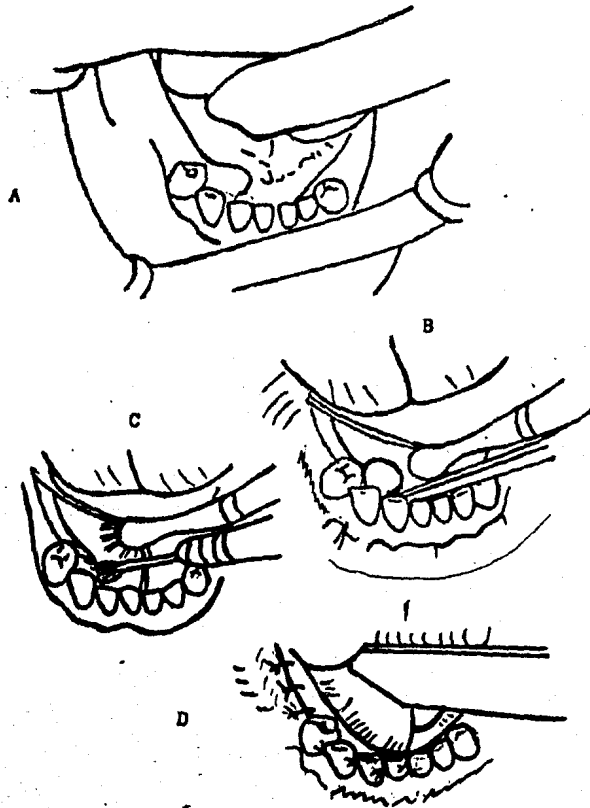
TECNICA :

Asepsia, antisepsia, anestesia de la zona blo-
queando el nervio alveolar inferior y lingual. Se incide sobre la cresta alveolar de molares hasta los incisivos, se desprende un colgajo por medio de un periostotomo. Como la mucosa que cubre el torus es muy delgada y se rompe fácilmente hay que tener cuidado al desprender el colgajo, especialmente si hay torus redondos múltiples.

La mayoría de los torus mandibulares, sobre todo si son de gran tamaño, se eliminan por medio de fresas quirúrgicas con su respectiva irrigación de suero fisiológico, evitando sobrecalentamiento óseo. Lavado a presión y suturar con puntos aislados, previa revisión y hemostasia de la herida.

Cuidado postoperatorio.- Medicación triple A, colocación de hielo en la zona afectada, dieta blanda y aseo bucal estricto.

Complicaciones.- Son raras pero llegan a presentarse cuando se desgarran el tejido blando, por laceraciones profundas las cuales originan hemorragias intensas que requieren ligadura de los vasos.



TECNICA PARA LA ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR :

- A.- Estado preoperatorio.
- B.- Incisión en la cresta del reborde desde la zona de molares hasta incisivos. Separando el colgajo mucoperióstico.
- C.- Con una fresa grande para hueso, como una lima rotatoria, se elimina el torus.
- D.- Sutura de la incisión.

O S T E O M A .

Es una neoplasia benigna la cual puede localizarse en el endostio o en el periostio. Consiste en tejido fibroso con espículas de hueso en su interior, proviene de la tabla ósea interna. Cuando ésta sea tan prominente que interfiera en un tratamiento protésico, requerirá de su eliminación quirúrgica.

El Osteoma de los maxilares es raro; es más frecuente que se presente en zonas periféricas y no centrales, también puede ubicarse a nivel del cóndilo, ángulo mandibular, borde inferior de la mandíbula, cara externa del agujero mentoniano. En el maxilar superior puede localizarse en el paladar y las paredes de los senos paranasales.

Características clínicas.- Es una masa dura, redonda, nodular de crecimiento lento que puede detenerse espontáneamente, situado en la superficie ósea. Suele ser único, pero puede ser múltiple.

Sintomatología.- Asintomático.

Características histológicas.- Se forman de tejido cortical denso y maduro que se extiende dentro del tejido esponjoso del maxilar. Existen también osteomas formados por hueso esponjoso, estos son menos densos y con límites más difíciles de diferenciar.

Algunos osteomas provienen del periostio, de células aberrantes del cartílago y de las tablas corticales.

Radiográficamente se presentan como una zona densa, redonda, radiopaca.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica cuando interfiera en la colocación de un aparato protésico.

En ocasiones adquieren gran tamaño por lo que está indicada su remoción quirúrgica para restablecer la armonía facial y corregir el trastorno funcional. Los osteomas raramente recidivan después de una extirpación completa.

EXTRACCIONES MULTIPLES EN PROSTODONCIA.

En ocasiones existen diversas anomalías dentarias (principalmente procesos cariosos) que originan destrucción parcial o total de las estructuras dentarias, esto entre otras cosas nos va a provocar procesos infecciosos, por lo tanto se requiere de su extracción y posteriormente la colocación de un aparato protésico para restituir la funcionalidad bucal.

INDICACIONES :

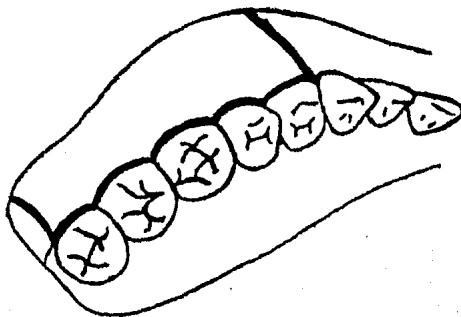
- a).- En lesiones cariosas que hayan destruido en gran parte varias estructuras dentarias y que no se pueda realizar tratamiento conservador.
- b).- Cuando un traumatismo ha originado la fractura completa de varios dientes.
- c).- En lesiones osteolíticas como osteomielitis, quistes en hueso, etc.
- d).- En casos de enfermedad parodontal avanzada que haya originado la destrucción de las dos terceras partes del hueso alveolar, de tal manera que exista una movilidad de tercer o cuarto grado.

CONTRAINDICACIONES :

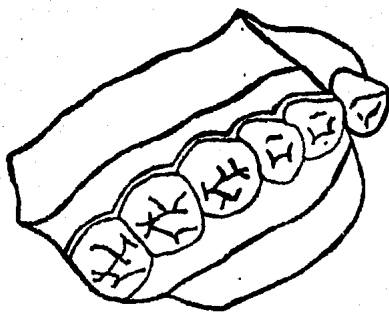
- a).- Cuando se pueda realizar tratamiento conservador.
- b).- Cuando exista alguna enfermedad sistémica y el tratamiento ponga en peligro la vida del paciente.
- c).- Cuando se presentan procesos infecciosos agudos, ya que el ph ácido del absceso neutraliza o inhibe la acción del anestésico.
- d).- En mujeres embarazadas, en el primer y tercer trimestre del embarazo pues no podemos emplear sin cierto riesgo radiografías, anestésico, etc. En el último trimestre la emotividad de la paciente puede estar alterada.

Básicamente existen 3 técnicas para la extracción dentaria, y son : Técnica clásica, habitual o del forceps; Técnica de elevador; y Técnica a colgajo, cielo abierto o por disección. Estas técnicas solo se mencionan, debido a que son ampliamente conocidas por el Cirujano Dentista.

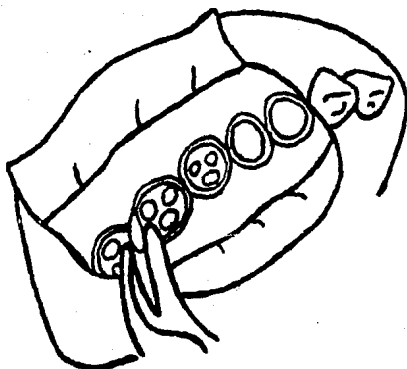
EXTRACCION Y ALVEOLECTOMIA .



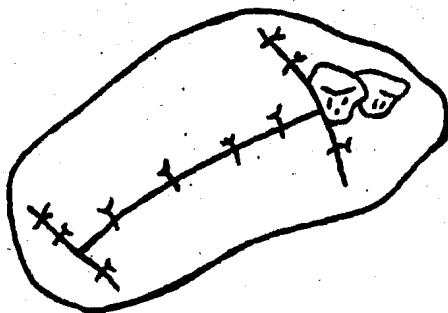
Incisión.



Desprendimiento del colgajo bucal y palatino.



Ostectomía, una vez que se han realizado las extracciones dentarias.



Sutura terminada.

REGULARIZACION DE PROCESO.

Como su nombre lo indica, es una técnica quirúrgica encaminada a la regularización del proceso alveolar que presenta anomalías del tipo de exostosis o irregularidades que van a interferir cuando se desea devolver la funcionalidad y estética del paciente mediante la colocación de una prótesis.

Para lograr el éxito de ésta técnica quirúrgica, se requiere de dos maniobras importantes : Alveolotomía y Alveoloplastia.

ALVEOLO TOMIA :

Boucher define la Alveolotomía como la excisión de una parte del proceso alveolar. Es la eliminación quirúrgica de una porción de hueso alveolar tratando de conservar la máxima cantidad de hueso.

Objetivos :

- a).- Se realiza para facilitar la extracción dentaria.
- b).- Corrige las irregularidades del proceso alveolar residual después de la extracción dentaria.

ALVEOLOPLASTIA :

Es una técnica quirúrgica encaminada a dar forma al reborde alveolar y prepararlo para que pueda soportar una prótesis, ya sea inmediata o la que será colocada a pocas semanas del postoperatorio. (mediata).

Objetivos :

- a).- Disminuye la reabsorción ósea.
- b).- Moldea el reborde alveolar para que pueda soportar una prótesis.
- c).- Al darle al reborde un modelado en forma de U, se distribuyen mejor las fuerzas de la masticación que si tuviera una forma de V.

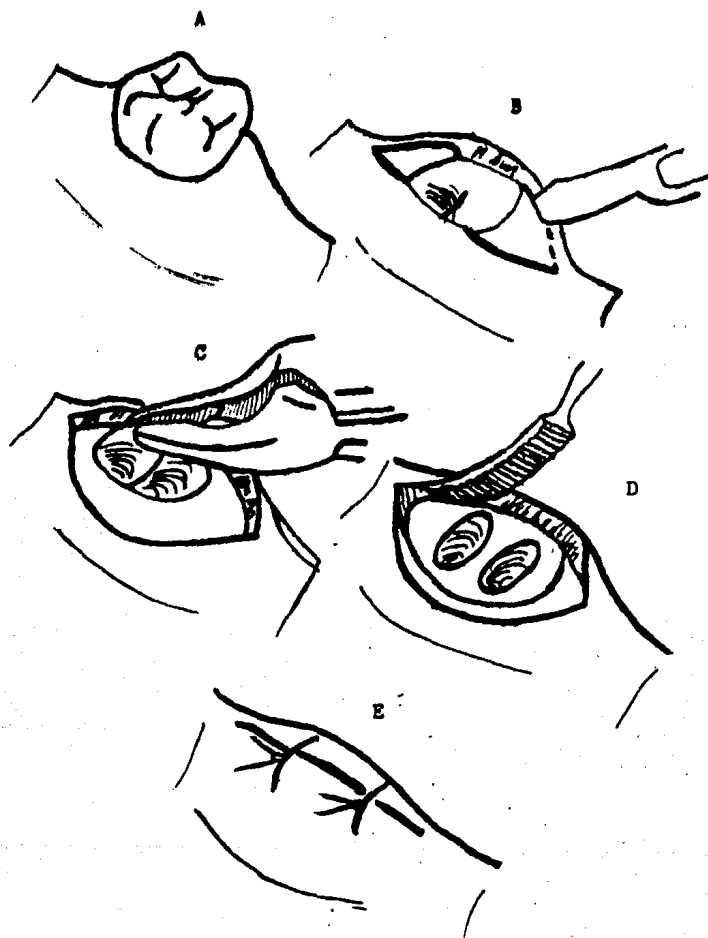
Tipos de Alveoloplastia :

- 1.- Compresión alveolar.- Es la forma más simple y rápida de alveoloplastia. Es la compresión entre los dedos de la tabla cortical externa e interna.

La compresión reduce el ancho del alveolo y elimina muchos espacios óseos muertos.
- 2.- Alveoloplastia simple.- Cuando es necesario reducir el margen cortical vestibular o lingual, o en ocasiones más raras el margen alveolar palatino o lingual.
- 3.- Alveoloplastia de Dean.- Para preparar el reborde alveolar para prótesis dental es ideal, con ella se reduce la prominencia de los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la colocación de una prótesis.

No se alteran las inserciones musculares, el periostio queda intacto, la tabla cortical se conserva como una capa vital de hueso con irrigación, además, al conservar el hueso cortical, la reabsorción postoperatoria se reduce.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE



- A.- Diente por extraerse.
 B.- Una vez extraído el diente, se elimina la encía mesial y distal del alveólo en forma de cuña.
 C.- Reducción de hueso con un alveolotomo.
 D.- Limado del hueso.
 E.- Sutura de la incisión.

TECNICA DE REGULARIZACION DE PROCESO :

Previa asepsia, antisepsia y anestesia, se -- hace una incisión horizontal en la encía sobre el reborde alveolar junto con una liberatriz a ambos lados.

Se realiza un colgajo vestibular y un lingual lo suficientemente amplio para que nos permita observar el -- hueso afilado de la cresta. Esto lo lograremos por medio de una legra de Martin.

Una vez expuesta el área, se cortan los so--- brantes por medio de un alveolotomo, lima para hueso o fresa quirúrgica (Alveolotomía). Se moldea el hueso alisándolo -- con una gubia o lima para hueso fina (Alveoloplastia).

Ya contorneado el hueso se lava con suero fisiológico y se afrontan los tejidos blandos eliminando el sobran--- te para posteriormente realizar la sutura.

Al estar realizando la Alveolotomía y la Alveoloplastia se requiere de la irrigación constante para evitar la necrosis del hueso, esto se puede hacer con suero fisiológico, utilizando una jeringa de asepto o hipodérmica.

PROTESIS INMEDIATA .

Es el procedimiento que consiste en colocar una prótesis inmediatamente después de las extracciones y regularización de los procesos, por lo tanto se requiere de la elaboración previa de dicha prótesis.

VENTAJAS :

- 1.- El paciente no necesita pasar un período de tiempo desdentado, evitando problemas estéticos, psicológicos y fisiológicos que esto acarrea.
- 2.- La fisiología muscular no se altera, se conserva la dimensión vertical y se mantiene en trabajo la ATM.
- 3.- Actúa como apósito para controlar la hemorragia y proteger los alveolos expuestos.
- 4.- Ayuda a la fonación y deglución del paciente.
- 5.- El hueso es contorneado por la prótesis.

DESVENTAJAS :

- 1.- Es muy molesto para el paciente colocar una prótesis sobre los tejidos afectados.
- 2.- El tratamiento requiere de varias visitas de control.
- 3.- En ocasiones después del periodo de cicatrización, se presenta cierta resorción ósea por lo cual puede ser necesario un rebase de la prótesis, o bien la construcción de un nuevo aparato.

TECNICA QUIRURGICA :

Asepsia, antisepsia, anestesia (local, regional o general). Se recomienda practicar la anestesia lejos de la zona a operar (infraorbitario por ejemplo), para no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis.

Se realiza una incisión de distal a mesial sobre el proceso a nivel del cuello de los dientes, se trazan 2 incisiones liberatrices hasta el fondo de saco en los extremos de nuestra primera incisión. Se desprende nuestro colgajo por medio de una legra.

Se efectúan las extracciones, tratando de no fracturar la tabla externa. Se pasa el pulpejo sobre toda la zona del proceso alveolar, en la región donde se presenten las irregularidades se llevará a cabo su eliminación.

Se procede a la eliminación del hueso excedido, filos cortantes, etc., mediante alveolotomo, lima para hueso, fresas quirúrgicas, etc. Se coloca el colgajo en su posición y se investigan crestas y bordes buscando irregularidades. Si notamos una continuidad en el proceso alveolar, se cohibe la hemorragia de los vasos óseos para prevenir hematomas.

Se verifica que el caso clínico resulte semejante al modelo de yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata. Primero se coloca la plantilla quirúrgica de acrílico transparente que deberá ser exacta a la forma de la prótesis, se checa a través de ella las zonas donde la encía se vuelve pálida o se note exceso de presión, esta zona nos indica que ahí se deberá realizar una mayor ostectomía; una vez eliminado un poco más de hueso se vuelve a probar la plantilla.

Si ya no necesitamos nueva ostectomía y estamos en condiciones de adaptar la prótesis, se corta el excedente de encía y se realiza la sutura tratando de que los nudos queden sobre cada cresta alveolar y no sobre los alveolos. La fijación del colgajo deberá hacerse con seda muy fina, hilo o nylon para que no resulten traumatizantes. Los

colgajos no deberán quedar tirantes ni deben ser modificadas las inserciones musculares ni el contorno para la buena adaptación de la prótesis.

Terminada la operación se lava la superficie gingival con suero fisiológico o agua oxigenada y se procede a colocar la prótesis. Esta deberá permanecer en la boca sin ser sacada por el paciente en 24 horas, al cabo de ese tiempo el Cirujano Dentista la retirará, la lavará y desinfectará sumergiéndola en una solución antiséptica. Lavará también las heridas bucales eliminando los coágulos que pudieron formarse y se vuelve a adaptar la prótesis.

Las suturas serán retiradas 4 o 5 días después de la intervención para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

POSTOPERATORIO :

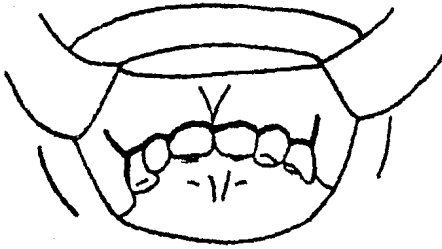
Después de la extracción de los dientes y la instalación de la prótesis inmediata, es preciso indicar al paciente el cuidado que debe tener con la dentadura y los tejidos bucales.

Se le deberá dar instrucciones por escrito sobre el cuidado postoperatorio, además de la medicación necesaria según sea el caso, como son : analgésicos, antibióticos, anti-inflamatorios, fisioterapia, dieta, higiene bucal estricta, etc.

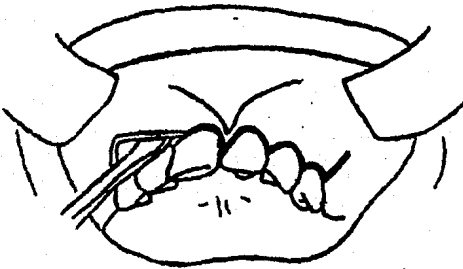
Control postoperatorio a las 24 horas ajustando la prótesis y logrando el aseo de la herida. Posteriormente se controla cada semana hasta la cicatrización completa, realizando al final un ajuste oclusal sobre la prótesis.

Otro aspecto importante es el control radiográfico para observar el proceso de evolución de los tejidos afectados.

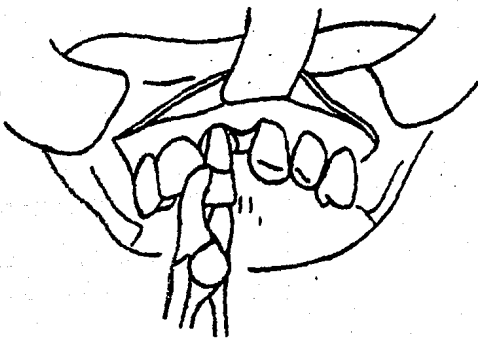
TECNICA PARA PROTESIS INMEDIATA .



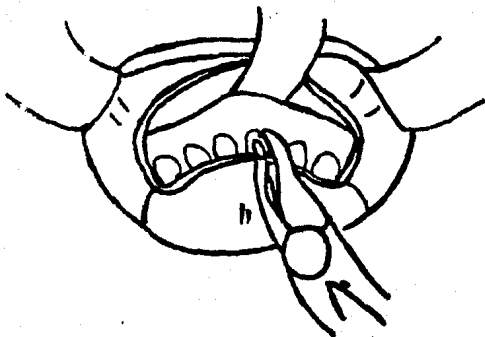
Incisión de canino a canino, vestibular y palatino.



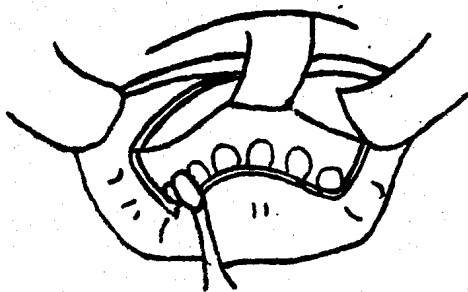
Desprendimiento del colgajo con un periosteotomo.



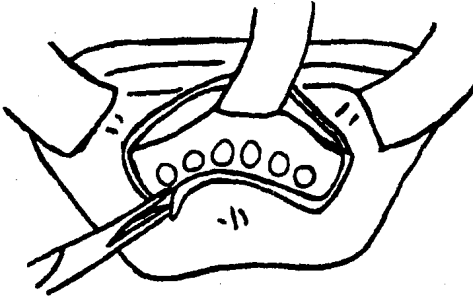
Extracción de las estructuras dentarias.



Ostectomía para lograr la regularización del hueso.



Limado y alisamiento del
del hueso.



Eliminación con tijera
del excedente del teji
do gingival por palati
no y vestibular.



Sutura de los colgajos.

IMPLANTES .

Se conoce con el nombre de Implante a la ---- maniobra quirúrgica que consiste en introducir en un alveolo vacío natural o quirúrgicamente preparado, un cuerpo extraño, con fines protéticos la mayor parte de los casos. El cuerpo que se introduce en el alveolo puede ser una raíz de porcelana, un armazón de vitalium, o de otro material (donde fijar posteriormente la prótesis).

También se denomina Implante subperióstico o dentaduras implantadas, al procedimiento de colocar sobre el hueso maxilar, previa preparación de los colgajos necesarios, un armazón de vitalium con pernos, tornillos u otro material de fijación.

Este procedimiento se denomina Implantología. Ha tenido mucho éxito en muchos medios pero se considera que todavía falta mucho por avanzar. Uno de los grandes problemas que se presentan es el planteado por los túneles a través de los cuales pasan los vástagos de los implantes que no han sido resueltos en el sentido de ser bien tolerados por algunos pacientes.

VENTAJAS :

- a).- Devuelve la armonía, funcionalidad y estética de las estructuras que se van a substituir.

DESVENTAJAS :

- a).- No son tolerados por todos los pacientes, pueden presentar reacción a cuerpo extraño.
- b).- Provocan resorción ósea.
- c).- Presentan dificultad para contornearlos.
- d).- Pueden desencadenar problemas infecciosos o neoplásicos.

Los implantes, de acuerdo a la naturaleza del material de que están hechos se clasifican en :

- a).- Autoplásticos.- Implante de tejido natural del mismo sujeto.
- b).- Homoplástico.- Implante de tejido natural pero de otro individuo de la misma especie.
- c).- Heteroplástico.- Implante de tejido natural de una especie diferente a la del sujeto que lo va a recibir -- (raíces de marfil, por ejemplo).
- d).- Aloplástico.- Implante de sustancias extrañas a la -- constitución de los tejidos.

Los implantes también pueden ser : Internos, no tienen ninguna relación con la cavidad oral, son implantes óseos; Externos, presentan un muñón de anclaje o domo que -- emerge de los tejidos atravezando mucosa (implante mandibular subperióstico y yuxtaóseo externo); y el implante Mixto, tiene características de los dos anteriores (implante endodéntico intraóseo).

Si el implante se inserta inmediatamente después de extraer los órganos dentarios, será un implante inmediato. Si se coloca después de la cicatrización, será un implante mediato.

Los implantes aloplásticos son metálicos y no metálicos, y pueden ser endoóseos y subperiósticos, internos o externos. El implante aloplástico metálico interno se emplea para reposiciones mandibulares (arcos de cromo cobalto).

Los implantes aloplásticos endoóseos o internos se colocan en los maxilares atravezando epitelio, tejido conectivo de soporte, periostio y cortical ósea para penetrar en el tejido esponjoso. Se ocupan para colocar muñones o domos que sirven de base y sostén para prótesis fijas y removibles.

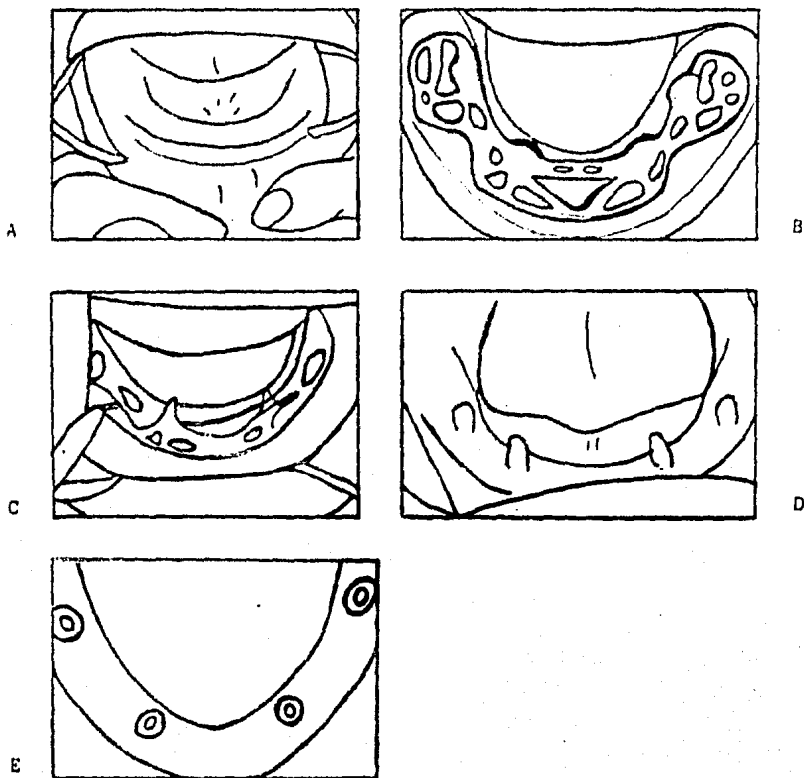
Los implantes subperiósticos o yuxtaóseos se aplican por debajo del periostio y apoyan el tejido óseo compacto.

MALLA DE ALAMERE .

En Cirugía Bucal, la malla de alambre se utiliza algunas veces para llenar defectos óseos y restituir los contornos perdidos del hueso. La tela de tantalio es la más satisfactoria pues la toleran mejor los tejidos, sin embargo, su costo es muy elevado, por lo que, la malla de tantalio puede ser substituída por una de acero inoxidable.

Esta malla consta de alambres muy delgados de 0.008 cms. de diámetro, está tejida de manera que tenga 22 -- alambres por pulgada, esto permitirá que el tejido se invagine a través de la malla. Esta puede suturarse con alambre -- del mismo material o con seda no absorbible para evitar que -- se produzca una corriente galvánica.

El único metal que no provoca acción electro-lítica es la aleación de cromo-cobalto-molibdeno (vitalium), éste y el tantalio son los materiales mejor tolerados por el organismo.



IMPLANTE DENTARIO .

- A.- Cresta edéntula de un paciente con múltiples depresiones.
 B.- Implante subperióstico construido sobre una impresión directa del hueso.
 C.- Implante colocado en boca.
 D.- Aspecto postoperatorio.
 E.- Superficie de contacto de la dentadura completa inferior mostrando los manguitos que se ajustarán sobre los pernos.

c

ASPECTOS IMPORTANTES DEL TRANSOPERATORIO .

ASPECTOS IMPORTANTES DEL TRANSOPERATORIO .

Es el periodo dentro de la Cirugía en el cual se aplicarán las técnicas quirúrgicas adecuadas para conseguir el objetivo de la operación, que pueda ser desde una técnica "simple" de extracción dentaria con forceps, hasta una técnica perfeccionada de Vestibuloplastia, regularización de proceso, etc.

Para poder lograr un transoperatorio ideal, - entre otras cosas, como la elaboración de un buen plan de tratamiento, será necesario llevar a cabo las medidas asépticas preoperatorias.

También es indispensable conocer las diferentes técnicas quirúrgicas que se pueden emplear en cada caso - en especial, para de esta manera, si se presenta algun imprevisto en el transoperatorio, a pesar de tener bien establecido el plan de tratamiento, se pueda modificar y adaptar a las condiciones necesarias.

De la preparación y capacidad que tenga el -- Cirujano Bucal para resolver los problemas quirúrgicos que se presenten en el transoperatorio, dependerá el éxito del postoperatorio y por consiguiente de la operación.

D

PERIODO POSTOPERATORIO .

PERIODO POSTOPERATORIO .

Toda operación de la cavidad bucal requiere - de cuidados postoperatorios, éstos los va a proporcionar el - operador y el mismo paciente.

La conducta a seguir en el postoperatorio estará dada por varios factores, entre ellos : el estado general del paciente, el tipo de operación que se realizó, el grado de afectación de los tejidos vecinos a la zona de la intervención, etc.

El operador deberá proporcionar al paciente - las medidas necesarias para lograr un final satisfactorio de la intervención, además revisará periódicamente la evolución de la operación ayudando a mantener un adecuado proceso de cicatrización mediante higiene bucal, colocación y administración de medicamentos, etc.

El paciente deberá seguir estrictamente las - indicaciones del Cirujano Dentista para el cuidado de su herida, tales como : Guardar reposo con la cabeza en alto, fisioterapia, dieta líquida y blanda, no realizar enjuagatorios -- por lo menos durante las 3 horas siguientes a la intervención, posteriormente se podrán efectuar colutorios de agua tibia -- con sal, no fumar ni ingerir bebidas alcohólicas.

Si existe salida abundante de sangre, se deberá colocar una gasa o algodón estéril presionándolo sobre la herida durante media hora por lo menos y reportarlo al Dentista para que se tomen las medidas correspondientes.

Otro aspecto importante del postoperatorio es la medicación que se dará al paciente. Se mandará medicación analgésica, anti-inflamatoria y antibióticos, según las necesidades del caso.

El control radiográfico es también indispensable para llevar una secuencia del proceso de evolución de la operación.

Las suturas podrán ser retiradas 4 o 5 días - después de la intervención, para permitir la correcta cicatrización de los tejidos. Posteriormente el paciente deberá --- asistir a consulta de control sin excepción.

COMPLICACIONES DE LA OPERACION :

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de diversa índole, es obligación del operador evitarlas mediante técnicas de asepsia, antisepsia, esterilización, historia clínica, capacidad profesional, etc.

De las complicaciones postoperatorias, una de las más frecuentes es la hemorragia.

HEMORRAGIA.- La salida de sangre durante el transoperatorio es una cuestión lógica. La cantidad de sangre puede ser disminuida por la acción del anestésico local (vasoconstricción). La hemorragia puede ser de tipo Primario, aparece inmediatamente; y Secundaria, un poco después.

HEMORRAGIA PRIMARIA.- El tratamiento de este tipo de hemorragia en Cirugía Bucal se realiza mediante dos procedimientos : uno instrumental y el otro mecánico. El primero tiene su aplicación en la ligadura o en la presión del vaso que sangra, esto se logra comprimiendo bruscamente el vaso sangrante con un instrumento romo o presionándolo con unas pinzas para hemostasis.

El otro se logra por taponamiento con un trozo de gasa y su compresión; generalmente se coloca el colgajo en su sitio y se sutura; la hemorragia cesa por la sangre que al coagularse obtura los vasos sangrantes. Si la hemorragia no cede, se colocará una gasa impregnada en algún medicamento como : Trombina, tromboplastina, adrenalina, etc.

HEMORRAGIA SECUNDARIA.- Aparece algunas horas o algunos días después de la operación, y puede deberse a la caída del coágulo después de hacer un esfuerzo, o porque cesa la acción del vasoconstrictor del anestésico; o por una causa general que favorezca la hemorragia. El tratamiento en este caso es de dos tipos : Local y General.

METODO LOCAL.- Se lava la región sangrante con un chorro de

agua tibia a presión y pidiendo al paciente que se enjuague -- para lograr la visualización del punto sangrante. Previa -- anestesia local la hemostasia se realiza por taponamiento a -- presión sobre la herida, se coloca una gasa (simple o medica -- da), comprimiendo sus bordes bajo la presión masticatoria du -- rante media hora, por lo menos.

Se retira lentamente la gasa, se pasa un hilo de sutura para aproximar los bordes, puede colocarse o no un hemostático dentro de la cavidad.

Si la hemorragia no cesa, se emplean los méto -- dos generales.

METODO GENERAL.- Según la cantidad de sangre perdida, el es -- tado del paciente estará más o menos comprometido. Se mejora el estado general (pulso, temperatura, tensión, etc.), y -- ante pérdidas considerables se tratará de normalizar la vole -- mia mediante la infusión de líquidos adecuados (soluciones, -- sueros, plasma), y en casos más graves, sangre.

En ocasiones deberá completarse la medicación con coagulantes (vitamina K, calcio, etc.)

CONCLUSIONES .

CONCLUSIONES .

Es necesario reconocer la importancia que tiene la elaboración de una Historia clínica detallada para obtener datos precisos de nuestro paciente en general. Con la recopilación de información podremos determinar un diagnóstico y decidir el tipo de tratamiento que sea más adecuado para cada caso en particular.

Una vez establecido el tratamiento debemos planear nuestra intervención, previniendo las posibles dificultades y la forma de sacarlas adelante sin mayor problema. En la importancia que se le dé a la planeación de la Cirugía radica el éxito o fracaso de la misma.

Es una satisfacción para el Cirujano Dentista saber que por medio de una correcta técnica quirúrgica se pueden devolver las condiciones de retención, estabilidad y soporte de los tejidos bucales que no eran aptos para recibir un aparato protésico. La Cirugía facilita enormemente la colocación de las prótesis en forma adecuada, devolviéndole al paciente su equilibrio homeostático.

Un paciente para Cirugía Bucal generalmente no representa un caso grave, por lo tanto, la preparación y el postoperatorio son más simples que en Cirugía General. Toda operación requiere del conocimiento sobre pre, trans y postoperatorio para poder asegurar el éxito de la intervención.

Otro aspecto importante que debe tomar en cuenta el Cirujano Dentista, es que, para poder colocar una prótesis, los tejidos de soporte deberán reunir ciertas características como ya se mencionó, por lo tanto, también tendrá amplios conocimientos sobre el campo de la Prótesis dental. Y al estar realizando la técnica quirúrgica, dará a las estructuras bucales la conformación necesaria para el adecuado soporte de la prótesis que se desea colocar.

Podemos asegurar que la Cirugía Preprotética día con día va tomando mayor interés, no solo para el Cirujano especialista, sino también para el Dentista de práctica general. Los progresos actuales en el campo de la investigación, indican que los implantes protésicos pueden llegar a convertirse en intervenciones de rutina, con lo cual se añadió una dimensión importante a la práctica del Cirujano Bucal.

Para terminar se puede decir sobre los tejidos involucrados en una intervención quirúrgica, que :

- a).- Un proceso de cicatrización siempre será el mismo, aunque los resultados variarán dependiendo de las condiciones en que haya quedado la herida. Si se trató de una Cirugía aséptica la evolución postoperatoria será pronta y sin complicaciones de tipo infeccioso. La alveolitis o la infección de la herida retrasa el proceso de cicatrización.
- b).- La cicatrización es más rápida cuando se hace colgajo y alveolectomía pues prolifera más pronto el tejido conjuntivo empezando antes la reposición del hueso. Esto se debe a que el colgajo protege la herida, disminuye el proceso de epitelización del coágulo existiendo menor probabilidad de infección.

Termino el trabajo realizado, agradeciendo de antemano la atención que presten a ésta Tesis y esperando que el material recopilado de varias fuentes bibliográficas, sea útil y práctico para la consulta rápida y certera del Cirujano dentista.

El Sustentante .

BIBLIOGRAFIA .

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

- 1.- CADENA, MIGUEL
APUNTES DE PROSTODONCIA
ENEP UNAM IZTACALA
- 1980 -

- 2.- GONZALEZ GALLEGOS, MA. ESTHER
APUNTES DE PATOLOGIA BUCAL
ENEP UNAM IZTACALA
- 1980 -

- 3.- GRINSPAN, DAVID
ENFERMEDADES DE LA BOCA
Edit. Mundi
1a. Edic. Tomo I 1970
Cap. VII

- 4.- GURALNICK, WALTER C.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Salvat Editores, S. A.
- 1971 -
Cap. XIII

- 5.- KRUGER, GUSTAVO O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Edit. Interamericana
2a. Edic. 1978
Cap. I, II, VIII

- 6.- MAUREL, GERARD
CLINICA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL
Edit. Alfa
3a. Edic. Tomo I 1959
Cap. I, II

- 7.- MORRIS, A. L. & BOHANNAN H. M.
THE DENTAL SPECIALITIES IN GENERAL PRACTICE
Edit. W. B. Saunders Company
- 1979 -
- 8.- PICHLER, HANS
CIRUGIA BUCAL DE LOS MAXILARES
Edit. Labor
3a. Edic. 1953
Tomo II Pag. 211, 294
- 9.- RIES CENTENO, GUILLERMO A.
CIRUGIA BUCAL
Edit. "El Ateneo"
8a. Edic. 1981
Cap. III, IX, XV, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII
- 10.- ROBBINS STANLEY, L.
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
Edit. Interamericana
1a. Edic. 1975
Cap. 20
- 11.- STARSHAK THOMAS, J.
CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA
Edit. Mundi
1a. Edic. 1981
Cap. II, IV, V, VI, VII, VIII
- 12.- TIECKE, RICHARD W.
FISIOPATOLOGIA BUCAL
Edit. Interamericana
1a. Edic. 1960
Cap. X
- 13.- ZEGARELLI, EDWARD W.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Salvat Editores, S. A.
1a. Edic. 1981
Cap. I, VIII