

98

1984



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

PATOLOGIAS BUCALES TRATADAS
QUIRURGICAMENTE EN LA CLINICA
ODONTOLOGICA DE CUAUTITLAN
IZCALLI

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N:
MARIA DEL SOCORRO CRUZ PRECIADO
MARIA MONICA GUTIERREZ LARA





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.

INDICE

Introducción	1
Patologías bucales tratadas quirúrgicamente en la Clínica Odontológica de Cuautitlán Izcalli.	3
Cirugías de tejidos duros.....	9
Características anatómicas de los tejidos duros de la cavidad bucal.....	10
Características fisiológicas de los tejidos duros de la cavidad bucal.....	15
Generalidades de las alteraciones patológicas de los tejidos duros de la cavidad bucal.....	16
Terceros molares inferiores.	18
Terceros molares superiores.....	26
Caninos incluidos.	31
Extracciones múltiples.....	35
Alveoloplastia.....	41
Apicectomía.....	45
Dientes supernumerarios.....	49
Torus mandibulares.....	52
Premolares incluidos.....	54
Osteoma	56
Quistes.....	57
Características anatómicas de los tejidos blandos de la cavidad oral.....	58
Características fisiológicas de los tejidos blandos de la cavidad oral.....	59

Generalidades de las alteraciones patológicas de los tejidos blandos de la cavidad bucal.....	61
Frenilectomías.....	63
Legrados parodontales.....	65
Gingivectomía-Gingivoplastias.....	67
Eliminación de doble labio.....	72
Patología oncológica de tejidos blandos.....	74
Fibromas.....	75
Otras patologías oncológicas y sus generalidades.....	78
Mucocele.....	79
Operculectomía e hiperplasia gingival.....	80
Otros casos y sus generalidades.....	82

ESTUDIO ESTADISTICO

Incidencia de cirugías en gral.....	86
Incidencia de cirugías de tejidos duros.....	91
Terceros molares inferiores.....	92
Terceros molares superiores.....	95
Caninos incluidos.....	100
Extracciones.....	103
Reguralización de proceso.....	104
Apicectomía.....	106
Dientes supernumerarios.....	108
Torus.....	110
Premolares incluidos.....	112
Incidencia de cirugías en tejidos blandos.....	114
Frenilectomía.....	115
Legrados parodontales.....	117
Patología oncológica.....	119

Otos casos.....	121
Coclusiones.....	122
Bibliografia.....	125

PROLOGO

Tener la oportunidad de formar parte y participar -- activamente en el movimiento cotidiano de una Clínica -- Odontológica, significa contemplar un panorama vasto de experiencias listas para aprovechar.

Es bien sabido que ningún paciente es igual a otro, y que aún siendo semejantes sus padecimientos, el curso -- de estos puede ser completamente diferente y ésto representa el gran reto para el que ejerce el arte de curar, -- pues debe concentrar sus esfuerzos en la aplicación práctica de los conocimientos, de una manera particular en ca da caso, pero con la seguridad de actuar solo en beneficio del paciente.

Cada paciente que acude a consulta dental es como un libro que se abre y ofrece una gran fuente de información solo si el Cirujano Dentista tiene la suficiente capacidad para saberlo leer e interpretar correctamente.

Por lo anterior el tema de nuestra tesis nos ha parecido interesante, al percatarnos durante el tiempo de estancia en la Clínica que las Historias Clínicas permiten hacer una valoración casi completa del paciente, sin embargo es necesario profundizar en la sintomatología referida por él en busca de un Diagnóstico y Tratamiento lo más adecuado posible, pues la Etiología de los padecimientos no siempre es somática, sino puede ser psíquica o emocional.

Creemos que la cirugía Bucal es uno de los campos - más apasionantes de la Odontología, pues ofrece al que la práctica una oportunidad para aplicar su habilidad, su fi neza y recrearse con su obra.

Para el presente trabajo hemos considerado casos cli nicos que requirieron de un tratamiento quirúrgico, dada su Etiopatogénia, su Sintomatología y su Pronóstico.

Nos ha parecido conveniente efectuar una revisión - teorica de algunos temas con el fin de conocer en que as pectos anatomo-fisiológicos incurre la cirugía bucal.

Así mismo hemos clasificado las patologías bucales - de acuerdo a su localización en los tejidos duros y blandos de la cavidad oral, y como se podrá observar a conti nuación, dentro del estudio estadístico consideramos fac tores como edad y sexo de los pacientes.

Esperamos que el presente trabajo de investigación - sirva como aliciente para los estudiantes : av idos de cono cimientos y deseosos de aplicarlos en cada paciente que - nos da la oportunidad de aprender.

PATOLOGIAS BUCALES TRATADAS QUIRURGICAMENTE EN
LA CLINICA ODONTOLOGICA DE CUAUTITLAN IZCALLI

1.- Clasificación de las patologías bucales según su -
localización: Tejidos duros y tejidos blandos.

La cavidad bucal está caracterizada por la gran -
variedad de tejidos que la conforman, y que integran -
el Sistema Estomatognático, cuyo conocimiento anatómo-
funcional será uno de los puntos para analizar en la -
presente investigación, de tal forma que empezaremos -
por efectuar una separación relativa, pero práctica de
las patologías que afectan la cavidad bucal, y que de-
ben tratarse con medios quirúrgicos; con el fin de po-
der estudiar cada una de ellas individualmente y a las
cuales haremos referencia en los siguientes capítulos.

Clasificaremos las patologías, según su localiza-
ción en la boca, y según el tipo de tejido del cual es
tá constituida propiamente:

Los tejidos duros de la cavidad bucal son:

- A. Tejido óseo: a) Maxilar
 - b) Mandíbula
 - c) Palatinos
- B. Tejido dentario: a) Esmalte
 - b) Dentina
 - c) Cemento

Los tejidos blandos de la cavidad bucal son:

- A. Intrínsecos: a) Encía
 - b) Labios
 - c) Paladar

2.- La papila dentaria, proveniente del mesénquima.

3.- Un saco dentario, también proveniente del mesénquima.

El órgano dentario produce el esmalte; la papila dentaria origina a la pulpa y a la dentina; y el saco dentario forma, no solo el cemento, sino también el ligamento periodontal.

De los tejidos blandos de la cavidad bucal, se hará a continuación, una breve descripción particular, para que posteriormente, en el tema correspondiente se estudie con mayor amplitud.

La estructura morfológica de la mucosa varía en diferentes áreas de la cavidad bucal, en relación con las funciones específicas, y de las influencias mecánicas que actúan sobre ellas, de tal forma que la mucosa alrededor de los dientes y en el paladar duro difiere en estructura de la del piso de la boca, mejillas y labios..

A. a) Encía.- Porción intrínseca de los tejidos blandos de la cavidad bucal, al igual que la cubierta del paladar duro, tienen espesor y cornificación epiteliales, espesor, densidad y dureza de la lámina propia y finalmente su unión inmóvil a las estructuras profundas. En la encía la formación de queratina verdadera (ortokeratosis), está constituida por paraqueratosis; a veces el epitelio no es cornificado, pero esto debe considerarse como normal. En la estructura de la submucosa - las zonas de encía y paladar duro, difieren considerablemente, en la encía no se diferencia la capa submu

cosa, en su lugar el tejido conjuntivo denso e inelástico de la lámina propia se fusiona con el periostio de la apófisis alveolar.

b) Labios y carrillos.- El epitelio de la mucosa sobre labios y carrillos es escamoso, estratificado y no cornificado.

La capa submucosa conecta a la lámina propia con la fascia delgada de los músculos y está formada por bandas de fibras colágenas agrupadas densamente; Entre ellas hay tejido conectivo laxo que contiene grasa y pequeñas glándulas mixtas, las glándulas mixtas de los labios están situadas en la submucosa, mientras que las glándulas mayores de las mejillas se encuentran por lo regular entre los haces del músculo Buccinador, y a veces, sobre su superficie externa. Una zona horizontal media sobre la mejilla situada lateralmente en relación a las comisuras bucales puede contener glándulas sebáceas aisladas: "manchas de Fordyce".

c) Paladar blando.- La mucosa de la superficie bucal del paladar blando está muy vascularizada, las papilas del tejido conjuntivo son escasas y cortas, el epitelio escamoso estratificado no es cornificado, la lámina propia muestra una capa bien definida de fibras elásticas.

que la separa de la submucosa, la última es relativamente laxa y contiene una capa casi continua de glándulas mucosas, la mucosa típica se continua alrededor del borde libre del paladar blando y después es sustituido por mucosa nasal con su epitelio pseudoestratificado cilíndrico y ciliado.

d) Superficie inferior de la lengua y piso de boca.-

La mucosa del piso de boca es delgada, adherida laxamente a las estructuras subyacentes, para formar y permitir la libre movilidad de la lengua, el epitelio no es cornificado y las papilas de la lámina propia son bajas, la submucosa contiene tejido adiposo y las glándulas sublinguales se encuentran cerca de la cubierta mucosa en el pliegue sublingual, la mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa, relativamente delgada y su epitelio no es cornificado, las papilas del tejido conjuntivo son numerosas pero cortas.

e) Mucosa lingual dorsal.- La superficie superior de la lengua es áspera e irregular, la línea en "V" está dividida en una parte anterior o cuerpo y una parte posterior o base; El cuerpo y la base de la lengua difieren ampliamente en la estructura de la mucosa, la parte anterior de la mucosa lingual dorsal se puede denominar por-

ción papilar, sobre la que se encuentran numerosas papilas cónicas de punta fina que le dan un aspecto de terciopelo.

f) Frenillos.- Los frenillos labial y laterales son repliegues de la mucosa, que contienen tejido conjuntivo laxo, no se encuentran fibras musculares entre ellos y se encuentran sobre la mucosa que cubre el hueso.

B. a) Glándulas salivales.- En general el plan de organización de las glándulas salivales es semejante al de otras glándulas exócrinas, están formadas por los siguientes elementos:

1.- Tejido conjuntivo que forma una cápsula y se prolonga como tabiques o bandas hacia la glándula propia, dividiéndola en lobulos o lobulillos.

2.- Conductos que son tejido conjuntivo de la glándula, los conductos más grandes se dividen en conductos de calibre progresivamente menor, y sus ramas más pequeñas se encuentran unidas con las porciones terminales secretorias de la glándula.

3.- Células secretorias localizadas en las porciones terminales que a su vez se encuentran dentro de los lobulillos de la glándula.

1.1 CIRUGIAS DE TEJIDOS DUROS.

La cirugía bucal en la práctica general juega un pa pel relevante para el Cirujano Dentista, y también para el paciente, sobre todo, si se toma en cuenta que éste - muchas veces ignora las alteraciones que pueden presentar se en su propia boca y que no se manifiestan visiblemente, tal es el caso de las retenciones dentarias.

Existen otros casos en los que la Cirugía Bucal es de suma importancia, debido a la alta frecuencia con que se presentan los pacientes con problemas notables, que - los obligan a acudir al consultorio dental; problemas co mo destrucción masiva de coronas dentarias, infecciones por restos radiculares, o simplemente por el fracaso de tratamientos restaurativos anteriores, mismos que la Ci- rugía nos ayuda a remediar por medio de apisectomías, re gularización de proceso alveolar, eliminación de torus, etc.

Durante la presente investigación consideramos nece saria una revisión de los conocimientos generales anató- micos y fisiológicos de toda la cavidad bucal, para una mejor comprensión de los temas a desarrollar en los si- guientes capítulos.

1.1.1. CARACTERISTICAS ANATOMICAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LA CAVIDAD BUCAL.

Los tejidos duros de la cavidad bucal incluyen huesos y tejido dentario.

Huesos: en el embrión, el predecesor del hueso es el cartílago o una membrana de tejido fibroso. Los miembros se desarrollan como primordios o yemas que están llenos de un tejido con gran potencialidad llamado mesénquima, que se condensa y se torna cartilaginosa.

Cuando el mesénquima se convierte en cartílago, se observa un modelo cartilaginosa individual en miniatura que tiene la forma y aspecto de un hueso adulto y está unido al material adyacente por el mesénquima restante. Este cartílago es invadido por sales, (fosfato de calcio) para su calcificación. Existen dos tipos de formación ósea: Intramembranosa y Endocondral, y los huesos de la cara tienen en general formación de ambos tipos.

Los huesos de la cavidad bucal, junto con los del resto de la cara tienen como función principal proteger los orificios de la cara: boca, nariz y ojos.

a) Mandíbula.- Resulta de un ensanchamiento de la porción anterior del primer arco branquial. La mandíbula adulta consiste en dos láminas cuadrangulares verticales; las ramas que se continúan en sus extremos inferiores con una porción en forma de "U", el cuerpo. Cada rama se termina en 2 apófisis; a saber:

1.- por detrás, el cóndilo del maxilar, articular que posee una formación parecida a un pequeño cilindro,

en uno de sus lados forma la articulación con el cráneo exactamente por delante del oído.

2.- por delante, la apófisis coronoides, triangular y terminada en punta, en donde se inserta el poderoso músculo Buccinador, notable a un lado de la cabeza. Otro músculo masticador reviste la cara externa de la rama, y otro más es paralelo al segundo sobre la cara interna. Donde la rama se une al cuerpo se halla un ángulo muy notable. El cuerpo del maxilar no solo sostiene a los dientes inferiores sino también forma el límite óseo de la boca.

Del lado inferior del ángulo, puede extenderse hacia abajo una prolongación de extensión variable, delimitada ordinariamente por un borde redondeado: apófisis del ángulo mandibular.

Ocupando la porción media del cuerpo, presenta en su cara superficial, la protuberancia mentoniana con forma de pirámide triangular, cuya base es el borde inferior del hueso. A los lados de esta protuberancia, se encuentran los tubérculos mentonianos izquierdo y derecho. Por encima y a los lados de ella, el hueso se deprime para formar una fosita poco profunda, cuyo límite lateral está determinado por una elevación (juga alveolaria) que corresponde al canino. Esta fosa tiene uno o varios agujeritos destinados al paso de las ramas vasculares y nerviosas muy pequeñas y recibe el nombre de fosita mentoniana.

A nivel intersticio entre primero y segundo premo-

lar se encuentra el agujero mentoniano, abertura ósea - por donde pasa la rama más importante del nervio dentario inferior, o sea el mentoniano.

En la unión interna de la rama con el borde alveolar se forma una depresión que sigue la dirección hacia abajo y hacia afuera llamada línea oblicua externa que termina por delante del primer molar.

En la superficie interna de la mandíbula, a derecha e izquierda de la línea media se encuentra una fosita poco profunda: la fosita digástrica, que da inserción al vientre anterior del músculo digástrico. Por encima de ella, el hueso se eleva y forma un pico óseo llamado apófisis geni donde se inserta el músculo geniogloso.

La superficie interna está dividida en una zona anterior y otra posteroinferior por la línea aliohioidea, donde se inserta el músculo del mismo nombre.

Por su proximidad a las glándulas salivales, las zonas antes aludidas, reciben el nombre de sublingual y fosa submaxilar.

b) Maxilar.- Este hueso consta de un hueso central, excavado en el adulto por el seno maxilar, y de cuatro prolongaciones de complicada conformidad unidas al seno.

1.- Frontal o apófisis ascendente, dirigida hacia arriba y une el hueso frontal.

2.- Cigomática o malar que alarga el ángulo lateral del cuerpo del hueso uniendo al hueso malar.

3.- Palatina o lámina horizontal, se articula con el lado opuesto y forma la parte principal de la bóveda del

del paladar.

4.- Prolongación alveolar, dirigida hacia abajo y portadora de los dientes.

El cuerpo del maxilar forma una pirámide triangular irregular cuya base es hacia la fosa nasal y se llama ca ra na sa l.

De las tres caras laterales, la primera u orbitaria forma la parte más extensa del piso de la órbita; la segunda mira hacia adelante y afuera y es la superficie ma lar; y la tercera más o menos convexa, mira hacia afuera y forma parte de la pared de la fosa cigomática y es la cara infratemporal.

La cara interna está ocupada en gran parte por el seno maxilar. Por detrás de este orificio, queda una franja ósea estrecha y áspera donde se adosa la laminilla ver tical del hueso palatino.

Hacia la mitad del borde posterior, se extiende sobre ésta franja hacia adelante y abajo un surco poco pro fundo, surco pterigomaxilar, que termina con ángulo formado por el borde posterior de la lámina horizontal y la pared interna del cuerpo del maxilar.

Hacia arriba confluyen las tres caras: Orbitaria, - intratemporal y nasal, donde se superpone la apófisis or bitaria del palatino llamada triángulo palatino.

c) Palatinos.- Este hueso completa el maxilar y sirve de unión entre éste y el esfenoides. Consta de dos laminillas óseas dispuestas en ángulo recto; del lugar de -- unión de las mismas sale hacia atrás una fuerte prolonga

ción denominada apófisis piramidal. La lámina horizontal (lámina palatina) contiene la apófisis palatina del maxilar hasta el plano del extremo posterior del cuerpo de este hueso.

El borde anterior de la lámina se une con el posterior de la citada apófisis del maxilar, para formar la sutura transversa del paladar. El borde interno levantado en forma de cresta por el lado nasal se une con el palatino opuesto y prolonga así la sutura media situada entre las dos apófisis palatinas del maxilar. El borde cóncavo posterior termina en la línea media donde dá lugar a un espolón que se reúne con el del lado opuesto para formar la espina nasal posterior.

1.1.2. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DE LOS TEJIDOS Duros EN CAVIDAD ORAL.

Los tejidos duros de la cavidad oral por su forma - que puede ser cóncava, convexa e irregular (en los diferentes huesos), tienen como función permitir la inserción de los distintos músculos, proteger a los tejidos blandos, conformar las características morfológicas de la cara y de la boca, específicamente; las superficies óseas también guían los movimientos musculares, dan cabida a los senos maxilares y forman las cavidades alveolares, limitan y/o asocian la boca con el resto de las estructuras del cráneo.

La fisiología de los tejidos duros de la cavidad oral está dada por la ATM que es una articulación ginglymo artroïdal compleja, es decir que tiene movimientos de rotación y translación, y posee además una anatomía íntimamente ligada a su función.

Fisiológicamente la ATM constituye el componente más importante de la boca por su relación con la bóveda craneana, que le da la característica de único hueso móvil de la cara a la mandíbula.

1.1.3. GENERALIDADES DE LAS ALTERACIONES PATOLÓGICAS DE LOS TEJIDOS DUROS EN LA CAVIDAD BUCAL.

Las alteraciones patológicas que con mayor frecuencia afectan a los tejidos duros de la cavidad bucal, cuyo tratamiento de elección es la cirugía, se emncionan a continuación, describiendo cada lesión de acuerdo a sus características clínicas y radiográficas, el resultado histopatológico y la frecuencia con que se presentan de acuerdo a su localización en los tejidos duros:

1) Torus.- Se denomina torus o exostosis a las excrecencias óseas en las superficies periostáticas del maxilar y mandíbula. Pueden observarse en cualquiera de los maxilares, en cualquier edad; la línea media constituye su localización más frecuente (torus palatino), es 2 veces más frecuente en la mujer que en el hombre, la lesión comienza antes de los 30 años. El segundo lugar de preferencia es la mandíbula y se encuentra en la superficie lingual de las zonas premolares y molares. Por lo general son asintomáticos, pero deben intervenir quirúrgicamente cuando interfieren con la función o adaptación de una prótesis.

2) Odontoma.- Los odontomas comprenden alrededor del 22 % de los tumores odontogénicos de los maxilares y se componen de tejido dentario duro. Aparecen a cualquier edad y en ambos sexos, afectan por igual mandíbula y maxilar, crecen lentamente, pueden desarrollarse por un tiempo y permanecer estáticos por el resto de la vida.

3) Granuloma dentario.- Representa la extensión api-

cal de la inflamación pulpar, diente desvitalizado, asintomático o con ligero dolor a la percusión, generalmente posterior a crisis de intenso dolor pulpar; radiográficamente aparece una zona radiolúcida a nivel periapical; -microscópicamente la pulpa del diente afectado es necrótica o bien, presenta una infiltración moderada hasta densa de plasmocitos y linfocitos. Representa un 48 % de las lesiones periapicales, es más común en el maxilar que en la mandíbula y se presenta en la tercera década de la vida.

4) Quiste radicular.- suele ser asintomático, en contados casos se asocia con una fístula, habitualmente se presenta en el maxilar, en la tercera década de la vida; radiográficamente se observa radiolucencia delimitada en la zona apical del diente afectado.

5) Quiste dentífero.- es el más común de los quistes foliculares, es más frecuente en el sexo masculino y suele presentarse en la segunda y tercera décadas de la vida; un 70 % de las lesiones aparecen en mandíbula; casi el 62 % en la zona de molares, 12 % en la región canina y 12 % en la premolar. A veces las lesiones se abren espontáneamente con la erupción normal de los dientes.

6) Dientes supernumerarios.- son los que exceden al número normal. Los dientes supernumerarios son más frecuentes en el maxilar, y se localizan preferentemente entre los incisivos centrales superiores.

Los dientes accesorios se diferencian de los supernumerarios en su configuración, que es anormal.

1.1.3.1. TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Los Antropólogos afirman que el desarrollo cerebral del ser humano, constantemente en aumento, agranda su caja craneana a expensas de sus mandíbulas. La línea perihipofisiaria que se inclinaba hacia adelante desde la frente en recesión hasta la mandíbula en protrusión en las formas prehumanas, se ha vuelto vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número de dientes. Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación, favorece esta tendencia haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso (párrafo citado en el libro Anatomía Dental del Dr. Rafael Sponda Vila).

Un gran número de personas tienen dientes impactados o retenidas , por está razón y por otras más, el hombre tiende a perder molares y también despues posiblemante perderá incisivos laterales.

Todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuados en la arcada deberán ser candidatos a extracción o posibles tratamientos de Ortodoncia.

Es necesario establecer una diferenciación pronunciada con respecto a la morfología y su localización de los terceros molares superiores e inferiores, a estos -- últimos se les describe a continuación.

Respecto a la morfología de los terceros molares inferiores se puede decir que es un caso especial de diente, por las anomalías que presenta en todos aspectos.

Es generalmente anormal por la inconstancia de su forma, incluso hay diferencias entre los dos dientes: izquierdo y derecho en la misma boca; su forma es semejante

a la de los otros molares inferiores, pero es común encontrarlos con gran distorsión en su figura, tanto en la corona como en la raíz.

La corona del tercer molar en un 40 % de los casos posee 4 eminencias y el resto puede tener 5 o puede ser tricuspídea. La raíz lo mismo es bifida, igual que los demás molares inferiores primero y segundo, como frecuentemente se le puede encontrar unirradicular. Muchas veces es multirradicular en forma indescriptiblemente caprichosas.

Existen raíces más cortas que la corona o desproporcionalmente más grandes que ella; siempre es curva hacia distal sin que esta afirmación sea categórica.

1.1.3.1.1. LOCALIZACION.

Si la descripción del tercer molar es difícil, su localización suele ser mucho más difícil aún. Este diente está colocado en el ángulo de la mandíbula en pleno centro de crecimiento del hueso.

La evolución de crecimiento del folículo ocurre cuando ya el arco normalmente ha tomado su funcionamiento y su erupción no es necesaria para desempeñar ninguna función.

Es muy raro que la erupción de este diente no cause trastornos traumáticos e infecciones acompañados de dolor, etc.

No obstante entre individuos de raza indígena, indomexicano, en zonas rurales, es frecuente encontrar a los ter

ceros molares superiores e inferiores en posición correcta para hacer masticación.

Se puede agregar que lo más notorio es la inconstancia en superposición, que es en un 60 % de los casos aproximadamente no hace oclusión, y en más de la mitad de las veces no hace erupción fuera de la encía; al presentarse dicho caso se hace necesaria la intervención quirúrgica para extraerlo.

A este respecto existe una contradicción, ya que en el individuo mayor, un diente que no ha brotado en 50 años a veces está anquilosado, frecuentemente presenta membrana periodontal atrofiada separando diente y hueso, y siempre está incluido en hueso elástico altamente mineralizado.

La anatomía topográfica del tercer inferior se circunscribe en cuatro regiones íntimamente relacionadas -- que són:

- 1) Maseterina
- 2) Geniana
- 3) De la fosa cigomática
- 4) Glososuprahioidea

De las cuales haremos una descripción:

Región maseterina.-- situada en las partes laterales del cráneo, esta región tiene aproximadamente los límites del músculo masetero.

Planos consecutivos.-- desde la parte superficial a la profunda, la disección encuentra pie en el tejido celular subcutáneo. En este tejido celulo-grasoso se encuentran elementos anatómicos; la arteria transversa de la -

cara, las ramas terminales del nervio facial, la glándu la parótida con su conducto excretor, fascículos de los músculos Risorio y Cutáneo del cuello y la arteri y vena faciales.

Más profundamente se halla la aponeurosis masetéri ca, la cual se inserta en el arco cigomático y el borde anterior de la rama ascendente, rodeando el borde anterior del masetero, más profundamente aún se halla el músculo, e inmediatamente cubierto por su periostio, la rama ascendente de la mandíbula.

Región geniana.- solo está relacionada por su límite posterior con la rama en estudio, es decir, el borde anterior de la rama ascendente.

Los planos consecutivos de está región son piel y tejido celular subcutáneo; en está última capa se encuentra la bola adiposa de Bichat a la cual corresponde una función importante en los procesos infecciosos de los maxilares; esta bola grasosa comunica con la fosa temporal con la cogomática y rellena el espacio existente entre masetero y buccinador.

Solo la capa del músculo buccinador y su aponeurosis tienen relación directa con la región quirúrgica del tercer molar inferior. A su vez el plano óseo está formado por la rama horizontal de la mandíbula.

Vasos y nervios, arterias.- dos ramas de la maxilar interna: alveolar y bucal, transversal de la cara, rama de la temporal superficial, están en relación con la zona del tercer molar inferior.

Venas.- la vena facial que desemboca en la yugular interna cruza en diagonal, junto con la arteria homónima de la región geniana.

Región de la fosa cigomática.- pertenece a las regiones profundas de la cara, se encuentra situada por dentro de la rama ascendente del maxilar inferior, puede ser asiento de problemas originados por complicaciones inflamatorias del tercer molar inferior, o por la anestesia troncular. Pueden observarse problemas quirúrgicos - como el deslizamiento de este molar a la región o al suelo de la boca, accidente operatorio que puede ocurrir en ciertos tipos de retención y en casos y por motivos especiales.

Sus límites son: arriba.- por el arco cigomático; abajo.- por el borde del maxilar inferior; atrás.- por la cara anterior de la parótida; adelante.- por la tuberosidad del maxilar superior y su prolongación imaginaria -- hacia abajo. El límite externo está constituido por la cara interna del maxilar inferior y su límite interno lo forma la apófisis pterigoides y la faringe.

Considerando la cara externa de la región cigomática que es ósea y forma la cara interna de la rama ascendente y la mitad inferior de la pared interna, constituida por el músculo pterigoideo interno; entre el músculo y el hueso se encuentran los elementos del paquete vasculonervioso dentario inferior y lingual, que discurren en un tejido celulograsoso del espacio pterigomandibular; - entre la cara interna e inferior del pterigoideo y la fa

rínge existe un espacio denominado maxilofaríngeo.

Región glososuprahioidea.- está región es asiento de afecciones dependientes del tercer molar. Está limitada por: arriba) borde inferior de la mandíbula, desde el mentón hasta el gonión; abajo) un plano que pasando por el cuerpo del hioides llegue lateralmente hasta ambos esternocleidomastoideos.

1.1.3.1.2. POSICION.

El tercer molar inferior se ubica en el maxilar en distintas posiciones; estas son:

1) Vertical.- son aquellos que presentan su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar.

2) Mesioangular.- presentan su corona dirigida hacia el segundo molar, su eje mayor forma con el eje del segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo.

3) Mesioangular.- su corona está dirigida al segundo molar y su eje mayor es sensiblemente perpendicular al eje mayor del segundo molar formando un ángulo de 90° -- abierto hacia abajo y atrás.

4) Distoangular.- el tercer molar está colocado en el maxilar, con su corona dirigida en grado variable, hacia la rama ascendente formando su eje mayor con el eje mayor del segundo, en ángulo abierto hacia arriba y atrás.

5) Bucoangular.- presentan su corona dirigida a la tabla externa y las raíces hacia la interna o lingual.

6) Linguoangular.- presentan su corona dirigida hacia la lengua y los ápices hacia la tabla externa, el ángulo

que su eje mayor forma con el segundo molar no puede ser señalado.

7) Invertida.- (paranormales) estos molares tienen su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia el cóndilo.

Esta posición presenta gran cantidad de variaciones, pudiendo encuadrarse dentro de ellas a las heterotopías más diversas.

1.1.3.1.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

"Etiopatología".- En su intento de erupción el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos, de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes de erupción del tercer molar tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas, en ambos sexos, y en los dos lados de los maxilares, a los cuales se hará referencia.

Raza.- los individuos en los que se presenta esta anomalía es en los de raza blanca, en los que por razones mecánicas que serán consideradas, la falta de espacio -- "juega un papel preponderante".

La raza negra en general libre de estos procesos, debido a su gran mandíbula que permite la cómoda erupción de todos sus molares (y aún del cuarto).

1.1.3.1.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

El tercer molar inferior hace erupción a los 17 años de edad en adelante, la formación y mineralización del -

diente con su ápice termina a los 25 años. El retardo - en aparecer, en el medio Odontológico, dá motivo al comentario de que puede considerarse perteneciente a una tercera dentición. Se le llama popularmente "muela del juicio", al igual que sus homólogos superiores.

El desarrollo del folículo se verifica en edad pobre de metabolismo calcico para los dientes, por estarlo haciendo los huesos del esqueleto, es la edad de crecimiento general del organismo, que se efectua aproximadamente entre los 8 y 16 años. En la gran mayoría de los - casos la mineralización tiene múltiples fallas, las cuales son visibles en la superficie del esmalte que lo exponen fácilmente a la agresión de las afecciones cario--sas.

Respecto a la edad también se ha mencionado el in--conveniente de efectuar una extracción de tercer molar - inferior (o superior) en la edad adulta, debido a la a--trofia del ligamento parodontal y la consecuente anquilo--sis del diente.

A pesar de haber mencionado un margen de edades para la erupción de los terceros molares, Ries Centeno cita casos de 15, 73, 78 y hasta 82 años.

1.1.3.2. TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores, su retención puede causar accidentes como los originados por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción que le es propio, ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el carrillo, es decir bucoversión.

Este hecho se caracteriza por los siguientes hechos clínicos: la cara oclusal del molar se pone en contacto con la mucosa del carrillo y al aumentar su erupción - y los movimientos masticatorios, el tercer molar o alguna de sus cúspides ulceran el carrillo, ya que está ulcera se encuentra constantemente traumatizada produce dolores de gran intensidad, los tejidos blandos vecinos se inflaman y se produce una celulitis de los tejidos blandos acompañada de trismus y ganglios infartados, lo que repercute en el estado general del paciente. La magticación está impedida y la fonación se dificulta.

El proceso no termina hasta la extracción de este molar, o se elimina el factor traumático "sus cúspides".

La ulcera puede a veces pasar inadvertida porque queda escondida trás el molar, o el Dentista la oculta con el espejo al hacer el exámen.

Morfología del tercer molar superior.- este es uno de los dientes más inconstantes en forma y número; clásicamente se puede considerar su forma muy semejante a la

los molares superiores primero y segundo, pero con dimensiones comparativamente variables tanto en la corona como en la raíz; puede ser de mayor o menor volumen en todo sentido.

En el 50 o 55 % de los casos se encuentra la corona en forma tricuspídea y también, muchas veces los cuerpos radicales son triples y se presentan unidos pero con marcas de separación.

Propiamente no puede hacerse una descripción cabal, su conformación con tuberculos muy desarrollados da como resultado que el conjunto tome fisonomías caprichosas y sea difícil su descripción clásica anatómica.

Se le encuentra también de volumen muy pequeño y reducido a una formación odontoide, con la formación de su corona unilobular, muchas veces unirradicular, aunque se considera la raíz de este diente trifurcada, semejante en todo a la de los otros molares superiores.

Existen fisonomías en que se presentan hasta seis - delgados ápices radicales con direcciones completamente inconcebibles.

1.1.3.2.1. LOCALIZACION

La localización que corresponde a este diente en la arcada superior es muy distal, la orientación de su eje en el movimiento de erupción es de apical a oclusal, y fuertemente a vestibular y distal por lo que su definitiva posición se encuentra con frecuencia fuera del plano de oclusión de los otros molares superiores.

Según sea la exagerada malposición con relación al eje longitudinal, así será la alcance éste diente defi-

nitivamente en el arco dentario. Se encuentran casos en los que está colocado casi en la tuberosidad del maxilar o en plano vestibulo de la boca, cosa que es una de tantas anomalías que se suman a las que ya tiene su morfología.

Debido a la posición que guarda dentro del maxilar se presentan factores que complican su extracción durante el procedimiento quirúrgico, estos factores incluyen:

- a) su proximidad con el seno maxilar.
- b) la presencia del tercer molar superior parcialmente dentro de la arcada.
- c) curvaturas anormales de sus raíces.
- d) hipercementosis.
- e) proximidad al proceso cigomático de la maxila.
- f) densidad extrema del hueso en pacientes ancianos.
- g) espacios foliculares llenos de hueso, vistos más frecuentemente en pacientes viejos.
- h) difícil acceso al sitio operatorio, debido al músculo orbicular pequeño y a la incapacidad de apertura bucal normal.

Es extremadamente difícil asegurar una visión directa dentro del arca, precindiendo o no del músculo orbicular.

1.1.3.2.1. POSICION.

Como el tercer molar inferior, el superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos, ya las variaciones del tercer molar superior son menores

que las del inferior.

La retención del molar puede ser intraosea o submucosa, y pueden estar retenidos total o parcialmente. Las posiciones que puede ocupar el tercer molar son las siguientes:

a) Vertical.- el eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar, el diente puede estar total o parcialmente cubierto por hueso.

b) Mesioangular.- El eje del molar retenido puede estar dirigido hacia adelante, en esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides; esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar retenido impiden su normal erupción, son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

c) Distoangular.- el eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara oclusal mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

d) Horizontal.- el tercer molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara oclusal puede ponerse en contacto, dando los accidentes antes mencionados.

La cara oclusal del tercer molar puede también dirigirse a la bóveda palatina, el molar puede erupcionar en la bóveda.

e) Paranormales.- el molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no encuadran en la clasificación dada.

1.1.3.2.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

En la bibliografía revisada encontramos una ligera predominancia en el sexo femenino.

Los estudios que se han realizado, en su mayoría han registrado que el 75 % de las cirugías de los terceros molares superiores han sido en mujeres.

1.1.3.2.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDADES.

En un estudio del tercer molar superior, realizado y publicado por la revista ADM, se encontró que los pacientes intervenidos quirúrgicamente, son entre los 18 y 23 años.

Esto no quiere decir que sean los únicos pacientes en los que se realiza la cirugía del tercer molar superior, pero sí los que se presentan con más frecuencia en el consultorio dental.

1.1.3.3. CANINOS INCLUIDOS.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de inspección, palpación y un examen radiográfico.

Una de las alteraciones patológicas relativamente - frecuentes en la consulta dental ordinaria, es la retención de los caninos en el paladar, debido a varias causas.

Estos pueden ser unilaterales o bilaterales, y presentar o no sintomatología dolorosa o inflamatoria, dependiendo de su localización, así como de las estructuras adyacentes involucradas, que pudieran estar comprometidas por presión de estos dientes sobre ellas.

Factores que influyen para la existencia de caninos incluidos:

- a) aumento de la caja craneana a expensas de las mandíbulas.
- b) resorción tardía del canino temporal.
- c) poco espacio, que deja el canino infantil para la erupción del permanente.

Los caninos incluidos pueden dar lugar a otras patologías como son: quistes dentígeros, malposición dentaria, procesos infecciosos, tumefacciones, resorción - radicular de dientes vecinos, etc.

Como se menciona anteriormente se necesita el auxilio de diferentes métodos de diagnóstico para la localización del canino.

Inspección.- la ausencia del canino permanente en la

arcada, la persistencia del temporario, puede hacer sospechosa la retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestibulo.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preeliminar de la posible ubicación del diente retenido.

Palpación.- el dedo índice que investiga, confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia que la tabla ósea.

Examen radiográfico.- este debe ser realizado con ciertas normas de utilidad, es necesario tomar radiografías de los tres planos del espacio; es imprescindible ver la cúspide y el ápice y conocer las condiciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos (senos y fosas nasales).

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Se debe verificar antes de la intervención quirúrgica la clase a que pertenece el canino incluido, punto que se mencionará más adelante.

1.1.3.3.1. LOCALIZACION.

La inclusión de los caninos casi siempre sucede en la maxila y raramente en la mandíbula, la proporción que da Riés Centeno para la inclusión es de 99 a 1.

Cuando suceden las inclusiones en la arcada superior se ven involucradas estructuras anatómicas que son:

los procesos palatinos (paladar duro), tejido mucoperiostico palatino, procesos alveolares vestibulares y palatinos, raíces de incisivos y a veces hasta premolares.

La erupción de los caninos que normalmente se lleva a cabo a los 11 o 12 años, cuando ya normalmente están presentes los incisivos centrales, laterales y ambos premolares. Para entonces la conformación de la arcada superior debe estar dada por el estímulo de erupción dentaria, y los caninos ponen punto final de la colocación funcional y estética de la boca, sirviendo como "pilares o columnas" de sostén en torno a los cuales se sitúan favorablemente o desfavorablemente los demás dientes.

Cuando ocurre cualquiera de los factores predisponentes para la retención de los caninos, sea falta de espacio, de desarrollo maxilar o retención prolongada del canino infantil, el canino permanente no encuentra lugar por donde erupcionar y adopta posiciones diversas dentro del hueso palatino, que hacen necesaria la intervención quirúrgica para extraerlos, o la colocación de aparatología ortodoncica para ponerlos en su posición final.

La elección de uno u otro tratamiento depende de las condiciones generales del paciente, así como de su localización y posición del diente retenido.

1.1.3.3.2. POSICION

Los caninos incluidos se clasifican por su posición

adoptada dentro del hueso en:

- a) Palatinos.- que pueden ser vestibulares o distales.
- b) Labiales.- vestibulares o distales.
- c) Intermedios.- cuando se localiza la corona en palatino y su raíz hacia labial.

Existe otra clasificación más completa:

- a) Clase I.- en paladar y su situación puede ser: horizontal, vertical o semivertical.
- b) Clase II.- en superficie vestibular, también pueden -- ser horizontales, verticales o semiverticales.
- c) Clase III.- palatinos o vestibulares.
- d) Clase IV.- 1. entre apófisis alveolar
2. entre insicivo lateral y primer molar
3. en posición vertical
- e) Clase V.- solo se encuentra en desdentados.

1.1.3.3.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Al revisar varias revistas y libros hemos encontrado que las cirugías de los caninos incluidos se realizan por igual en ambos sexos.

1.1.3.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

La edad en que ocurre la inclusión es entre los 10 y -- los 13 años, aunque la calcificación de su corona comienza - de los 4 a los 6 meses de edad y termina a los 7 años de formarse, su raíz termina su formación hasta los 12 o 13 años, en el agujero apical.

1.1.3.4. EXTRACCIONES MÚLTIPLES.

La extracción de varios dientes naturales en una sola intervención puede considerarse como el comienzo de la Cirugía bucal preprotética y los principios básicos de esta deben ser enfocados a técnicas exodónticas a emplear, ya que el éxito final de la prótesis depende del grado de destreza empleada en la extracción de órganos dentarios. El manipuleo cuidadoso de los tejidos vitales es esencial puesto que el traumatismo del tejido óseo y el tejido blando pueden tener por consecuencia dolor, retardo de la cicatrización, necrosis, infección.

Así mismo, es preciso manejar en forma atraumática las necesidades emocionales y psicológicas del paciente, demostrando que el Odontólogo y su equipo tienen verdadero interés por el paciente.

En la valoración preoperatoria del paciente, el Cirujano Dentista debe examinar en particular los dientes y su hueso, tejidos blandos de soporte. Los dientes desvitalizados, con caries profundas y restauraciones extensas son muy frágiles y se fracturan con facilidad; los dientes con erosión cervical son muy propensos a la fractura durante la extracción. Hay que tomar en cuenta: el tamaño, contorno y curvatura de las raíces, como también las estructuras craneanas, tales como: los senos maxilares, conducto mandibular, reborde milchiodideo y dientes adyacentes, todo esto con el auxilio de una radiografía o varias, según sea necesario.

Los dientes desvitalizados suelen hallarse anclados

con firmeza en el hueso. Los caninos y molares inferiores están incluidos en hueso denso, como lo están los caninos y terceros molares inferiores. Hay que tomar en cuenta las lesiones óseas, especialmente los abscesos, quistes, tumores y fracturas, pues cada una de ellas -- puede afectar la extracción múltiple de dientes y la cicatrización postoperatoria. Es necesario el uso de radiografías pre y postoperatorias para controlar el estado del hueso, los dientes y su valoración con estructuras vecinas. Con gran frecuencia se descubren restos de dientes, materiales de obturación y trozos de instrumentos en los alveolos, después de tomar radiografías postoperatorias.

Se le llama extracciones múltiples al procedimiento quirúrgico por medio del cual se extraen cuatro dientes o restos radiculares, y se diferencia del término "extracción dentaria" por el número de órganos a intervenir y la necesidad del levantamiento de un colgajo mucoperiostico y la colocación de sutura.

1.1.3.4.1. ETIOLOGIA.

La decisión de restaurar o extraer un determinado diente, un grupo de dientes o incluso la totalidad de estos, se hará en la base individual de cada paciente. Las causas por las cuales se hace necesaria la extracción múltiple de dientes son muy variables, por lo general -- son las mismas que motivan al empleo de éste tratamiento o la selección de otro. Es posible dar algunas indicacio

nes generales:

1.- Es necesario hacer extracciones de dientes con --
patología pulpar aguda o crónica, en las cuales no es po--
sible conseguir éxito en el tratamiento endodóntico, o --
no es práctico.

2.- Puede considerarse como una causa de extracción -
múltiple de dientes las caries extensas con lesión pul--
par o sin ella, cuando las restauraciones producirán una
erogación excesiva para el paciente.

3.- La indicación de la extracción, la presencia de -
enfermedad parodontal demasiado avanzada como para que --
permita esperar un tratamiento positivo. Está considera--
ción incluye también negligencia del paciente por coope--
rar en una mejor higiene bucal y su cuidado cotidiano, -
lo cual containdica la posibilidad del tratamiento perio--
dantal.

4.- Hay que extraer dientes en malposición y extruí--
dos, toda vez que su extracción y reemplazo sea la forma
más conveniente de tratamiento.

5.- Los dientes retenidos en zonas de soporte se ex--
traerán antes de la confección de la prótesis. La excep--
ción es el caso de un paciente adolescente con terceros
molares superiores retenidos, cuya extracción podría des--
truir el contorno óseo de las tuberosidades de los maxi--
lares.

6.- Cuando haya dientes que han sido traumatizados --
más allá de su capacidad de reparación con el proceso al--
veolar, se le extraerán para evitar pérdida de hueso.

7.- Hay que extraer algunos, pero no todos los dientes que se hallen en la línea de fractura de los maxilares, para reducir las posibilidades de infección, retardo de la consolidación o falta de unión de los procesos óseos y tejidos adyacentes.

8.- Causa de diseño puede ser el tipo o diseño de la prótesis dental que exige el sacrificio de uno o más dientes sanos, para conseguir un resultado protético más -- conveniente.

9.- Hay que considerar las denominadas extracciones profilácticas. Pacientes con hipertermia recurrente de bajo grado, con determinadas formas de artritis e iritis pueden requerir la extracción de todos los dientes vitales, así como los de vitalidad dudosa, en el intento por erradicar todos los focos potenciales de infección.

10.- Los dientes de pacientes que se hallan bajo tratamiento radioactivo por tumores bucales, faríngeos y regiones cervicales superiores, deben ser extraídos antes del comienzo del tratamiento, por lo general el hueso irradiado no cicatriza después de las extracciones dentales en razón de la pérdida de irrigación de la zona y reducción de la vitalidad del hueso y las células de tejido conectivo. Los dientes irradiados son más susceptibles a las caries, sus pulpas se desvitalizan con más rapidez, y la prevalencia de la infección es mayor, el resultado final puede ser osteonecrosis.

En términos generales se pueden dividir en:

Odontogénicos.- caries, erosión, abrasión, atrición -

dentaria, erosión radicular.

No odontogénicos.- periodontitis, periodontosis, enfermedades sistémicas: Diabetés, cáncer, leucemia, etc.

1.1.3.4.2. DIENTES CON MAYOR INCIDENCIA DE EXTRACCION.

Depende de los siguientes factores:

A) Generales

- a.- tiempo de erupción
- b.- situación del diente en la boca
- c.- dificultad para autoclisis
- d.- actividad funcional

B) Particulares

- a.- tipo de oclusión
- b.- Ph salival
- c.- higiene general
- d.- hábitos perniciosos
- e.- dieta hipercalórica (caries)
- f.- malposición y apiñamiento

La incidencia de extracciones de acuerdo al diente y dependiendo de los factores generales e individuales y de etiología, en general son:

- 1.- primeros molares inferiores
- 2.- primeros molares superiores
- 3.- segundos molares superiores
- 4.- segundos molares inferiores
- 5.- primeros y segundos premolares superiores
- 6.- incisivos centrales superiores
- 7.- incisivos laterales superiores

8.- primeros y segundos premolares inferiores

9.- caninos superiores

10.- caninos inferiores

11.- incisivos laterales inferiores

12.- incisivos centrales inferiores

1.1.3.4.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Es difícil encuadrar en un patrón de frecuencia las extracciones que se realizan en casos quirúrgicos, ya que tanto el hombre como la mujer, suelen necesitar que el Cirujano Dentista realice extracciones múltiples, por lo que consideraremos la misma frecuencia para ambos sexos.

1.1.3.4.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Generalmente se hacen extracciones múltiples en pacientes ancianos, a veces por razones parodontales.

Podemos decir que la mayor incidencia de extracciones múltiples se presenta entre la quinta y sexta décadas de la vida.

1.1.3.5. ALVEOLOPLASTIA.

El término alveoloplastia incluye la alveolectomía definida por Boucher como la exsición de una parte del proceso alveolar y a la alveoloplastia como el remodelado de este mismo proceso.

Ambos procedimientos se efectúan para facilitar la extracción de los dientes, para corregir irregularidades del reborde alveolar residual después de la extracción múltiple de dientes y para preparar el reborde residual para la recepción de las prótesis artificiales.

El hueso alveolar se reabsorbe con gran velocidad, una vez extraídos los dientes, por ello es necesario preservar la mayor cantidad de hueso y dejar los tejidos de soporte de las dentaduras en las mejores condiciones para sostener las prótesis.

Los rebordes alveolares crecen por aposición de hueso en las superficies externas, bordes libres y en el fondo de cada alveolo dentario, dicho crecimiento óseo depende del crecimiento y erupción de dientes propiamente dicho, a medida que las raíces de los dientes en desarrollo se alzan el diente erupciona hacia el espacio maxilomandibular, llevando consigo rebordes alveolares que se van agrandando. En casos de anodoncia parcial o total los rebordes alveolares son evidentemente más pequeños o no crecen en lo absoluto, lo cual dificulta la instalación de la prótesis.

En un ensayo de la revista Time, se observó que 20 millones de personas en E.U.A. son mayores de 60 años y que el número de personas de edad a crecido hasta repre-

mentar aproximadamente el 10 % de la población total.

La prostodoncia tiene por meta restaurar las porciones estéticas y funcionales del Sistema Gnático, pérdidas o ausentes congénitamente. Como una prótesis no puede ser mejor que su cimiento de hueso bacilar con recubrimiento tisular adecuado, es axiomático que el Cirujano Dentista haga lo posible por preparar, mejorar, conservar y construir los maxilares para que el paciente pueda usar una prótesis parcial o total por mucho tiempo.

Muchas prótesis que se llevan con molestia, desagrado y vergüenza, podrían hacerse cómodas y funcionales, si se llevan a cabo alveoloplastias como norma quirúrgica protética constante.

1.1.3.5.1. ETIOLOGIA.

Los objetivos de la alveoloplastia dirigidos a la correcta función y estética de las prótesis totales pueden sintetizarse:

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

2.- Hay que impedir la eliminación excesiva del hueso, prevenir la reabsorción excesiva de hueso; en todo momento habrá que considerar el uso a largo plazo de las prótesis.

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 de el mayor ancho posible, los espacios muertos no necesariamente añaden retención a la dentadura. Por otra parte no es obligatorio que el reborde sea perfectamente liso, Debán, Roberts y otros prefieren rebordes con una superficie irregular, sin que esto signifi que dejar rebordes óseos filosos abajo del mucoperiostio.

Es menester tomar consideración de la edad del paciente; el hueso de los pacientes jóvenes es menos denso que en los pacientes viejos y será más propenso a la reabsorción producida por la atrofia y el abuso durante una mayor cantidad de años que los pacientes mayores.

Las alveoloplastias o cirugías preprotéticas más que etiología tienen indicaciones para su realización, y son las siguientes:

- 1.- Sostén óseo inadecuado para las prótesis.
- 2.- Hueso cubierto por tejido blando flácido e inestable.
- 3.- Presencia de socabados y protuberancias .
- 4.- Presencia de rebordes óseos afilados.
- 5.- Surco bucal y lingual inadecuados.
- 6.- Presencia de cintas de cicatrización que no permiten que la prótesis se asiente en su periferia.
- 7.- Presencia de fibras musculares o frenillos que movilizan las periferias de las prótesis.
- 8.- Relación deficiente de rebordes alveolares superior e inferior.

9.- Presencia de repliegues tisulares blandos, reduncias o hipertrofias de los rebordes alveolares o en los surcos.

10.- Establecimiento de alguna enfermedad neoplásica.

1.1.3.5.2. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

No se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de las técnicas de alveoloplastia en los 2 sexos.

Los pacientes que requireren de este tratamiento son - mujeres y hombres sin encontrar ascensos en la frecuencia - para ninguno de los dos sexos.

1.1.3.5.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Los pacientes con requerimientos para este tratamiento generalmente han sido sometidos a extracciones múltiples -- por lo que podríamos decir que estos pacientes tambien se - encuentran entre la quinta y sexta decadas de vida.

1.1.3.6. APICECTOMIAS.

Las cirugías endodónticas como toda intervención quirúrgica relacionada con trastornos en dientes desu^lpados o en dientes con lesión paradontal, que requieren amputación radicular y tratamiento endodóntico, en su mayoría son tratadas con apicectomía.

La apicectomía es una de las técnicas quirúrgicas que utiliza la endodoncia para reparar lesiones apicales. En la presente investigación solo nos referiremos a ella, sin tomar en cuenta el resto de los tratamientos que pueden utilizarse en lesiones de ápice.

La decisión de tratar conservadoramente los dientes sin vitalidad depende de si la curación pueda o no producirse. En ausencia de síntomas muchos pacientes no vuelven para ser examinados, de modo que también ha de considerarse la posibilidad de cooperar del paciente.

La eliminación quirúrgica de la patología y el establecimiento de una herida limpia, es un procedimiento muy sano y positivo, y colocar al paciente en una posición en la cual se pueda esperar un resultado satisfactorio, sin ningún problema posterior.

Uno de los procedimientos quirúrgicos de pronóstico más favorable para un diente es la Apicectomía.

1.1.3.6.1. ETIOLOGIA.

Existen gran variedad de causas por las que se elige éste tipo de tratamiento, destinadas siempre a la conservación casi íntegra del diente en la boca, generalmen

te cuando ya se encuentra comprometida la salud del periodonto y la integridad radicular por infecciones crónicas, por la morfología radicular propia, por accidentes traumáticos, por factores yatrogénicos, etc, tal como se explica a continuación:

1) cuando los dientes están afectados por una infección crónica de larga duración y en la cual los ápices están incompletos o sufrieron resorción.

2) cuando varios dientes están afectados, por gran zona radiolúcida que indica posible pérdida de hueso vestibular y palatino asociada con resorción radicular.

3) cuando la inclinación axial de los dientes está notablemente alterada en presencia de una zona radiolúcida, como resultado de la presencia de un saco quística en expansión.

4) cuando el fragmento axial del diente desvitalizado presenta una fractura horizontal.

5) cuando no se pueda lograr un sellado periapical a causa de las paredes infundibuliformes de ápice de una raíz incompletamente desarrollada.

6) cuando se presenta sobreobturbación excesiva a causa de una mayor cantidad de sellado radicular y la lesión está contigua a dientes adyacentes, lo cual sucede frecuentemente en el área de incisivos inferiores.

7) cuando hay resorción de los extremos radiculares como resultado de una infección crónica de grado moderado.

8) cuando los dientes previamente tratados presentan

patología periapical persistente.

9) cuando hay dientes con postes de oro o con instrumentos quebrados en el conducto radicular que no pueden ser retirados.

10) cuando las curvas agudas del tercio apical del diente no pueden ser franqueadas con instrumentos o es imposible obturar completamente.

11) cuando existe una perforación en la raíz causada por la instrumentación del conducto radicular o por fresa.

12) cuando el tercio apical del conducto radicular está obturado u obstruido y ya no es posible la endodoncia total.

13) cuando un exudado inflamatorio persistente no responde al tratamiento.

1.1.3.6.2. DIENTES CON MAYOR INCIDENCIA DE APISECTOMIA.

Las apicectomías se realizan como ya habíamos mencionado, por varias razones, que también influyen para la incidencia con que se realizan estas cirugías, podemos mencionar que es difícil el acceso para la realización de apicectomía en algunos dientes, por ejemplo los segundos molares superiores, o en los casos en los que intervienen tejidos que pueden ser afectados gravemente, tal es el caso de las raíces que están muy cerca de los senos.

Por estos motivos y otros como podrían ser dientes de difícil acceso incluso para una endodoncia, hemos encontrado que los dientes más frecuentemente involucrados

en este tipo de cirugía son los dientes anteriores superiores.

1.1.3.6.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Está cirugía se realiza con regularidad en ambos sexos, con frecuencia tiene que hacerse por razones iatrogénicas en procedimientos endodónticos, o en casos con patología.

1.1.3.6.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Los pacientes en los que se realiza este tipo de cirugías casi siempre se encuentran entre la segunda y tercera décadas de la vida.

1.1.3.7. DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Los dientes en exceso suelen denominarse dientes - supernumerarios, excepto cuando se consideran elementos de una dentición postpermanente.

Los dientes supernumerarios no erupcionados pueden ocasionar o estar relacionados con procesos patológicos como quistes o neoplasias.

Los dientes supernumerarios se encuentran comunmente entre los incisivos centrales, algunos de los cuales son una causa mecánica de la retención de los permanentes.

1.1.3.7.1. DIENTES INVOLUCRADOS CON MAS FRECUENCIA.

La incidencia de dientes supernumerarios es de 1 % con una proporción del maxilar superior al inferior de 8:1, y de dientes no erupcionados a erupcionados de 5:1. No es rara la presentación bilateral.

Pueden presentarse en las dos denticiones, y al no ser cónicos o rudimentarios tienden a semejarse a los -- dientes normales.

En general los dientes supernumerarios del maxilar superior son rudimentarios y de tamaño y forma anormales, mientras que los del maxilar inferior tienen un aspecto normal, especialmente en la región de los incisivos y los premolares.

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en cualquier punto de los arcos dentarios, pero su localización más frecuente es entre los incisivos medios superio

res en cuyo sitio el diente supernumerario se llama mesio dent, puede aparecer aislado o por pares y ser erupcionado, enclavado, invertido o fundido con un incisivo central, su corona suele tener forma cónica y su raíz es más corta que lo normal; el mesiodiente tiene importancia patológica ya que puede ocasionar un diastema entre los incisivos centrales o una torsoversión de uno o ambos dientes. También pueden fusionarse con uno de los incisivos dando lugar a que el diente sea normalmente ancho y en forma de pala.

La región que sigue en orden de frecuencia para los dientes supernumerarios es la porción distal a los terceros molares, en el maxilar más a menudo que en la mandíbula.

Estos dientes pueden tener un tamaño parecido al de los terceros molares o ser más pequeños; la presencia de los dientes supernumerarios puede impedir la erupción normal de los terceros molares.

Los incisivos laterales superiores y centrales inferiores supernumerarios tienen forma parecida a sus correspondientes normales, pero suelen ser más pequeños que ellos. En casos más raros se encuentran dientes supernumerarios en la región premolar inferior, en la cual muchas veces se parecen a los dientes normales permanentes.

Cuando está afectada la segunda dentición, lo cual es raro, las regiones implicadas más a menudo son las de los incisivos laterales y los caninos superiores. Algunos dientes supernumerales de forma completamente anormal

mal no pueden identificarse con ningún grupo de dientes normales y se llaman accesorios. Pueden brotar en el área bucal o lingual, o entre los dientes permanentes, e incluso en forma de clavija y con raíces curvadas.

Los dientes supernumerarios son probablemente de ó rigen hereditario, siendo su proceso patogénico fundamental una hiperactividad de la lámina dentaria. Sin em bargo no se ha puesto en claro si esta afección es debi da a la formación de un tercer germen dentario o a la división permanente. Debe pensarse en un efecto del ata vismo, ya que la dentición de los primeros hombres contenía 44 dientes, con tres incisivos y cuatro premolares en cada cuadrante.

1.1.3.7.2. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Los dientes supernumerarios se presentan con más frecuencia en el sexo masculino.

Algunos de estos casos, a veces presentan patología asociada.

1.1.3.7.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

La frecuencia en edad con la que se presentan es tos dientes es entre los seis y los diez años, edad en que los niños empiezan a cambiar su dentadura infantil por la de adulto.

1.1.3.8. TORUS MANDIBULARES.

Es una exostosis, se hallan compuestos por hueso cortical denso con cantidades mínimas del núcleo medular. El mucoperiostio que los cubre es muy delgado, como lo es en toda la superficie media mandibular.

Los torus son intervenidos quirúrgicamente cuando:

1.- se agrandan tanto que provocan dificultades en la dicción o en la alimentación.

2.- cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de traumatización y no cicatriza.

3.- para facilitar la confección de prótesis removibles completas o parciales.

La etiología de los torus es desconocida, pero se cree que es una reacción funcional a fuerzas masticatorias.

1.1.3.8.1. LOCALIZACION.

La exostosis puede asentar en la cara interna del maxilar inferior, y es un aumento de volumen uni o bilateral a nivel de los premolares inferiores, que simula la corona de un diente retenido y muchas veces ha sido tomada por tal. El exámen radiográfico elimina la duda. En general, la exostosis no se traduce por ninguna señal radiográfica; en algunos casos se observa en la radiografía una ligera línea cortical que corresponde a la proyección de la periferia del torus..

1.1.3.8.2. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Estos torus se hallan en el 5 % al 10 % de la población adulta, e igualmente distribuidos en ambos sexos.

1.1.3.8.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Los torus se presentan en su mayoría entre la tercera y sexta décadas de la vida.

1.1.3.9. PREMOLARES INCLUIDOS.

La ausencia de los premolares se puede deber a la persistencia del molar temporario o pueden permanecer retenidos y originar un quiste.

La indicación de la extracción del premolar heterotópico puede estar dada por varias razones: la principal es como medida profiláctica para evitar caries en dientes vecinos, o resorciones apicales en estos mismos dientes, retención de alimentos cuando estos premolares se encuentran erupcionados y forman un triangulo creado por los dos premolares y el primer molar, con la consiguiente inflamación de la encía a este nivel.

1.1.3.9.1. LOCALIZACION.

Los dientes retenidos deben identificarse siempre -- por medio de radiografías y clínicamente por no aparecer en la arcada por el lado lingual o palatino, o hacer un relieve de variada proporción, en relación con la variada (mayor o menor) profundidad del diente; por la radiografía se puede diagnosticar el tipo de retención.

1.1.3.9.2. POSICION.

Su posición puede ser:

Lingual

Palatino

Transalveolares

Linguovestibulares

Palatinovestibulares.

1.1.3.9.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Los premolares incluidos de acuerdo a diferentes estudios se presenta con más frecuencia o con una ligera predominancia en el sexo masculino.

El primer premolar se encuentra en un porcentaje de 0.8 % en la mandíbula y el segundo en un 3 % en el maxilar y un 6 % en la mandíbula, según Ries Centeno.

1.1.3.9.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Existe una predominancia de presentación entre los quince y los once años de edad.

1.1.3.0.1. OSTEOMA.

El osteoma es una neoplasia ósea benigna relativamente rara, se presenta en la mandíbula o en la maxila, o en el interior del cuerpo del maxilar (endostio), o en su periferia (periostio); puede estar compuesta de hueso esponjoso o de hueso compacto denso.

Clinicamente puede presentar datos muy poco significativos, ello es incierto sobre todo en los casos de osteoma muy pequeños, situados en el interior de la mandíbula o maxila, por otra parte, los tumores de mayor tamaño y sobre todo aquellos de localización más periférica, suelen observarse como unas prominencias óseas muy bien delimitadas, de contornos lisos y color normal, son indoloras y la historia clínica demuestra una evolución lenta y de larga duración.

Los hallazgos radiográficos suelen ser característicos, pueden y a menudo lo hacen simular enostosis (osteoesclerosis), osteítis condensante y el estadio más avanzado de fibroma osificante, del que no se puede distinguir. Aunque su aspecto radiográfico se parece también al del torus palatino y al torus mandibular, éstos se distinguen por su localización específica.

El osteoma suele encontrarse como una radiopacidad redonda, bien delimitada, de densidad homogénea, a veces sus bordes no son bien definidos, sino difusos, pareciendo confundirse con el hueso normal circundante.

Histológicamente el osteoma está formado por hueso compacto, aunque a veces el hueso es esponjoso.

1.1.3.0.2. QUISTES.

Los maxilares contienen en su médula dos tipos de epitelio: odontogénico y no odontogénico, de acuerdo con - ello se forman en la cavidad bucal dos tipos de quistes. Existe un tercer grupo no revestidos de epitelio o pseudo quistes, clasificados en:

1.- Quistes odontogénicos.

- a) primordial
- b) dentífero
- c) multilocular
- d) radicular
- e) residual

II.- Quistes no odontogénicos.

- a) palatino mediano
- b) alveolar mediano
- c) globulomaxilar
- d) nasopalveolar
- e) mandibular mediano
- f) nasopalatino

III.- Quistes no epiteliales o pseudoquistes.

- a) traumático
- b) cavidad ósea ideopática
- c) hueso aneurismal.

1.2.1. CARACTERIZTICAS ANATOMICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL.

Los tejidos blandos de la cavidad oral son: labios, lengua, carrillos, encía, paladar duro y blando, mucosas en general y frenillos.

La cavidad bucal es un espacio irregular situado en la parte inferior de la cara, abierto hacia adelante mediante el orificio bucal y en comunicaci3n posterior con el istmo de las fauces.

Los arcos gingivodentarios la dividen en dos porciones: una periférica o vestibulo de la boca, limitada exteriormente por los labios y las mejillas, y otra central o cavidad bucal propiamente dicha, con los labios en contacto, ambas porciones se comunican a través de los espacios interdentarios y una hendidura estrecha comprendida entre el borde anterior de la rama ascendente, el ligamento pterigomaxilar y los últimos molares.

Los tejidos blandos de la boca constituyen seis paredes:

1.- Pared anterior: labios, divididos en:

- a) cara anterior
- b) cara posterior
- c) borde adherente
- d) borde libre
- e) la unión de los dos labios por sus extremos

2.- Paredes laterales: carrillos, divididos en:

- a) cara externa
- b) cara interna
- c) bordes

- 3.- Bóveda palatina
- 4.- Pared inferior: piso de la boca
- 5.- Pared posterior: velo del paladar
- 6.- Región gingivodentaria.

1.2.2. CARACTERIZTICAS FISIOLÓGICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL.

La cavidad bucal como primera parte del aparato digestivo, cumple con varias funciones, es la vía de entrada y al mismo tiempo el lugar de masticación de los alimentos, contiene los órganos del gusto; en su interior se encuentra el líquido salival que lubrica los alimentos, facilita la deglución contiene enzimas que inician la digestión.

La mucosa, capa de tejido destinada al investimento de cualquier cavidad corporal que comunique al exterior, cubre enteramente la boca, exceptuando los dientes, proporcionando le protección y le dá características funcionales específicas a cada órgano, de acuerdo a la estructura histológica de que están conformados, es decir, la estructura morfológica de la mucosa, y varía en las diferentes zonas de la cavidad bucal.

La mucosa está adherida a estructuras subyacentes por una capa de tejido conjuntivo, y está constituida por dos capas: el epitelio superficial y el corión o lámina propia.

Los tejidos blandos de la cavidad bucal pueden clasificarse en tres grupos, de acuerdo a la función que desempeña cada elemento por medio de la mucosa que le compone:

- 1.- Función masticatoria:

a) encía

b) mucosa del paladar duro

2.- Mucosa de revestimiento:

a) labios y carrillos

b) piso de la boca

c) paladar blando

3.- Mucosa especializada:

a) lengua

b) glándulas salivales

I glándulas salivales mayores:

parótida

submaxilar

sublingual

II glándulas salivales menores.

1.2.3. GENERALIDADES DE LAS ALTERACIONES PATOLOGICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN LA CAVIDAD BUCAL.

Las lesiones que con mayor frecuencia se encuentran en los tejidos blandos de la boca son las que se describen a continuación de una forma general, para que al igual que en los tejidos duros, exista una referencia comparativa para la parte estadística del presente trabajo:

1) Fibromas.- comprende cerca del 7.5 % de todas las biopsias y constituye el crecimiento tumoral más común en la cavidad bucal.

Puede ser el resultado de una irritación local; se presenta como una lesión elevada, pedunculada o sésil, habitualmente con el color normal de la mucosa, o más pálida. Se presenta con mayor frecuencia en la lengua, mucosa bucal y los labios.

2) Papiloma.- es una neoplasia epitelial benigna -- que comprende cerca del 25 % de las biopsias bucales.

Puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal. Su localización más frecuente es en: labios, lengua, paladar y úvula; los pacientes pueden ser de cualquier edad, sexo y raza. Clínicamente es un crecimiento pedunculado con forma de coliflor y de color blanco. Están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y con núcleo de tejido conectivo laxo.

3) Mucocele.- es un quiste que aparece en las regiones de glándulas salivales de la mucosa bucal y comprende el 2.8 % de las biopsias orales. Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente

elevada, traslúcida y azulada; se produce en cualquier parte de la cavidad bucal, excepto en la mitad anterior del velo del paladar, los labios y la lengua son los lugares preferidos. Microscópicamente la lesión es una cavidad quística llana de material homogéneo llamado mucus.

4) Ránula.- Es una tumoración grande del piso de la boca, de consistencia blanda y llena de mucus. Microscópicamente es igual al mucocelo, salvo que está asociada con glándulas de mayor tamaño. Se produce como defecto del conducto de Warthon o el de Bartholini.

5) Lipoma.- Es una neoplasia rara de la cavidad bucal, se presenta por lo general en las mejillas, donde forma una masa blanca bastante definida. El tumor puede ser pedunculada o sumergida. Microscópicamente se relevan células adiposas normales, dispuestas en lóbulos y de crecimiento lento.

6) Nevo.- Son lesiones en la piel que ocasionalmente aparecen en la mucosa bucal; pueden aparecer en cualquier edad, en ambos sexos. Clínicamente se trata de lesiones elevadas o circunscritas, por lo general pigmentadas y de larga duración. El paladar constituye el lugar preferente para su aparición, siguiéndole encías, mejillas y labios. El nevo azul es el tipo que puede sufrir una transformación maligna.

1.2.3.1. FRENILECTOMIAS.

El procedimiento quirúrgico efectuado con el objeto de eliminar el tejido fibroclástico que conforma cada frenillo en la boca, cuando éste se encuentra ocasionando trastornos diversos, tales como :

- a) diastema de incisivos centrales
- b) mal posición dentaria
- c) dislalia
- d) dificultad para deglutir, etc.

se le llama frenilectomía.

Normalmente éste tipo de operación se realiza en sujetos en edad temprana, pues es cuando comienzan a notarse las alteraciones producidas por un frenillo, y es precisamente en la etapa de erupción de incisivos y caninos.

Más adelante mencionaremos cuando es conveniente la intervención quirúrgica a fin de corregir patologías que se harían más severas al paso del tiempo.

1.1.3.1.1. LOCALIZACION.

Los frenillos linguales, los labiales superiores e inferiores, son los que se intervienen quirúrgicamente con más frecuencia. El frenillo lingual ocasiona dislalia como los labiales.

Frenillo lingual anormal.- algunas veces al examinar un niño se encuentran frenillos cortos. El frenillo lingual une a la lengua con el piso de la boca, de tal manera que le impide moverse hacia arriba para hacer contacto con el paladar duro, tal impedimento puede afectar el ha-

bla y la deglución, y aún más el frenillo puede resultar lastimado al contacto con los incisivos inferiores, produciendo ulceraciones. A pesar de ésto muchos frenillos son eliminados innecesariamente, y el Cirujano Dentista debe vacilar antes de prometer una mejoría en la forma de hablar del niño.

Frenillo labial superior.- un frenillo anormalmente largo del labio superior puede asociarse con diastema entre incisivos centrales primarios o permanentes en erupción o ya erupcionados. El espacio entre los centrales primarios superiores es común y normal, debido al crecimiento del segmento anterior del maxilar, y no debe causar preocupación; además la separación de los centrales permanentes en erupción o ya erupcionados puede ser normal antes que los incisivos laterales y caninos hayan erupcionado, por lo que debe valorarse bien la cirugía de estos frenillos.

1.2.3.2. LEGRADOS PARODONTALES.

La técnica quirúrgica de raspado y curetaje es el procedimiento más común para la eliminación de las bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad gingival. Consiste en el raspado para eliminar cálculos, placa y otros depósitos, el aislado de la raíz para eliminar la substancia ósea necrótica y el curetaje de la pared gingival de las bolsas periodontales para desprender el tejido blando enfermo.

El raspado y curetaje se realizan en una zona limitada, debe ser suave y minucioso para evitar el mínimo trauma a los tejidos infectados y a la superficie dentaria. Sus indicaciones son las siguientes:

a) Eliminación de las bolsas supraóseas en las cuales la profundidad de la bolsa es tal, que los cálculos están sobre la raíz y se puede examinar por completo mediante la separación de la pared de la bolsa; si la pared de la bolsa es firme y fibrosa en vez de flácida y edematosa, se precisa el tratamiento quirúrgico para eliminar la bolsa (gingivectomía), sea cual sea la profundidad de la bolsa.

b) En la mayoría de las gingivitis, exceptuando la hiperplasia gingival.

c) El raspado y curetaje también es una técnica para el tratamiento de las bolsas infraóseas.

El propósito del raspado es quitar la placa dentaria los cálculos y pigmentaciones, y así eliminar los factores que provocan la inflamación, sin embargo no es sufi-

ciente eliminar los cálculos, también se debe alisar la raíz mediante el procedimiento de aislamiento radicular.

El curetaje consiste en la remoción del tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales. El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánicas y fagocitos, además de eliminar el revestimiento epitelial de la bolsa parodontal, el curetaje suprime una barrera a la reinserción del ligamento periodontal en la superficie radicular.

Si hay duda de que una bolsa parodontal puede ser eliminada mediante raspado y curetaje, la duda indica la necesidad de la gingivectomía; el resultado estético es el mismo en ambas técnicas, y el objetivo común es la eliminación de las bolsas.

1.2.3.3. GINGIVECTOMIA-GINGIVOPLASTIA.

La gingivectomía consiste en la excisión de la pared lateral de una bolsa paradontal; el raspaje es el aislamiento de la superficie radicular expuesta y el recubrimiento de la herida con un aposito quirúrgico.

Para que una gingivectomía esté indicada deben darse las siguientes circunstancias:

- a) suficiente encía insertada para la excisión de la pared de la bolsa, de modo que deje una banda funcionalmente adecuada.
- b) existencia de bolsa supraósea
- c) la morfología ósea subyacente no debe exigir remodelado quirúrgico.

La gingivectomía elimina las bolsas y corrige las deformaciones gingivales. Antes de llevar a cabo la fase quirúrgica deben seguirse los pasos que a continuación se mencionan:

- 1) facilitar el grado máximo de contracción de la bolsa, o incluso su posible eliminación.
- 2) proporcionar un periodo educativo durante el cual pueda enseñarse la técnica de higiene oral.
- 3) reducir en la medida posible la inflamación activa.
- 4) reducir la intensidad de la hemorragia por inflamación en el momento de la operación.
- 5) eliminar en la medida posible, los factores irritantes locales antes de crear una herida abierta.
- 6) proporcionar un período para evaluar la respuesta vital del huésped, al tratamiento periodontal limitado.

El paso final de la gingivectomía consiste en biselar o contornear el márgen coronario de la encía, de manera que se le proporcione forma más fisiológica y espesor marginal adecuado para poder llevar a cabo las técnicas de higiene adecuadas.

Gingivoplastia.- tiene como finalidad el remodelado de la encía a fin de obtener un contorno gingival adecuado, el biselado de la insición en la gingivectomía tiene una finalidad plástica; cuando la intervención se hace en ausencia de bolsas se le llama gingivoplastia.

Está indicada para la corrección de cráteres y deformaciones gingivales que pueden ser de diversa etiología. La gingivectomía puede ser necesaria donde los tejidos están duros y fibrosos, pero donde los tejidos se encuentran hiperémicos, en ocasiones es suficiente el uso de apósitos quirúrgicos, o por medio de cauterización química con hidróxido de potasio.

1.2.3.3.1. LOCALIZACION.

La presencia de enfermedad gingival, cualquiera que sea su origen, puede manifestarse en la boca afectando la cara de un solo diente, varias caras del mismo o varios dientes, o bien estar presente en la totalidad de ellos, por lo que se dice que la afección puede ser local o general.

La bolsa periodontal es una manifestación clínica de la enfermedad parodontal y no solo gingival, ya que no involucra solo a la encía, sino a todas las estructu-

turas relacionadas en el area.

Así las bolsas periodontales se clasifican de diversas formas:

A) Por su morfología y su relación con estructuras adyacentes, en :

1.- bolsa gingival (relativa) formada por el agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes.

2.- bolsa periodontal (absoluta) que se produce en la enfermedad periodontal; la encía enferma y el surco se profundiza, hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte. Este tipo de bolsa se clasifica a su vez en:

a) bolsa supraósea o supracrestal en la cual el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente.

b) bolsa infraósea (intraósea, subcrestal e intraalveolar) en la cual el fondo de la bolsa es apical a nivel del hueso alveolar adyacente.

B) Por el número de caras dentarias afectadas:

1.- simple que afecta 2 caras del diente o más, la base de las bolsas esta en comunicación directa con el margen gingival o superficie del diente.

2.- compleja donde hay una bolsa espirilada que nace en una superficie dentaria y dá vueltas alrededor del diente y afecta una cara adicional o más.

La caracteriztica de la bolsa determina en buena parte el tratamiento de elección: gingivectomía o legrado parodontal.

1.2.3.3.2. ETIOPATOGENIA DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.

El avance progresivo de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación dentaria; las bolsas son originadas por irritantes locales que producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundización del surco gingival, lo que puede ocurrir por:

1.- el movimiento del margen gingival en dirección a la corona, la profundización del surco aumenta por el incremento de volumen de la encía, sin destrucción de tejidos periodontales.

2.- la migración apical de la adherencia epitelial y su separación de la superficie dentaria.

3.- lo que sucede comunmente, la combinación de ambos.

A continuación se mencionan algunas de las teorías relacionadas con la patogenia de las bolsas periodontales:

a) los primeros cambios en la formación de bolsa se producen en el cemento.

b) estimulación de la adherencia epitelial por la inflamación y no destrucción de las fibras gingivales, es el requisito previo para el comienzo de una bolsa periodontal.

c) la destrucción de las fibras gingivales.

d) la destrucción patológica de la adherencia epitelial por infección o trauma, es el cambio histológico inicial.

e) la bolsa periodontal se regenera por invasión bacteriana en la base del surco, o absorción de toxinas bacterianas a través del tapiz epitelial del surco.

f) la formación de la bolsa comienza en un defecto de la pared del surco.

g) la proliferación del epitelio de la pared lateral, y no la del epitelio de la base del surco es el primer cambio en la formación.

h) formación de la bolsa periodontal en dos estadios:

1.-proliferación del epitelio de la adherencia

2.-pérdida de las capas superficiales del epitelio proliferado.

i) la inflamación es el primer cambio en la formación de la bolsa.

j) la proliferación del epitelio patológico es secundario a cambios degenerativos no inflamatorios del ligamento periodontal.

1.2.3.3.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Según la bibliografía consultada, se ha demostrado que la gingivectomía se presenta casi en las mismas frecuencias, habiendo una ligera predominancia en el sexo femenino, ya que por su etiología la mujer está expuesta a este tipo de patología en mayor número de condiciones que el hombre.

1.2.3.3.4. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Un alto índice de este tipo de cirugías se realiza entre los quince y los treinta años de edad.

1.2.3.4. ELIMINACION DE DOBLE LABIO.

La presentación de un doble labio o macroqueilia es el crecimiento anormal e hipertrófico del labio, se le divide en:

A.- Aguda: causada por traumatismos, infección aguda, edema angioneurótico y picaduras de insectos.

B.- Crónica: que puede ser causada por linfangiectasia, hemangioma, linfangitis queilitide, hábitos de succión del labio, o enfermedades sistémicas entre las que podemos encontrar mixedema, cretinismo, acromegalia, sífilis, tuberculosis, lepra, infecciones estreptococicas crónicas, etc., a veces acompaña a la parálisis facial.

Macroquilia congénita.- el crecimiento excesivo del labio es común en algunas razas; los linfangiomas, hemangiomas y linfangiectasias labiales se observan ya sea en el momento del nacimiento o en cualquier época de la vida

El hábito de succión de dedo estimula las glándulas labiales, lo que provoca su hiperplasia progresiva.

Bajo el hábito de Meirkeron Rosenthal se ha descrito un conjunto de alteraciones consistentes en paresia del nervio facial, queilitis granulomatosa, edema de la cara y macroquilia.

Las formas no neoplásicas de macroqueilia requieren del control del factor determinante, antes de intentar el tratamiento definitivo, como sería la cirugía. Debe hacerse o se recomienda la biopsia para la confirmación histopatológica del proceso.

En las macroquillas congénitas y raciales, en el te

jido celular subcutáneo se ve tejido muscular esquelético normal y aumento de las glándulas mucosas.

El doble labio propiamente dicho es un pliegue adicional situado en la mucosa del labio y es fácilmente observable.

1.2.3.4.1. LOCALIZACION.

Ocurre más comunmente en el labio superior, aunque también se ha encontrado en el labio inferior; el segundo tipo es causado posiblemente por la succión constante ejercida sobre la mucosa labial, situada entre los labios y los dientes.

Clínicamente el labio se nota algo lleno cuando está en relajación, pero se ve tenso y evidentemente doble cuando se retrae un poco.

1.1.3.4.2. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

La mayor parte de los casos de doble labio se han encontrado en el sexo femenino y en las personas de raza negra.

1.2.3.4.3. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Esta cirugía se realiza de la segunda a la cuarta de cada de la vida, sin olvidar que su presentación puede variar, desde el nacimiento hasta el desarrollo del labio por hábitos malos y otras características antes mencionadas.

1.2.3.5. PATOLOGIA ONCOLOGICA DE TEJIDOS BLANDOS.

Obtuvimos datos de un artículo del C.D. Joaquín Urbizo publicado en la revista Odontólogo Moderno de feb/mar/ 81 titulado "Patología Neoplásica en Cavidad Bucal" en el que fué revisado un total de 2764 informes anatómicos patológicos, de los cuales 343 correspondieron a neoplasias bucales.

Del total de neoplasias 280 fueron benignas y 63 malignas. Dentro de las benignas revisadas 58.92 % correspondió a tumores mesodérmicos de tejidos blandos; el 29.28 % a tumores de epitelio escamoso; 6.78 % de epitelio glandular y 4.28 % odontogénas.

De las afecciones neoplásicas malignas el 79.36 % correspondió a tumores de epitelio escamoso; 14.28 % de tejido glandular, 3.17 % neoplasias malignas mesodérmicas de tejidos blandos y 3.17 % en tejido óseo.

De los tumores benignos se presentó con más frecuencia el fibroma (81.92 %) y fué más común entre los 40 y 60 años de edad, su ubicación preferente fueron los carrillos, la encía y el paladar duro.

En cuanto a las afecciones malignas, el carcinoma espinocelular ocupó el primer lugar (96 %) y fué más frecuente en el sexo masculino; el sitio de predilección fueron: la encía, el labio superior y la lengua.

1.2.3.5.1. FIBROMAS.

Los fibromas de los maxilares son tumores relativamente raros, sobre todo su especie central. Según esta distica presentada por Rousseau-Decelle y Raison, los fi bromas ocupan el 3 % de las neoplasias.

Son tumores benignos a pesar de que algunos autores citan recidivas de tales tumores en formas malignas.

Toman dos aspectos:

a) los fibromas centrales

b) los fibromas periféricos

Éste último constituye los tumores denominados epulis, y son sumamente frecuentes.

1.2.3.5.2. LOCALIZACION.

En cuanto a los fibromas centrales y periféricos he mos de mencionar que dicha clasificación corresponde más bien a sus características histológicas, según sea la su premacia de un tejido sobre otro.

Los fibromas periféricos son denominados también co mo epulis, que significa "tumor de encías", estos fibro- mas pueden asentar en otra parte de la cavidad bucal y no entran en la clasificación de epulis, tal es el caso citado por Mead de un fibroma ubicado en la bóveda pala- tina.

Los fibromas centrales también son designados de -- distintas maneras: Thoma coincidiendo con Furedi les da el nombre de fibroosteoma, en cambio Themister y Grimson los clasifican como osteomas fibrosos.

Se localizan con mayor frecuencia en el maxilar su-

perior y por lo general hacia la cara vestibular, aunque los linguales o palatinos no son excepcionales.

1.2.3.5.3. ETIOLOGIA.

Stepinsky, Gruent, Ritter, Conetoux han considerado que ciertas causas locales como gingivitis, caries cervical, tártaro, erupción del tercer molar o aparatos protésicos originan estos procesos. Weise dá un caso de etiología una mortificación pulpar vecina. Bard y Decsir consideran causas microbianas, se ha encontrado gran relación entre epulis y paradentosis.

La infección del epitelio del rodete gingival sería el punto de partida del tumor.

En cuanto a la patogenia Delater y Bercher sostienen su teoría de que los epulis se originan de un mismo mecanismo patogénico, que después de una excitación epitelial interesa todos los componentes histológicos. La variedad de los tejidos que forman el tumor es debido solamente a la actividad mayor de tal o cual elemento histológico. Para dichos autores tal excitación es microbiana y puede tener un punto de iniciación en el epitelio interno del rodete gingival o en los restos paradentarios.

1.2.3.5.4. EXAMEN HISTOPATOLOGICO.

Continuando con la clasificación de fibromas centrales y periféricos se puede decir que los primeros histológicamente se encuentran rodeados de una cápsula conjuntiva y hueso periférico, solo se exteriorizan cuando vencen

la resistencia de la tabla ósea externa, así pueden infectarse. La punción exploradora que no logra extraer líquido y la biopsia contribuyen al diagnóstico.

En los casos en los que el tumor no está formado por tejido fibroso puro, durante la extirpación es necesario irradiarse a la región asiente de la neoplásia.

En el caso de los fibromas periféricos en realidad - el término epulis no preguza nada acerca de la histología del tumor. Un epulis puede estar constituido por tejido fibroso puro, o combinado con tejidos vasculares (angiobfibroma) o bien formado por otros tejidos: los epulis granulomatosos y los epulis de células gigantes.

1.2.3.5.5. FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO.

Se puede afirmar que los fibromas en general se presentan más en la mujer que en el hombre.

Ries Centeno cita una estadística en relación de 5 - mujeres por tres hombres.

El embarazo es una causa predisponente y un motivo de desarrollo.

1.2.3.5.6. FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD.

Los fibromas se desarrollan en la edad juvenil, aunque los epulis se desarrollan en cualquier edad. O bien - pueden ser congénitos, como los casos de Gore, Newman y Schorr; niños de 3 a 12 años. Ries Centeno menciona casos en pacientes de 70 u 80 años.

1.2.3.7. OTRAS PATOLOGIAS ONCOLOGICAS Y SUS GENERALIDADES

Los tumores originados en el epitelio superficial -- de la cavidad bucal se consideran como tales, por presentar clínica y microscópicamente como neoformaciones a -- consecuencia de una multiplicación excesiva de las células -- las epiteliales superficiales.

El diagnóstico correcto de una lesión neoplásica, -- depende en gran parte del uso de recursos técnicos comunes al alcance del Odontólogo, dichos recursos son por -- ejemplo la toma de biopsias y la citología exfoliativa.

La biopsia es la extracción quirúrgica de un frag-- mento de tejido del cuerpo para examinarlo bajo el mi-- croscopio y ayudar al establecimiento de un diagnóstico preciso. La muestra de tejido suele estar constituida -- tanto por tejido enfermo como normal adyacente para establecer comparaciones.

Citología exfoliativa es el proceso de desprendi-- miento de células por medio del raspado de la superficie de la lesión y exámen microscópico en busca de células -- anormales.

En los siguientes puntos explicaremos las caracte-- rísticas de algunas neoplasias orales comunes que por lo general no son de naturaleza maligna, pero que exigen un tratamiento de cirugía excisional.

1.2.3.7.2. MUCOCELE.

Quiste mucoso, submucoso, fenómeno de retención mucosa.- el mucocele es muy frecuente, se presenta en ambos sexos, con igual incidencia en todas las edades.

Se debe a una separación traumática como en la mordedura o corte de los labios, es la responsable de la colección de líquido dentro de los espacios quísticos, produciéndose así un fenómeno de retención mucosa.

El mucocele puede localizarse en casi todos los lugares de la boca, pero con más frecuencia en la mucosa del labio inferior; otras localizaciones se dan en la mucosa del paladar, parte ventral de la lengua y piso de la boca.

Las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad, son masas prominentes de superficie lisa de color azul o rojizo parecidas a ampollas. Su tamaño varía desde 1 o 2 mm hasta 1 cm. o más de diametro. El mucocele suele ser único, sin embargo, se pueden encontrar 2 o más, próximos uno al otro (semejando un racimo de uvas).

Los mucocelos más profundos no se reconocen fácilmente debido al engrosamiento de tejido que lo recubren; se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal, a la palpación es una masa dura, muy móvil y por ello puede confundirse el quiste con una neoplasia benigna.

El diagnóstico definitivo se obtiene mediante una punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso, de color pajizo.

1.2.3.7.3. OPERCULECTOMIAS E HIPERPLASIA GINGIVAL

Un opérculo es un tejido nuevo que crece en determinada región de la mucosa gingival, estos tejidos pueden causar molestias, infecciones e inflamaciones, pueden ser traumatizados por un diente antagonista o interferir en la preparación y obturación de un diente, se presentan con mayor frecuencia en los primeros y terceros molares.

El tejido suelto que se encuentra detrás del molar afectado está propenso a la infección, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes y sobre todo durante los estados de tensión emocional.

Debe usarse terapia antibiotica que habitualmente eliminará la infección y sus síntomas dolorosos, pero este alivio puede ser temporal; si la condición persiste o recidiva, es necesario eliminar el opérculo quirúrgicamente.

La operculectomía es la técnica quirúrgica por medio de la cual se elimina el tejido excedente no funcional llamado opérculo, y consiste en dejar libres las caras oclusales y proximales del diente cubierto.

Hiperplasia gingival.- se refiere al aumento de tamaño de los tejidos o un organo, producido por el aumento de sus componentes tisulares celulares.

La hiperplasia gingival puede ser de diferentes tipos: como irritación local o sobreagregada al tratamiento por Dilantin.

El agrandamiento gingival provocado por Difenil Idantoinato de Sodio aparece en algunos pacientes que ingie--

ren la droga. La frecuencia registrada varía de 3 a 62 % y es mayor en pacientes jóvenes.

Su aparición y severidad no se relacionan necesariamente con la dosis o duración del tratamiento con la droga.

Existe otro tipo de agrandamiento hiperplásico ideopático hereditario o familiar. Es una lesión rara de etiología indeterminada que ha sido designada como elefantiasis gingivostomática, fibroma difuso, elefantiasis familiar, fibromatosis ideopática, fibromatosis gingival hereditaria y fibromatosis familiar congénita.

Hay un aumento del tejido conectivo, relativamente avascular y se compone de haces de colágenos densos y numerosos fibroblastos. El epitelio superficial está ensanchado y hay acantosis, con brotes alargados.

Es preciso establecer la diferencia entre hiperplasia gingival difusa y la deformación abultada del contorno de los maxilares correspondientes a una maloclusión acentuada.

Otros tipos de agrandamiento gingival pueden ser el combinado, el del embarazo, este tipo de hiperplasia desparece al término de embarazo.

1.1.3.0. OTROS CASOS Y SUS GENERALIDADES.

La presente investigación bibliográfica hasta el momento se ha llevado de una manera concreta y hemos encontrado que cada uno de los puntos antes mencionado son fáciles de descubrir durante los procedimientos diagnósticos, debido en parte a la alta frecuencia con que se presentan. Sin embargo la cavidad oral presenta un sin número de alteraciones patológicas que es preciso dilucidar mediante un amplio criterio y con conocimiento de estas patologías.

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos, en la actualidad el Cirujano Dentista no solo es una persona dedicada a "sacar muelas", debe ser algo más, debe comprobar signos y síntomas para definir la entidad patológica que afecta al paciente.

Pero además y tal vez sea lo más importante para excluir la mala información, los pacientes nos dan información errónea por varias razones; tienen miedo a enfrentarse con el diagnóstico de una enfermedad real o fatal, pueden pertenecer a un grupo de personas que solo fingen tener una enfermedad.

Al hacer una historia clínica el Cirujano Dentista deberá hacer todas las preguntas que estén a su alcance para definir la naturaleza y duración de la molestia más importante.

Es necesario darse cuenta de que todos los síntomas son subjetivos, para valorar la naturaleza de tales síntomas es por lo general, más fácil disponer de un vo

cabulario y ofrecerlo al paciente para que describa sus síntomas y así poder llegar a un diagnóstico definitivo.

Existen lesiones bucales que no dan manifestaciones clínicas y que el paciente descubre por accidente o manifestaciones referidas. Entre las entidades patológicas más representativas en ésta investigación mencionaremos solo tres: osteoma, quistes y anquilosis dentaria.

respecto otras cirugías en tejidos blandos, se presentaron muy pocos datos por lo que no pudimos hacer un estudio estadístico representativo, y solo mencionaremos las cirugías realizadas. Dichas cirugías están incluidas en las gráficas iniciales, y éstas contienen datos generales del presente estudio.

2.3.3. GINGIVECTOMIA-GINGIVOPLASTIA.

Número de casos- 3

Sexo- femenino (los 3 casos)

Localización- 2 en la zona anterior superior

1 en la zona anterior inferior

Edad- 2 casos en pacientes de 29 y otro 36 años.

2.3.4. ELIMINACION DE DOBLE LABIO.

Número de casos- 3

Sexo- femenino (los tres casos)

Localización- todos en el labio superior

Edad- 2 en pacientes de 36 años y otro de 40.

2.3.5. FIBROMA

Ver gráfica 23 A.

2.3.6. QUISTES.

Número de casos- 2

Sexo- masculino

Localización- línea media mandibular

zona de molares inferior izquierda.

Edad- 15 y 21 años.

2.3.7. OTROS CASOS.

Operculectomía

Sexo- masculino

Edad- 8 años

Localización- incisivo central superior izquierdo

Mucocele .

Sexo- masculino

Edad- 18 años

Localización- labio inferior

Papiloma

Sexo- femenino

Edad- 39 años

Localización- tercio anterior anterior de la lengua

Nevo

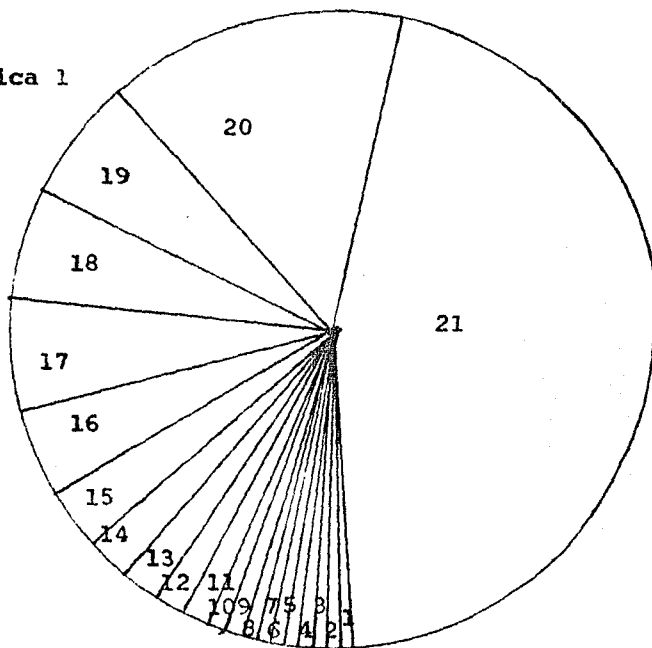
Sexo- femenino

Edad- 39 años

Localización- carrillo izquierdo.

2.1. INCIDENCIA DE CIRUGIAS EFECTUADAS EN TEJIDOS DUROS Y BLANDOS, ENTRE ABRIL DE 1982 Y MARZO DE 1983.

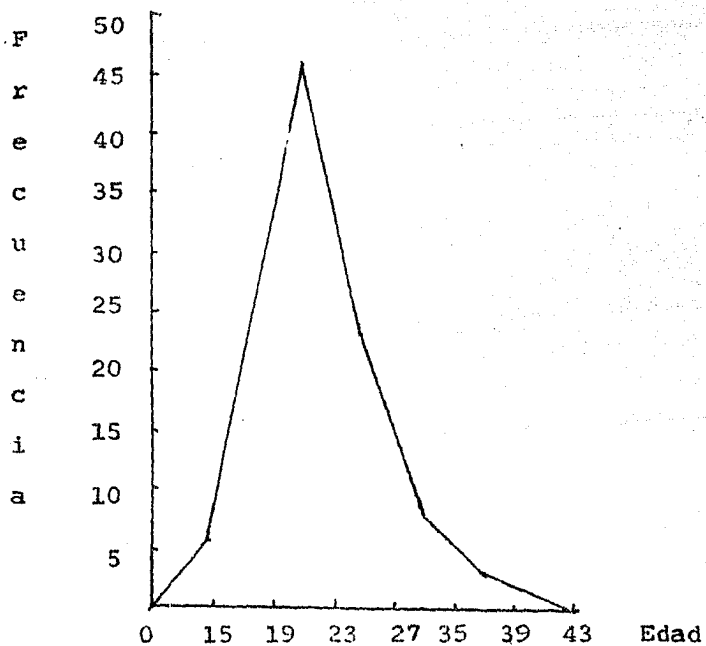
Gráfica 1



- | | |
|---------------------------------|---|
| 1.- Anquilosis 0.29 % | 13.- Fibromas 2.3 % |
| 2.- Osteoma 0.29 % | 14.- Apicectomías 2.9 % |
| 3.- Nevo 0.29 % | 15.- Leg. parodontales 4.1 % |
| 4.- Papiloma 0.29 % | 16.- Reg. de proceso 4.3 % |
| 5.- Mucoccele 0.29 % | 17.- Frenilectomías 5.8 % |
| 6.- Operculectomías 0.29 % | 18.- Caninos incluidos 5.8 % |
| 7.- Quistes 0.58 % | 19.- Ext. multiples 6.45 % |
| 8.- Doble labio 0.87 % | 20.- 3 ^{os} molares superiores 14.36 % |
| 9.- Gingivectomías 0.87 % | 21.- 3 ^{os} molares inferiores 45.45 % |
| 10.- Supernumerarios 1.1 % | |
| 11.- Premolares incluidos 1.4 % | |
| 12.- Torus mandibulares 1.4 % | |

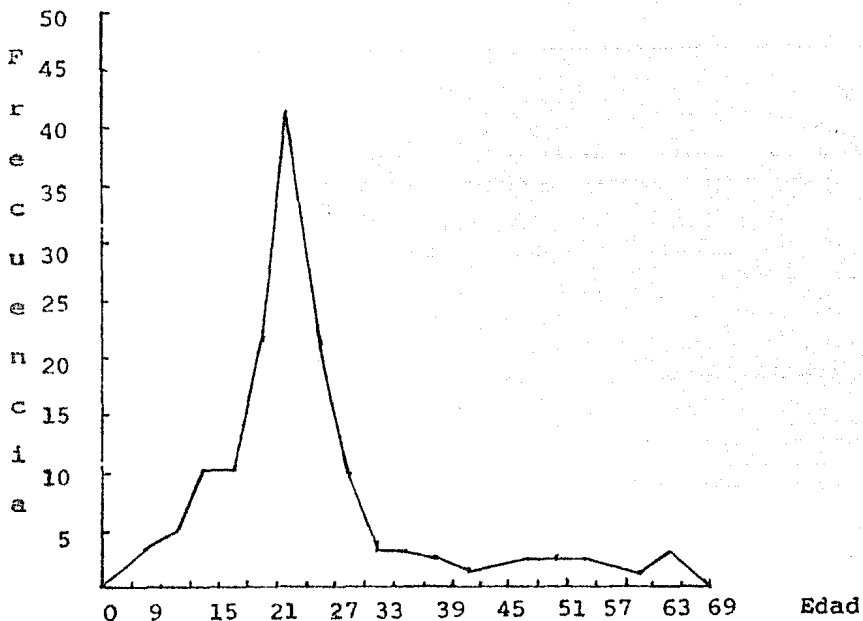
FRECUENCIA DE CIRUGIAS PRESENTADAS EN EL SEXO FEMENINO
(SUPERIOR E INFERIOR)

Gráfica 1 A



2.1. FRECUENCIA DE CIRUGIAS EN GRAL. EN EL SEXO MASCULINO.

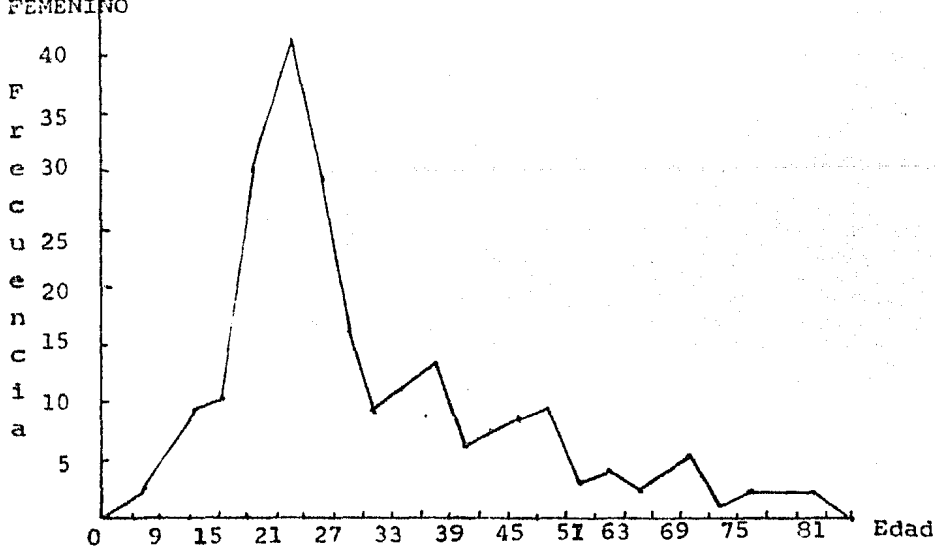
Gráfica 1 B



FRECUENCIA DE CIRUGIAS EN GRAL. PRESENTADAS EN EL SEXO

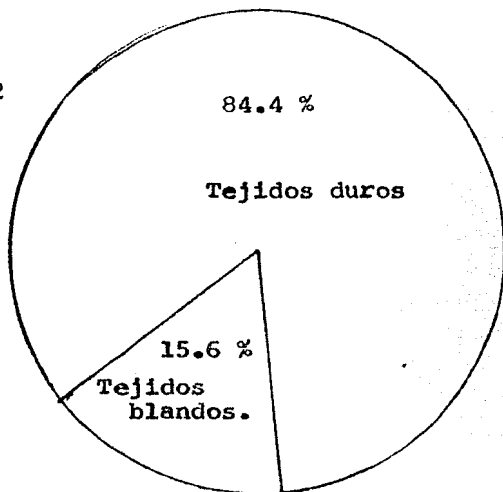
FEMENINO

Gráfica 1 C



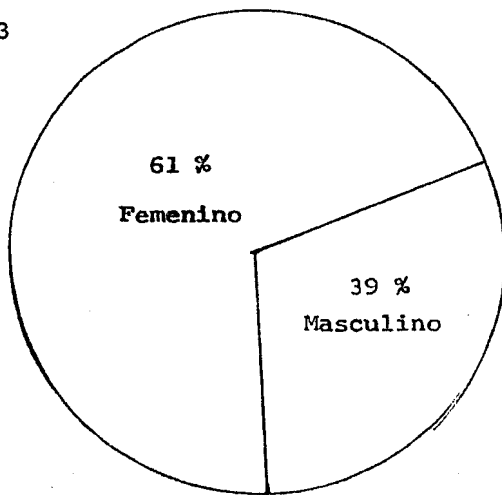
2.1.1. INCIDENCIA DE CASOS QUIRURGICOS: TEJIDOS DUROS Y BLANDOS. CORRESPONDEN A 341 CASOS EN TOTAL.

Gráfica 2



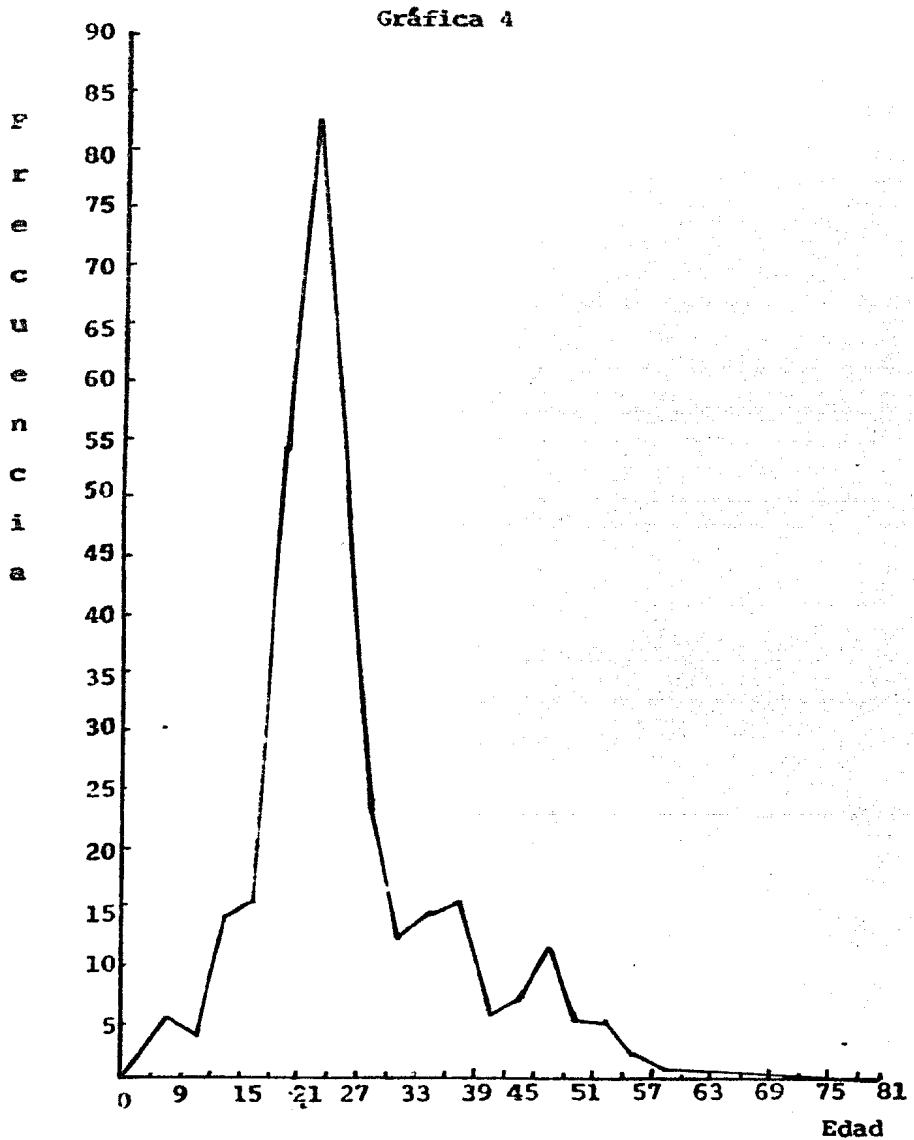
INCIDENCIA DE CASOS QUIRURGICOS DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 3



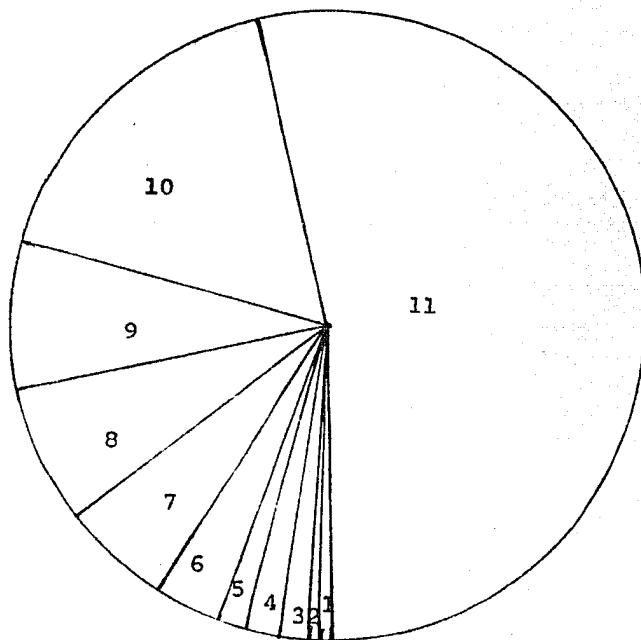
INCIDENCIA POR EDAD.

INCIDENCIA DE CIRUGIAS, TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE ACUERDO A LA EDAD.



2.2. INCIDENCIA DE CIRUGIAS EN TEJIDOS DUROS.

Gráfica 5

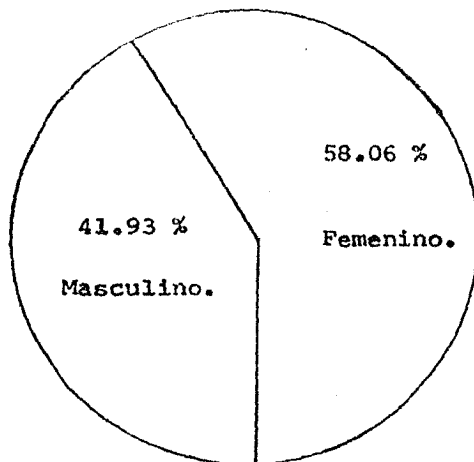


- 1.- Anquilosis 0.34 %
- 2.- Osteoma 0.34 %
- 3.- Supernumerarios 1.38 %
- 4.- Premolares incluidos 1.73 %
- 5.- Torus mandibulares 1.73 %
- 6.- Apicectomías 3.4 %
- 7.- Regularización de proceso 5.2 %
- 8.- Caninos incluidos 6.94 %
- 9.- Ext. multiples 7.63 %
- 10.- 30s molares sup. 17.01 %
- 11.- 30s molares inf. 53.81 %

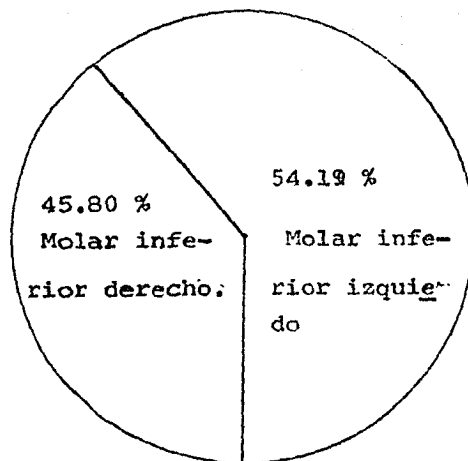
2.2.1. TERCEROS MOLARES INFERIORES.

INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO, TERCER MOLAR INFERIOR.

Gráfica 6



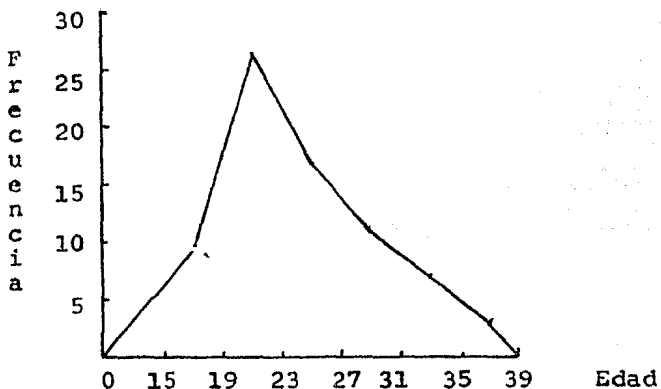
Gráfica 6 A



2.2.1. TERCEROS MOLARES INFERIORES.

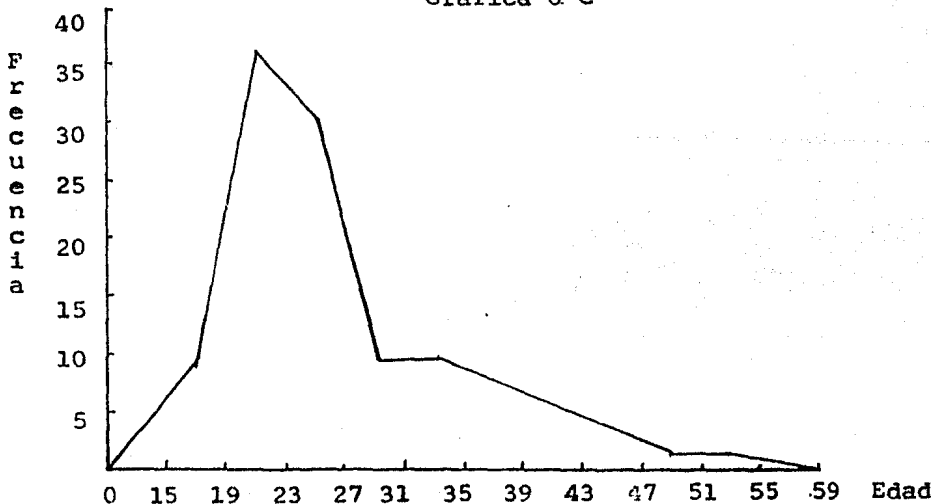
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.

Gráfica 6 B



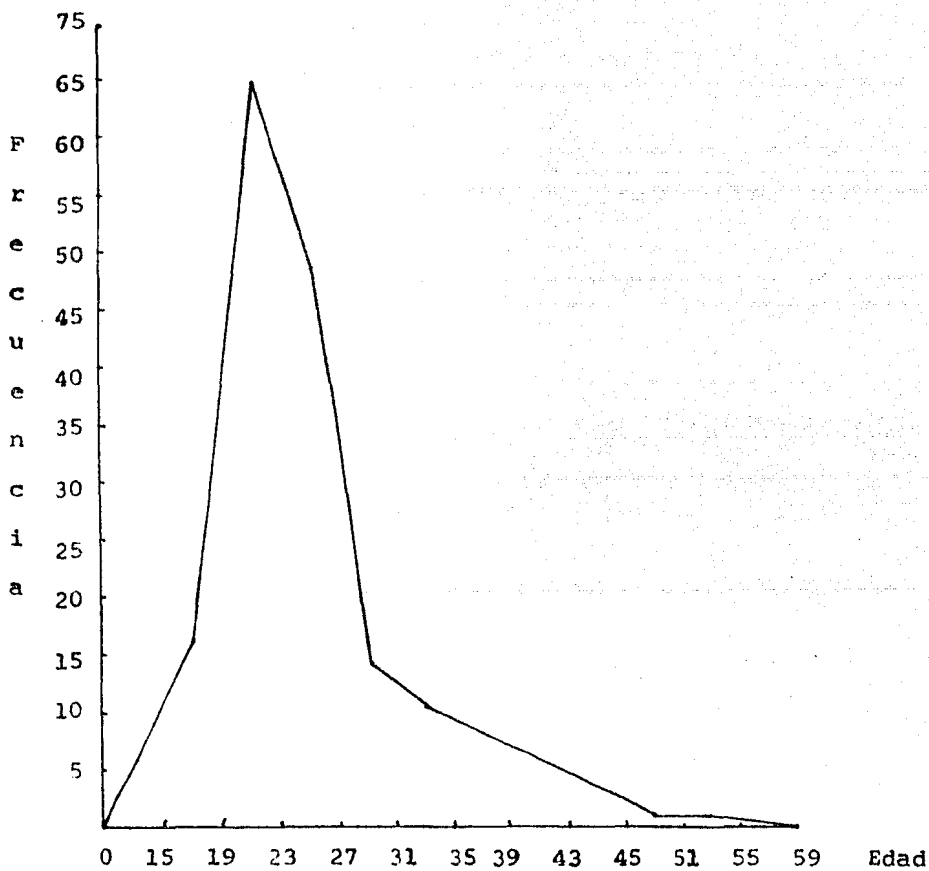
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.

Gráfica 6 C



INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.

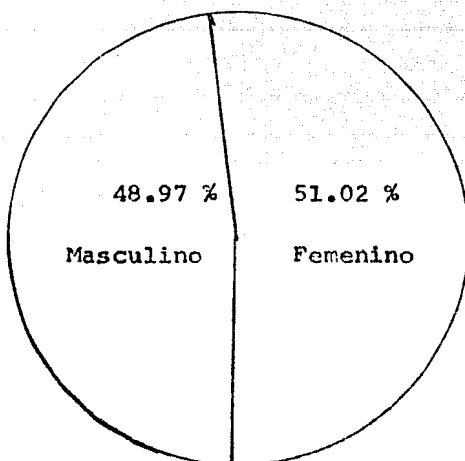
Gráfica 6 D



3.3.3. TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

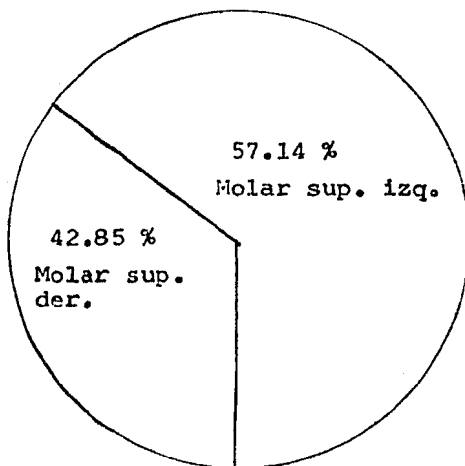
INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 7



INCIDENCIA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

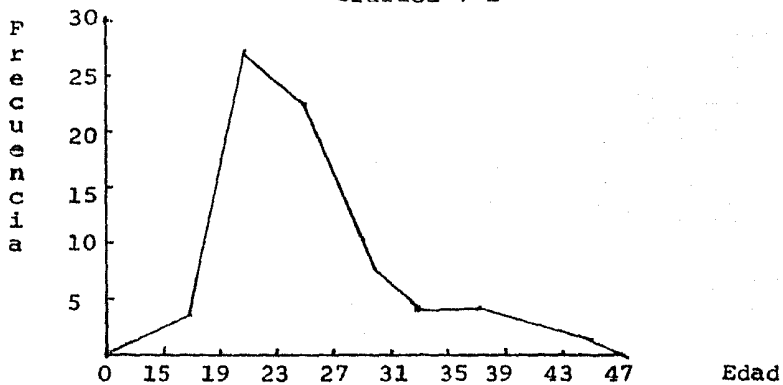
Gráfica 7 A



2.2.2. TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

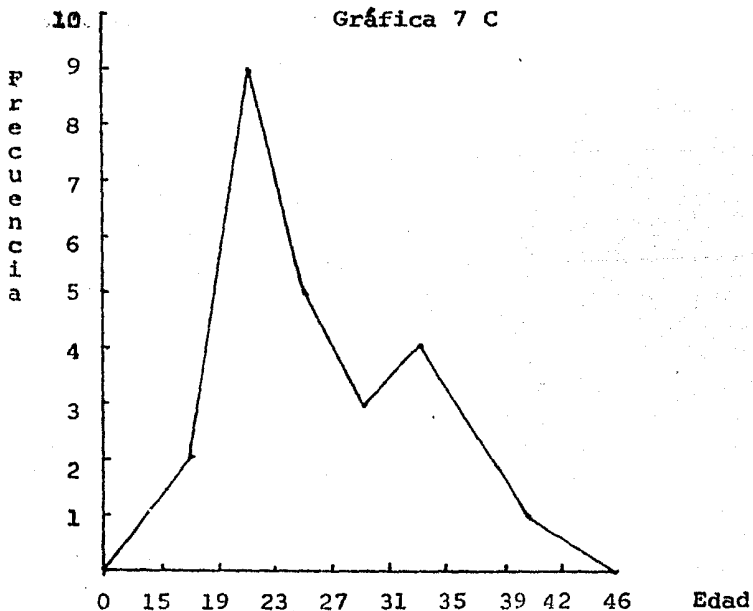
INCIDENCIA DE TERCER MOLAR SUPERIOR EN GRAL.

Gráfica 7 B



INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN EL SEXO FEMENINO.

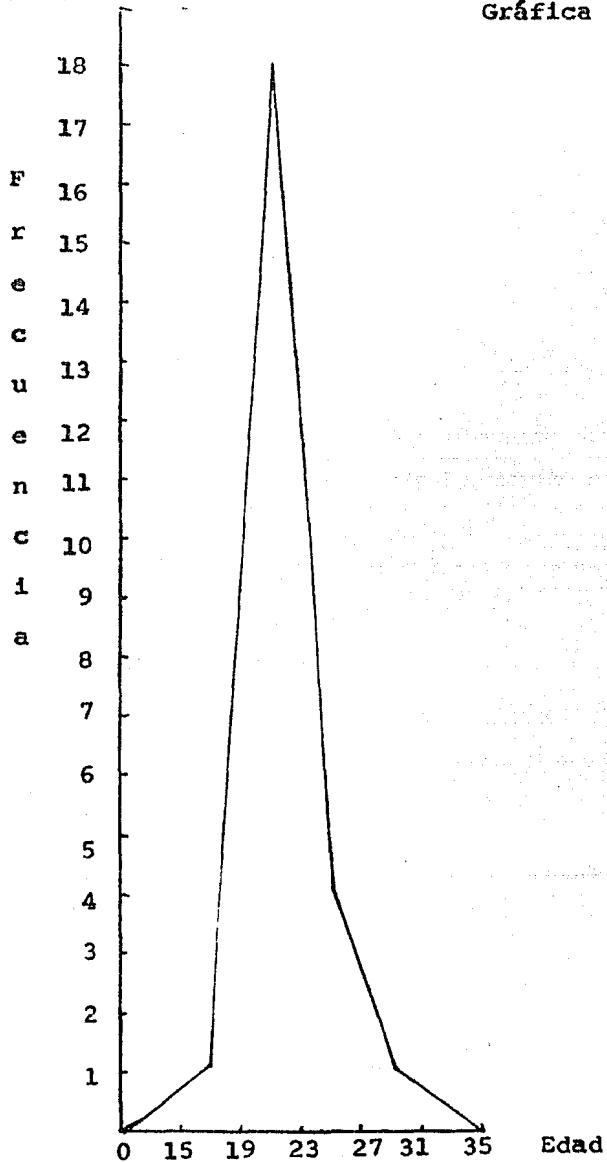
Gráfica 7 C



2.2.2. TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

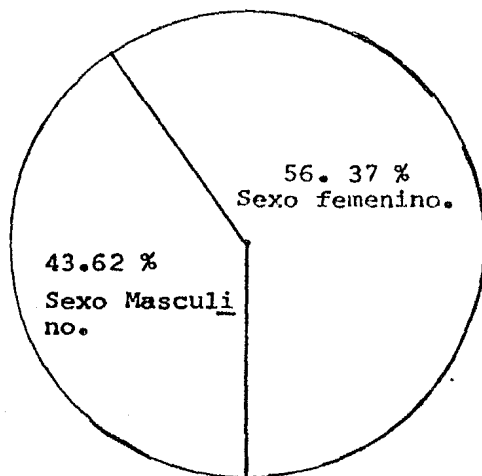
INCIDENCIA DE ACUERDO AL TERCER MOLAR SUPERIOR EN EL SEXO MASCULINO. POR EDAD.

Gráfica 7 D



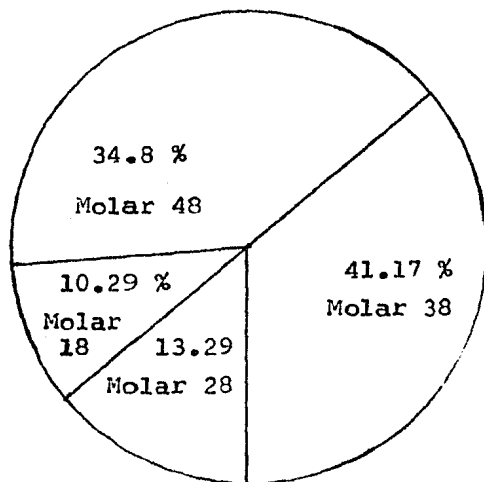
INCIDENCIA DE CIRUGIAS DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES
E INFERIORES, DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 8



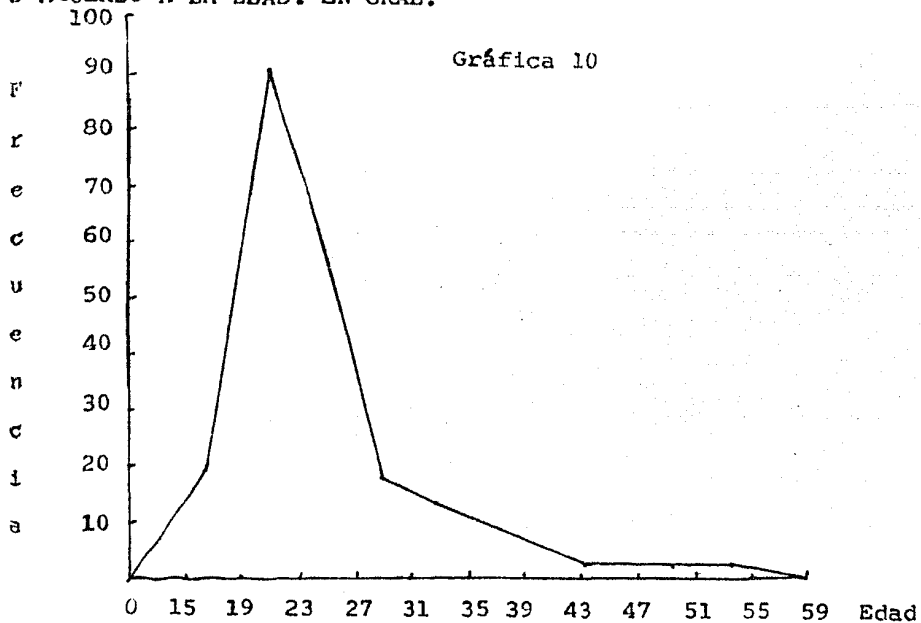
INCIDENCIA DE CIRUGIAS DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES
E INFERIORES, DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

Gráfica 9

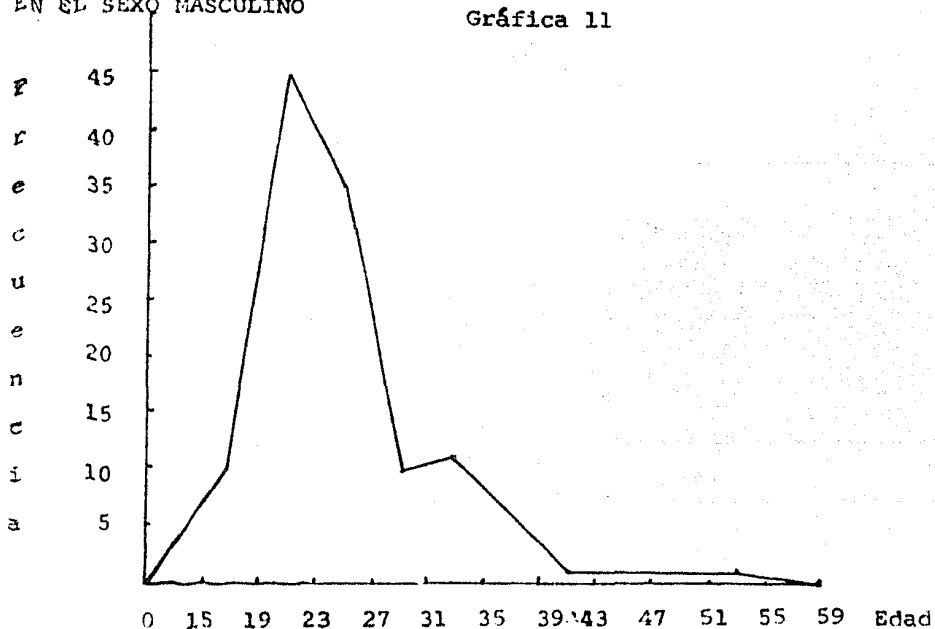


(Nomenclatura utilizada de acuerdo al odontograma
universal).

FRECUENCIA DE CIRUGIA DE TERCER MOLAR SUPERIOR E INFERIOR DE ACUERDO A LA EDAD. EN GRAL.



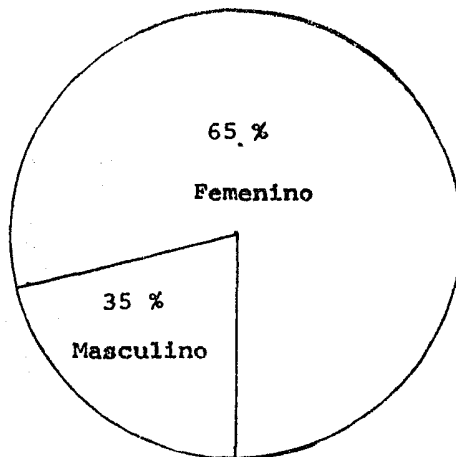
FRECUENCIA DE TERCER MOLAR SUPERIOR E INFERIOR PRESENTADO EN EL SEXO MASCULINO



2.2.3. CANINOS INCLUIDOS.

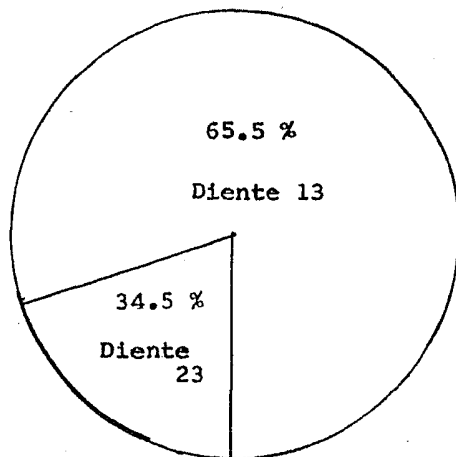
INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 13)



INCIDENCIA DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

Gráfica 13 A



2.2.3. CANINOS INCLUIDOS.

INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.

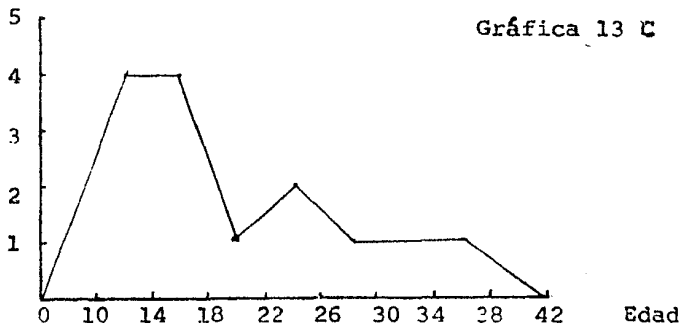
F
r
e
c
u
e
n
c
i
a



Gráfica 13 B

INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.

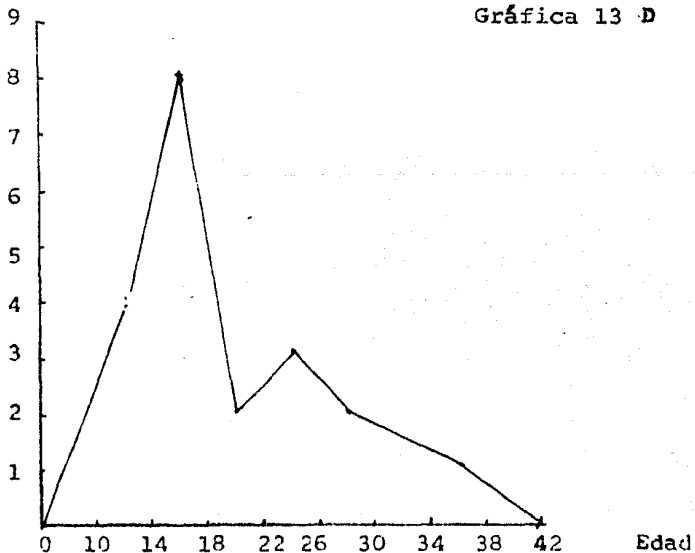
F
r
e
c
u
e
n
c
i
a



Gráfica 13 C

INCIDENCIA DE CANINOS INCLUIDOS DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.

F
r
e
c
u
e
n
c
i
a

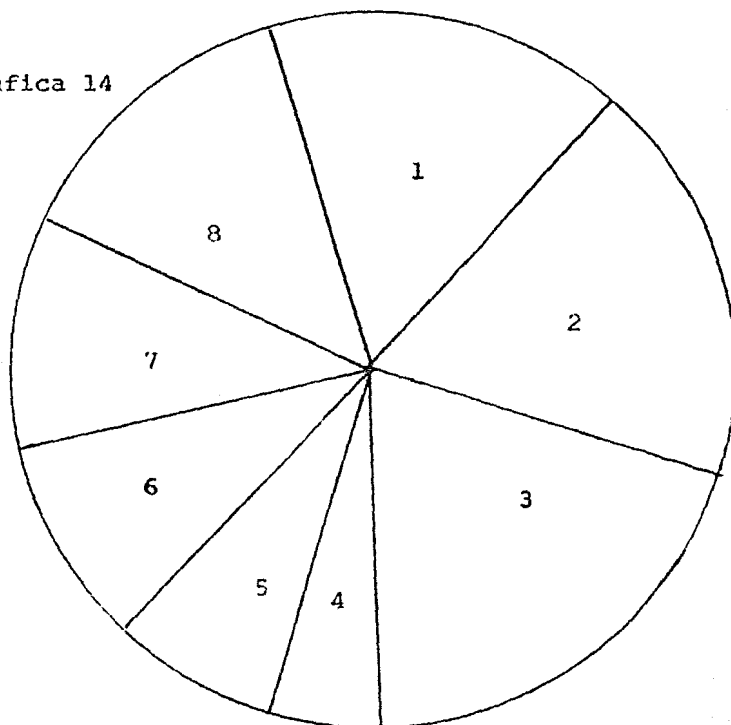


Gráfica 13 D

2.2.4. EXTRACCIONES MÚLTIPLES.

INCIDENCIA DE EXTRACCIONES MÚLTIPLES POR GRUPOS DE DIENTES.

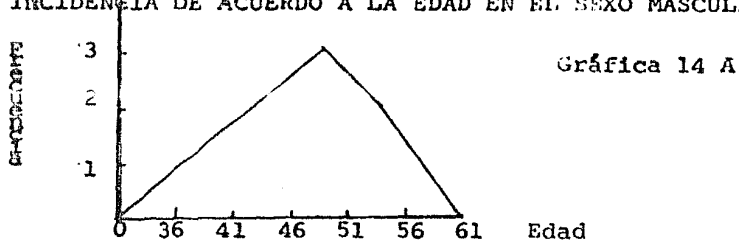
Gráfica 14



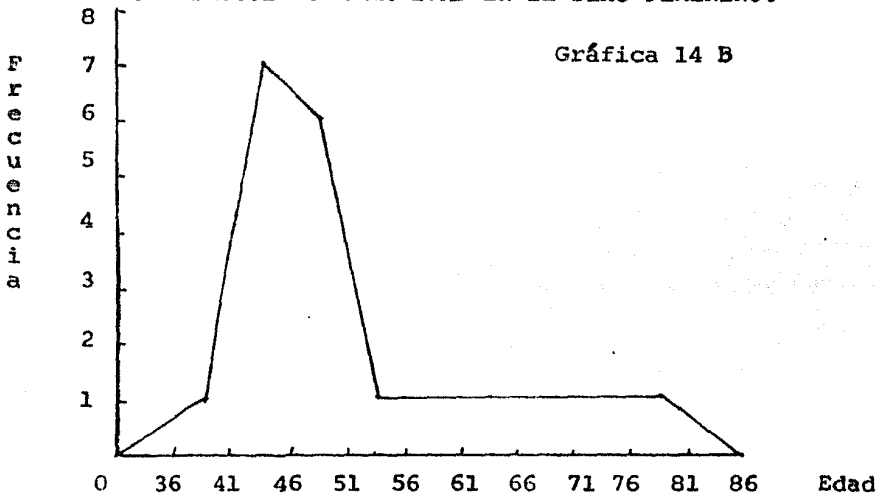
- 1.- Molares inferiores 16.28 %
- 2.- Anteriores inferiores 18.68 %
- 3.- Anteriores superiores 20.07 %
- 4.- Caninos superiores 3.2 %
- 5.- Caninos inferiores 6.5 %
- 6.- Premolares inferiores 8.79 %
- 7.- Premolares superiores 13.18 %
- 8.- Molares superiores 9.89 %

2.2.4. EXTRACCIONES MÚLTIPLES.

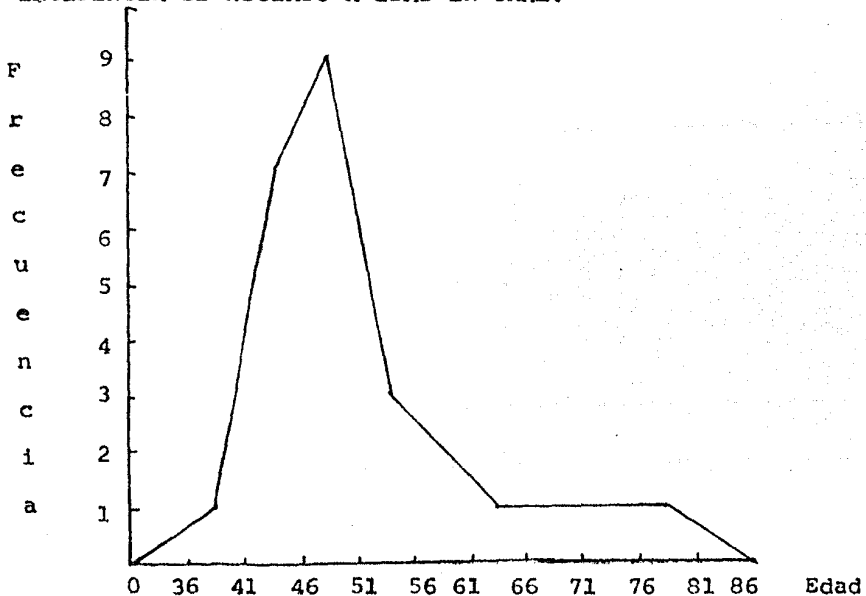
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



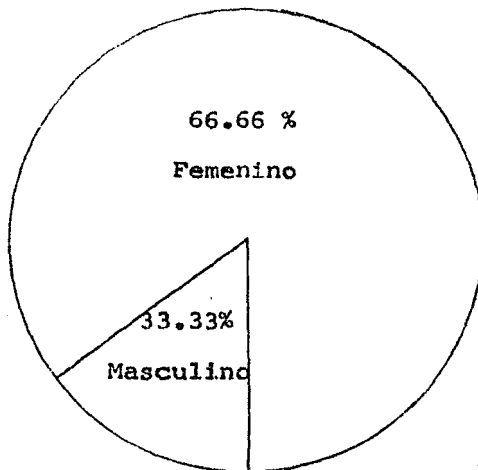
INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN GRAL.



2.2.5. REGULARIZACION DE PROCESO.

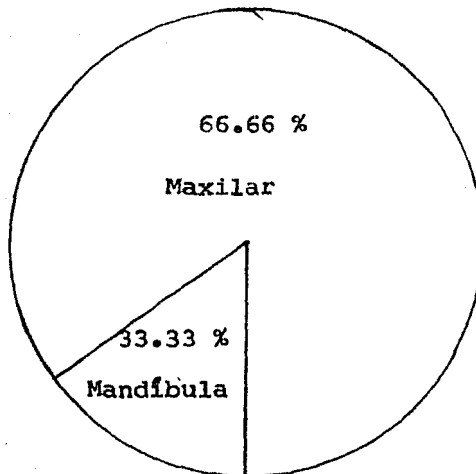
INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 15



INCIDENCIA DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

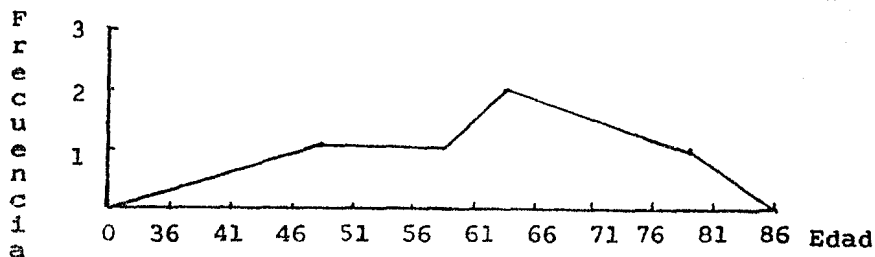
Gráfica 15 A



2.2.5. REGULARIZACION DE PROCESO.

INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO MASCULINO.

Gráfica 15 B



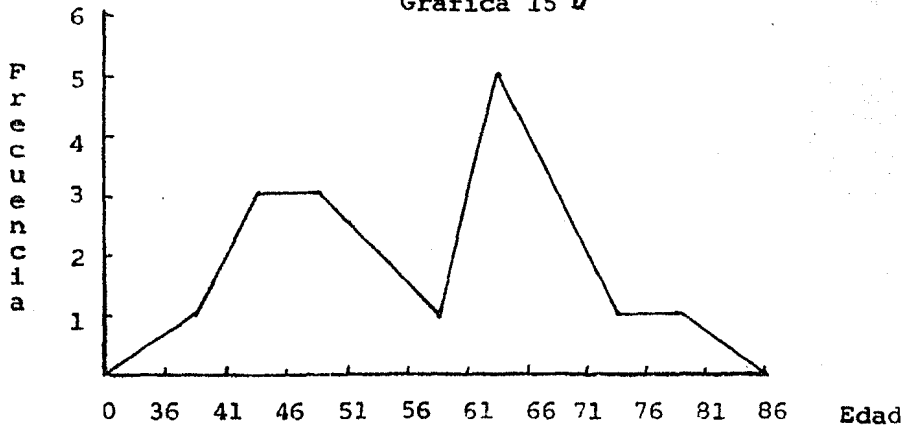
INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO FEMENINO.

Gráfica 15 C



INCIDENCIA DE REGULARIZACION DE PROCESO DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.

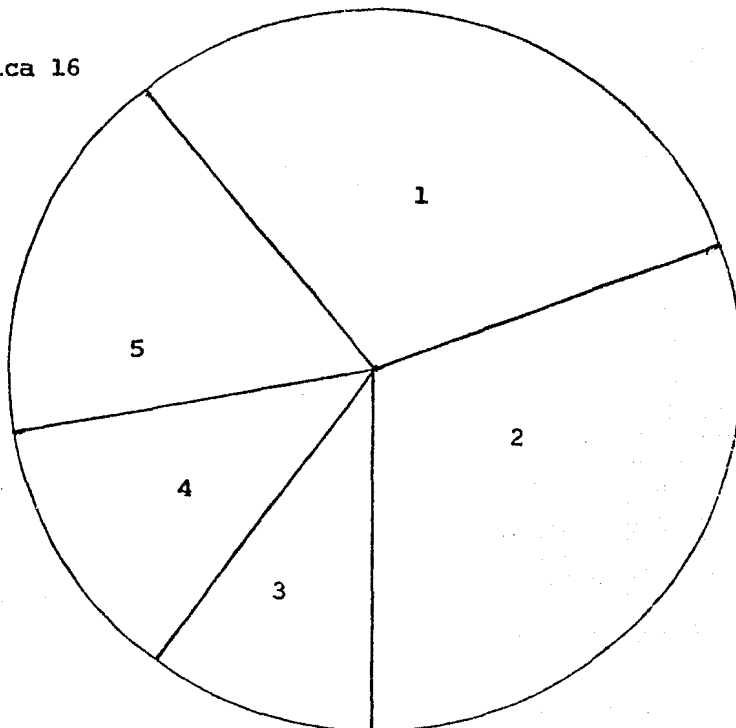
Gráfica 15 D



2.2.6. APICECTOMIAS.

INCIDENCIA DE APICECTOMIAS POR GRUPOS ESPECIALIZADOS DE DIENTES.

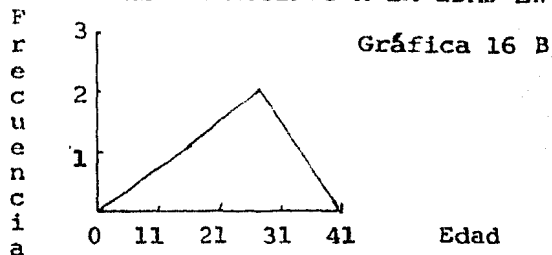
Gráfica 16



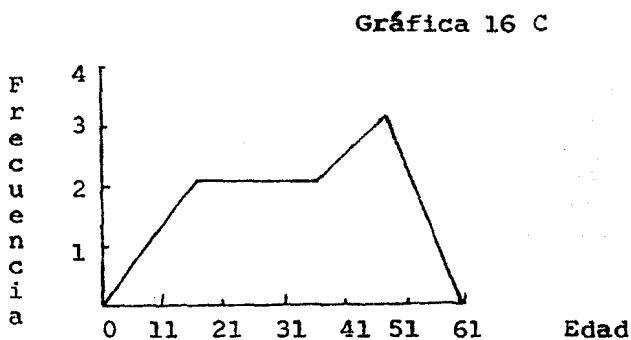
- 1.- Incisivos superiores 30 %
- 2.- Incisivos inferiores 30 %
- 3.- Caninos inferiores 10 %
- 4.- Caninos superiores 10 %
- 5.- Premolares superiores 20 %

2.2.6. APICECTOMIAS.

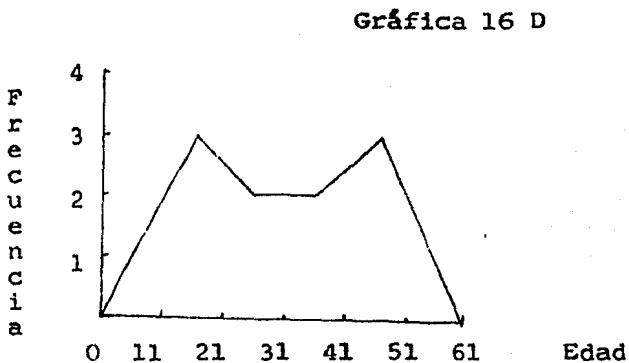
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



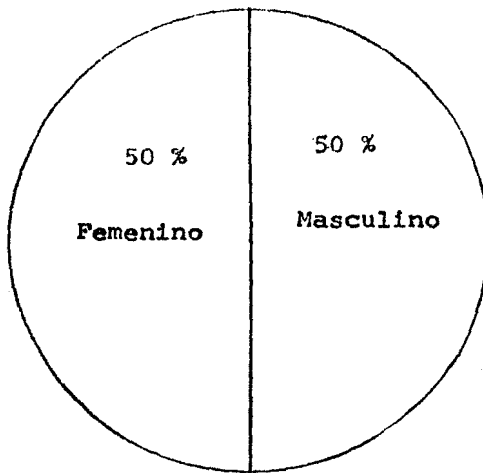
INCIDENCIA DE APICECTOMIAS DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.



2.2.7. DIENTES SUPERNUMERARIOS.

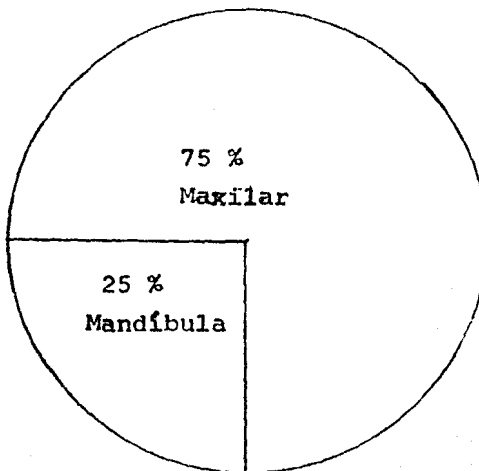
INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO

Gráfica 17



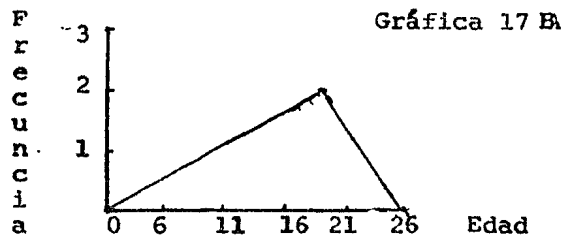
INCIDENCIA DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

Gráfica 17 A

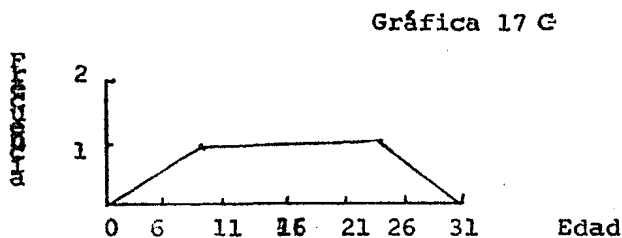


2.2.7. DIENTES SUPERNUMERARIOS.

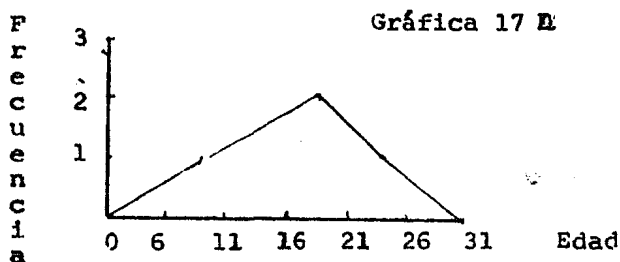
INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



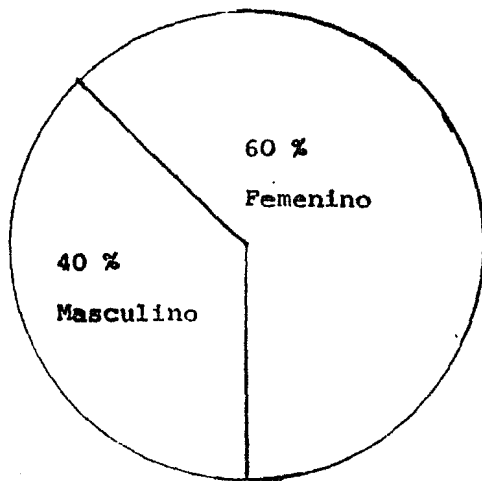
INCIDENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.



2.2.8. TORUS MANDIBULARES.

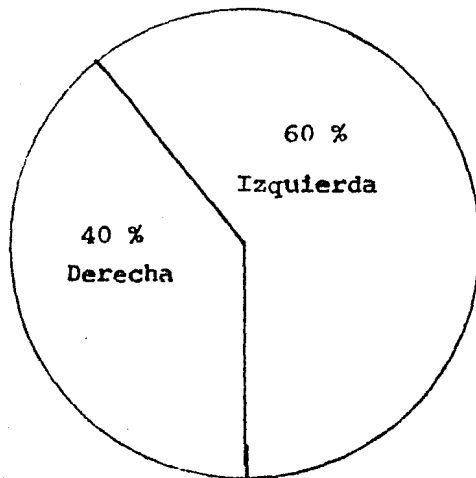
INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 18



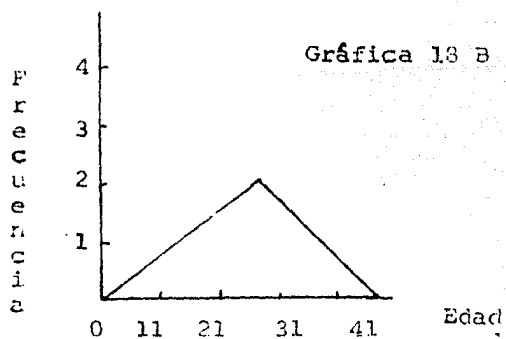
INCIDENCIA DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

Gráfica 18 A

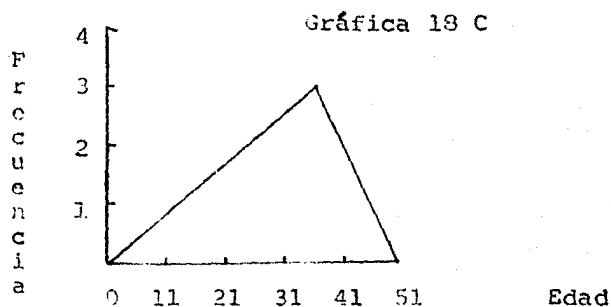


2.2.8. TORUS MANDIBULARES.

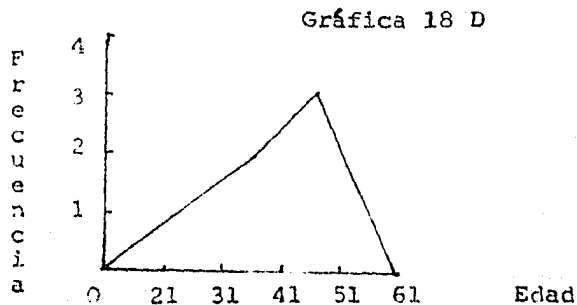
INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



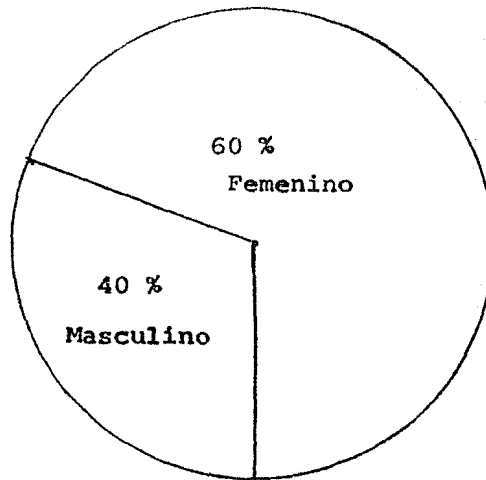
INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD EN GRAL.



2.2.9. PREMOLARES INCLUIDOS.

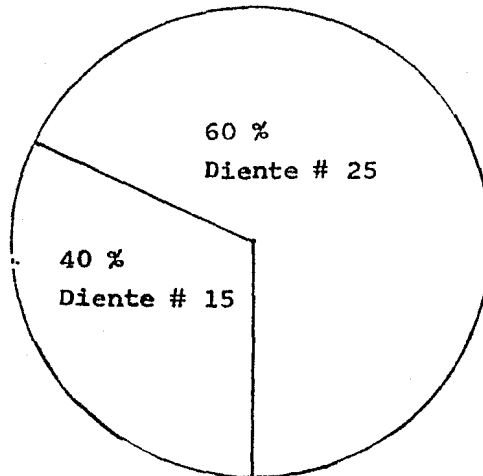
INCIDENCIA DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 19



INCIDENCIA DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

Gráfica 19 A

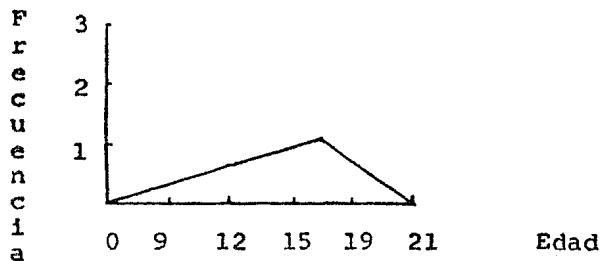


(Nomenclatura utilizada de acuerdo al odontograma univesal).

2.2.9. PREMOLARES INCLUIDOS.

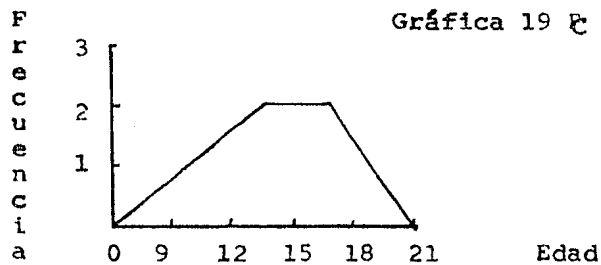
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.

Gráfica 19 b



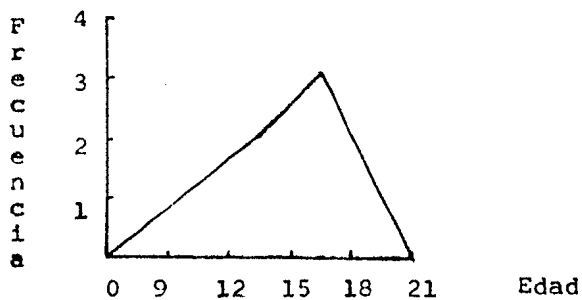
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.

Gráfica 19 c



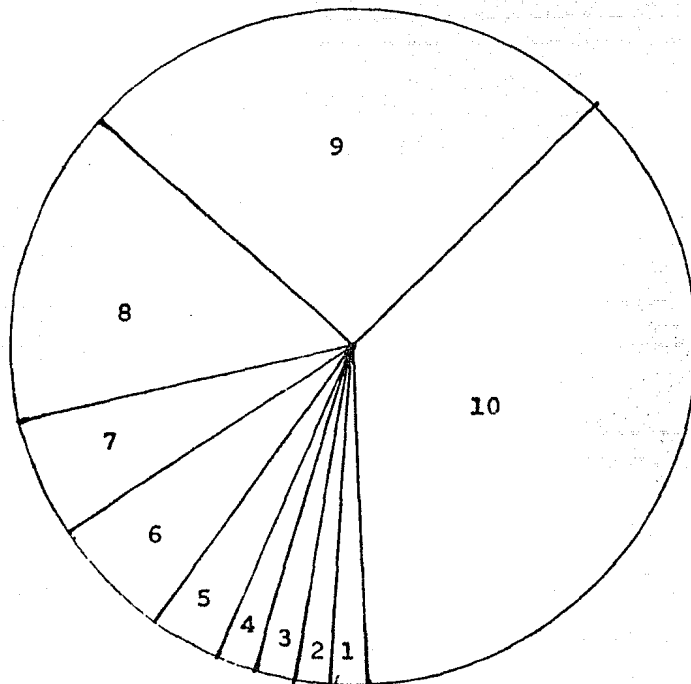
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.

Gráfica 19 d



2.3. INCIDENCIA DE CIRUGIAS EN TEJIDOS BLANDOS.

Gráfica 20

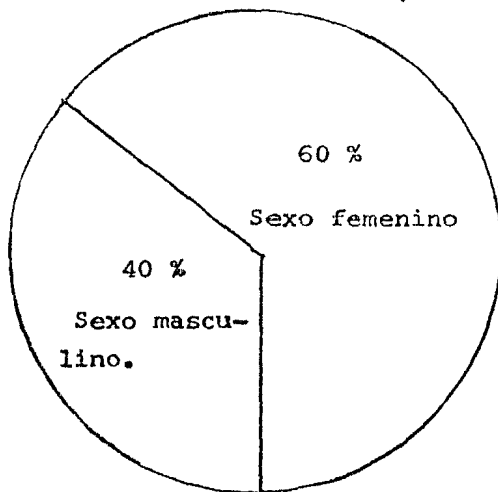


- 1.- Nevo 1.85 %
- 2.- Mucocele 1.85 %
- 3.- Papiloma 1.85 %
- 4.- Operculectomía 1.85 %
- 5.- Quistes 3.7 %
- 6.- Doble labio 3.7 %
- 7.- Gingivectomía-Gingivoplastia 5.5 %
- 8.- Fibromas 14.8 %
- 9.- Legrados parodontales 25.92 %
- 10.- Frenilectomías 37.03 %

2.3.1. FRENILECTOMIAS.

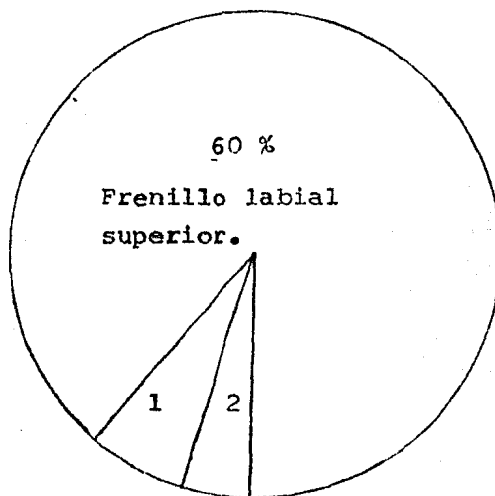
INCIDENCIA DE FRENILECTOMIAS REALIZADAS, DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 21



INCIDENCIA DE FRENILECTOMIAS DE ACUERDO A SU LOCALIZACION.

Gráfica 21 A



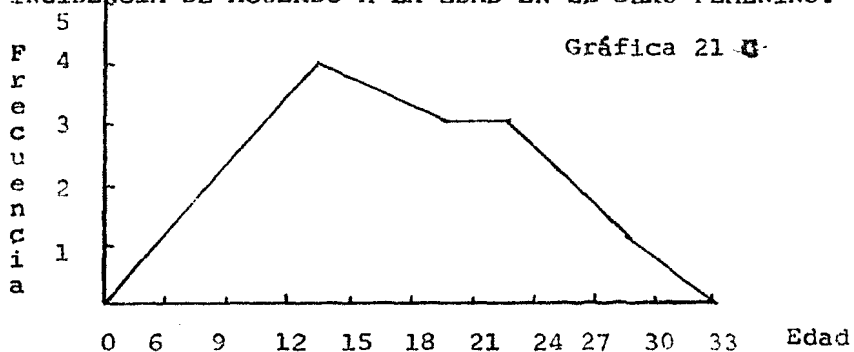
- 1.- Frenillo lingual
- 2.- Frenillo labial inferior.

2.3.1. FRENILECTOMIAS.

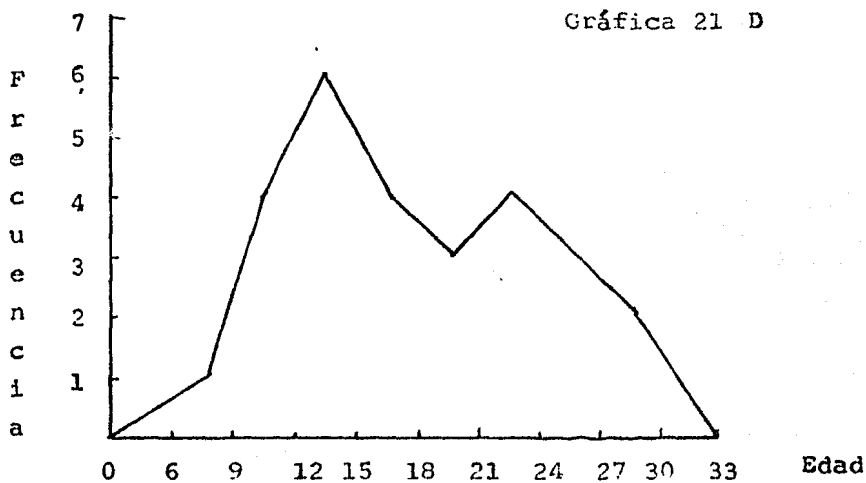
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



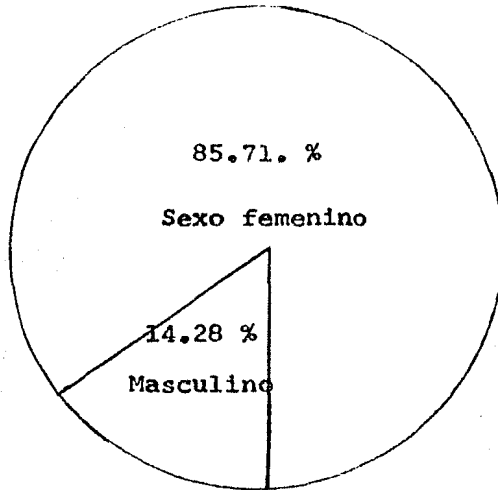
INCIDENCIA DE FRENILECTOMIA DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.



2.3.2. LEGRADOS PARODONTALES.

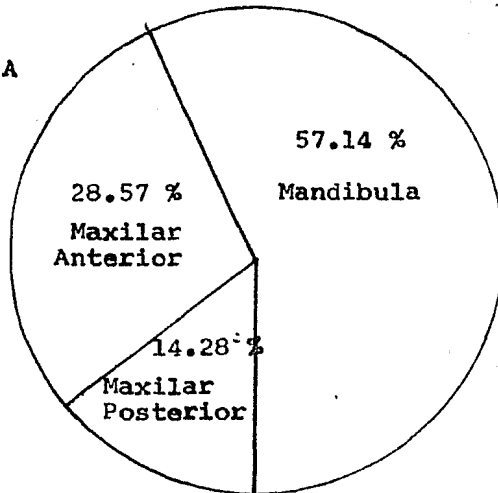
INCIDENCIA DE LEGRADOS PARODONTALES, DE ACUERDO AL SEXO.

Gráfica 22



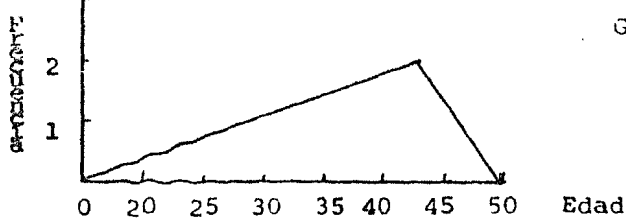
INCIDENCIA SEGUN SU LOCALIZACION.

Gráfica 22 A



2.3.2. LEGRADOS PARODONTALES.

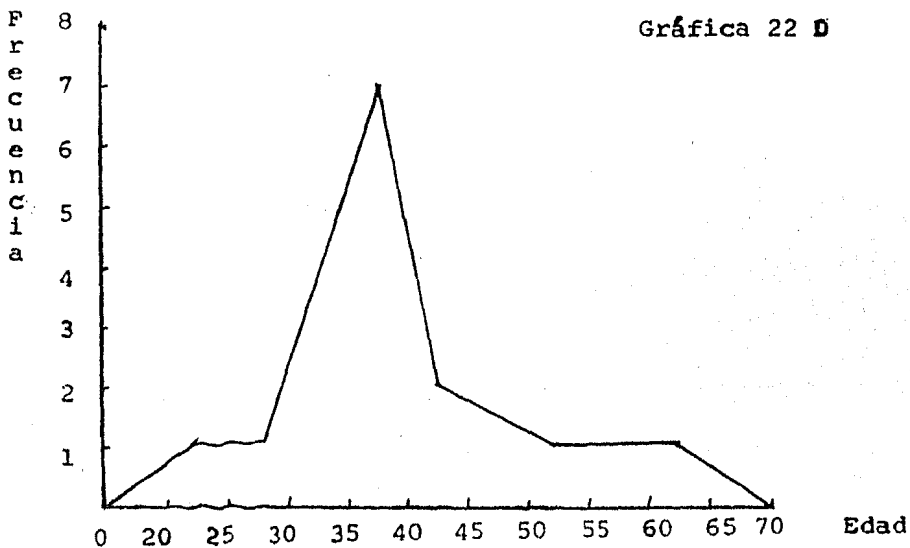
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.

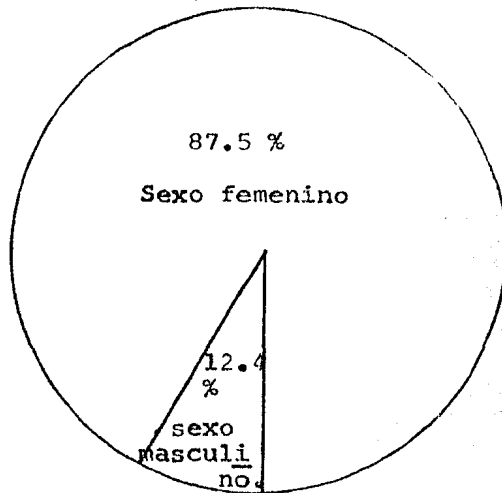


2.3.5. PATOLOGIA ONCOLOGICA.

2.3.5.1. FIBROMAS

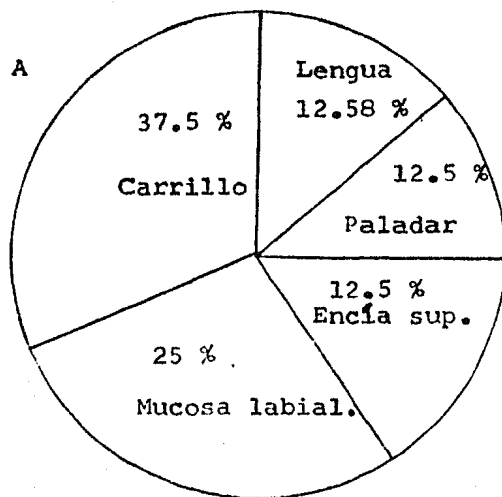
INCIDENCIA DE FIBROMAS, SEGUN EL SEXO.

Gráfica 23



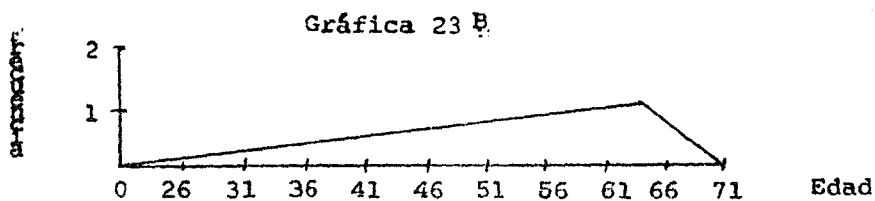
INCIDENCIA DE FIBROMAS SEGUN SU LOCALIZACION.

Gráfica 23 A

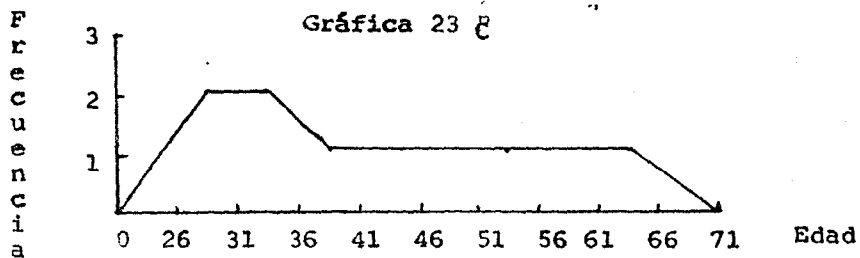


2.3.5.1. FIBROMA.

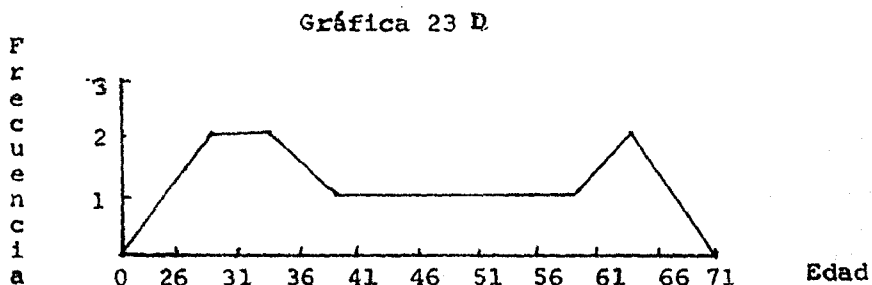
INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO MASCULINO.



INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD EN EL SEXO FEMENINO.



INCIDENCIA DE FIBROMAS DE ACUERDO A LA EDAD EN GRAL.



2.2.0. OTROS CASOS

Osteoma

Casos- 1

Sexo- femenino

Edad- 24 años

Localización- mandibular izquierdo

Dientes anquilosados

Casos- 1

Sexo- femenino

Edad- 38 años

Localización- diente 44 (según odontograma universal).

2.1. CONCLUSIONES:

Después del estudio estadístico basado en la recopilación de datos de las Historias Clínicas de los pacientes que acudieron a consulta a la Clínica Odontológica de Cuautitlán Izcalli, y en los que se hizo necesario el tratamiento por medio de técnicas quirúrgicas, en un total de 11 meses, es decir desde abril de 1982 a marzo de 1983, podemos resumir lo siguiente:

1.- Fueron atendidos un total de 341 casos, por medio de tratamientos quirúrgicos, de los cuales un 84.4 % fueron en tejidos duros (288 casos), y un 15.6 % en tejidos blandos (54 casos).

2.- Se observó una predominancia del sexo femenino, correspondiendo un 61 % a éste (211 casos) y un 39 % al sexo masculino (130 casos).

Cabe señalar que estos datos coincidieron, al compararlos con diferentes casuísticas presentadas en diversas revistas, como se puede constatar al revisar páginas anteriores.

3.- Respecto a las cirugías en general, la mayor frecuencia se registró en la extracción de terceros molares inferiores con un 45.45 %, y en orden decreciente encontramos: la extracción de terceros molares superiores 14.36 %; extracciones múltiples 6.45 %; extracción de caninos incluidos 5.8 %.

4.- Las frenilectomías clasificadas dentro de las cirugías de tejidos blandos solo alcanzan un 5.8 %, siendo estas las de mayor representación en este tipo de te-

jididos.

5.- En nuestro estudio pudimos observar que la edad más frecuente en que se realizaron los tratamientos quirúrgicos es entre los 18 y 27 años de edad.

6.- Otros resultados obtenidos están especificados en las gráficas anteriores, y dada su objetividad, no redundaremos en ellas.

7.- A lo largo de nuestra investigación nos hemos percatado de la gran importancia que tienen los tratamientos realizados por medio de cirugía bucal, dentro de los servicios generales que presta la Clínica Odontológica, ya que participamos de ellos como operadores, y observamos la gran cantidad de personas que acuden deseosas de recibir la atención más adecuada. Consideramos que ésta atención debe estar basada sobre un concepto médico-dental, imprescindible para el correcto Diagnóstico y posterior tratamiento, del que el estudiante debe hacer uso elaborando una Historia Clínica completa que contemple específicamente a cada paciente.

8.- En ocasiones, los pacientes desconocen o no perciben las alteraciones que suceden en su boca y regiones anatómicas anexas que podían requerir de un tratamiento quirúrgico, por no ser estas tan evidentes como una caries, por ejemplo, de ahí que tengan que recurrir y utilizar los medios de diagnóstico más apropiados de los que disponen las Clínicas Odontológicas de la UNAM.

9.- Siendo las Clínicas mencionadas la opción más accesible para un gran sector de la población de clase -

media baja y clase baja, consideramos de suma importancia incrementar la difusión de programas y de servicios de salud, con el objeto de fomentar la asistencia a éstas clínicas y con ello, hacer llegar los beneficios a un número cada vez más grande de personas.

- 1... Balint. J. De Orban
Histología y Embriología Bucales
Prensa Médica Mexicana.
México 1980
- 2... Angeles Dr. Vincent de
Embriología y Desarrollo Bucal - Ortodoncia
Editorial Interamericana.
México 1978
- 3... V. Basmajian John Dr.
Anatomía
Editorial Interamericana.
1977
- 4... Sicher Harry
Tandler Julis
Anatomía para Dentistas
Segunda reimpresión Editorial Labor
1960
- 5... C. Wheeler Russell
Anatomía Dental, Fisiología y Oclusión.
Quinta Edición. Interamericana.
México 1974.
- 6... Diamond, D D S Moses.
Anatomía Dental.
UTEHA
México 1978.
- 7... Ries Centeno Guillermo A.
El tercer molar inferior retenido.
El Ateneo.

- Argentina 1968.
- 8... Starshah J. Thomas.
Cirugía Bucal Preprotética.
Editorial Mundi.
Primera Edición
Argentina, 1974.
- 9... Kuttler Yuri.
Fundamentos de la Metaendodoncia Práctica.
Editor, Méndez Oteo, 1980
Segunda Edición.
- 10.. Fredrick Sommer Ralph
Endodoncia Clínica.
Editorial Labor S.A.
Barcelona España, 1975
Tercera Edición.
- 11.. Aprile Humberto.
Anatomía Odontológica.
Quinta Edición.
El Ateneo.
Buenos Aires 1975.
- 12.. Carranza Fermin A.
Compendio de Periodoncia.
Tercera Edición.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F.
Paraguay 2100 Buenos Aires.
- 13.. Stona Stephen - Kalis Paul.
Periodontología.
Interamericana.
Primera Edición, 1978.

- 14.. Orbant Balint.
Histología y Embriología Bucodental.
Editorial Labor.
Buenos Aires 1964,
Tercera Edición.
- 15.. Glickman Irving.
Periodontología Clínica.
Cuarta Edición 1974.
Interamericana.
- 16.. Wood K. Norman.
Differential Diagnosis of Oral Lesions.
Second Edition.
The C.V. Mosby Company.
ST Louis. Toronto. London, 1980.
- 17.. Zegarelli Edwuard v.
Kutscher Austin a.
Hyman George a.
Diagnóstico en Patología Oral.
Salvat, Editores, S.A.
Primera Edición, 1972.
- 18.. Provenza Vincent Dr.
Histología y Embriología Odontológicas.
Interamericana.
- 19.. Thoma.
Patología Oral.
Salvat Editores.
Primera Edición 1973.

- 20.. Archer Harry By.
Oral and Maxilofacial Surgery.
Fifth Edition.
W.B. Saunders Company.
Vol. 1 USA.
- 21.. Luke Samuel.
Endodoncia.
Interamericana.
Primera Edición en Español, 1978.
- 22.. Harris Herman S. ; D.D.S. , F.A.C.D.
Electrocirugía en la Práctica Dental.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Primera Edición, 1979.
- 23.. Velázquez Tomás.
Anatomía Patológica Dental y Bucal.
La Prensa Médica.
Primera reimpresión, 1977.
- 24.. Centeno Ries.
Cirugía Bucal.
Vol. 1
El Ateneo
Quinta Edición, 1957.

REVISTAS.

- 1... Anaya Alba Salvador Dr.
Garduño Garduño Patricia Ma. Dra.
Análisis reirospectivo de 236 retenciones dentarias.
Revista ADM.
Vol. XXXVI/3' May. - Jun. 1979.
- 2... Escalona Camargo José Dr.
Erupción Ectópica.
Revista ADM.
Vol. XXXVI/5 sep.-oct. 1979.
- 3... Sánchez Torres Javier Dr.
Sánchez Carranza Ana Laura Dra.
Extracción del Tercer Molar superior con bloqueo a--
nestésico vestibular exclusivamente.
Revista ADM.
Vol. XL No. 3
may.-jun. 1983.
- 4... Stein Gemora Eduardo Dr.
Huerta Méndez Ma. Teresa Dra.
Bonilla Rodríguez Alfa Dra.
Estudio de Prevalencia de la enfermedad Periodontal
Revista ADM.
Vol. XXXIX no. 4
julio-agosto 1982.

5... Urbica Joaquin Dr.

Odontologo Moderno.

Patología Neoplástica en Cavidad Bucal.

febrero-marzo 1981.

6... The Journal of Jada.

Hemorrhage After cerial extractiones in old patients.

July 1981

Vol. 103.

7... The Journal of Jada.

Preprostetic managemet of several alveolar ridge a-
trophhi.

april 1982.

Vol. 104 - 4.