

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

U N A M



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

EXOSTOSIS MANDIBULAR Y PALATINA

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

RAZO ZAMORA Ma. ELIZABETH
SOSA HIDALGO LORNA

DONADO POR D. G. E. - R. C.

San Juan Iztacala

México 1984



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

PROLOGO

	Págs.
I. DEFINICION	1
II. ETIOLOGIA	1
III. LOCALIZACION	13
IV. CLASIFICACION	15
V. CARACTERISTICAS CLINICAS Y DIAGNOSTICO	
a).- Valoración Médico - Estomatológica	19
b).- Estudios de Laboratorio y Gabinete	31
VI. TRATAMIENTO	
a).- Control Pre - operatorio	41
b).- Material	42
c).- Intervención quirúrgica	42
d).- Cuidados Post - operatorios	46
VII. COMPLICACIONES POST - OPERATORIAS POSIBLES	47
PRESENTACION CASO CLINICO	48

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

P R O L O G O

EXOSTOSIS MANDIBULAR Y PALATINA

La presente Tesis, es el resultado de la inquietud por adquirir conocimientos y profundizar sobre las lesiones conocidas como Exostosis Mandibular y Palatina.

Se incluirán los aspectos patológicos necesarios para el entendimiento de actitudes prácticas del diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Por lo tanto, el propósito es destacar la importancia que tienen éstos padecimientos en la evaluación Protética del paciente y despertar el interés entre estudiantes y Cirujanos -- Dentistas; ya que no deben pensar que su responsabilidad profesional se circunscribe a cierta área limitada y definida de la Odontología, pues aunque no se dediquen a determinada especialidad, deberán saber resolver algunos casos que por su relativa frecuencia y la sencillez del tratamiento pueden ser abordados por el Cirujano Dentista en la práctica general.

Solo en algunos casos que se consi'eran como de trata--- miento difícil, no sin antes haber agotado todos los recursos necesarios para establecer un buen diagnóstico deberán remi--- tirlos al especialista.

Las Exostosis en Mandíbula y Paladar no son raras en promedio y aun cuando son muy pequeñas se detectan con un cuidadoso examen clínico que dará por resultado una detección temprana.

En la presente Tesis se hace una revisión bibliográfica de la etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento de las Exostosis Mandibular y Palatina.

Así como la presentación de un caso Clínico de un paciente que acude a la Clínica Odontológica el Molinito de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales UNAM bajo tratamiento en la Clínica Integral de Odontología, con la colaboración de la Clínica de Cirugía Maxilo Facial. Para esto se hará énfasis en la elaboración de la Historia Clínica del paciente, tomando en cuenta todos los datos que nos proporcione él mismo, un acompañante o por la observación Clínica cuidadosa y complementada por las pruebas de laboratorio y estudios radiográficos.

Por último no se puede dejar de omitir el aspecto más importante en cualquier tratamiento, que es la exploración y el examen regular post-operatorio continuo de la lesión hasta que transcurra el lapso necesario para agotar la investigación Clínica.

I.- D E F I N I C I O N .

Reciben el nombre de Exostosis, las protuberancias óseas circunscritas y localizadas en la tabla cortical del hueso.

Son relativamente comunes e incluyen el torus palatino, mandibular, osteomas, así como las hiperplasias óseas de las apófisis alveolares de los maxilares.

II.- E T I O L O G I A .

Actualmente es difícil esclarecer la etiología de las Exostosis, ya que la mayoría de los autores - revisados no la determinan, aunque Suzuki y Sakai, han expresado su opinión sobre la posible naturaleza hereditaria.

Esencialmente sus estudios revelaron que cuando uno ó ambos progenitores tenían algún tipo de Exostosis, la frecuencia de la misma en los hijos varía entre el 40 y 64%, cuando ninguno de los progenitores tenían este padecimiento la frecuencia en los hijos era solo del 5 al 8%.

Según las estadísticas, cerca del 8% de la población donde la lesión se encontraba en la superficie lingual de las zonas de premolares y primer molar aparece de los 30 años en adelante y se estableció que la relación media de hombres con respecto a mujeres es aproximadamente 1:2, tanto en niños como en adultos.

Lo cierto es que por alguna razón aun no determinada - por completo los osteoblastos a lo largo de la línea de fusión en el paladar continúan depositando hueso en lugar de cesar su actividad, entre estas causas se confirman experimentalmente, - reacción inflamatoria, reacción a productos de células dañadas efectos piezoeléctricos y perturbaciones en el AMP cíclico, - (mediador intracelular de la Hormona Tiroidea).

Como resultado de ello, diversas formas de excrecencias óseas emergen del paladar de una manera lenta pero continua.

En la primera descripción de Gegenbaur en 1864 se consideraba que el osteoblasto era la cálcula que elaboraba la matriz ósea al pasar el tiempo se verificó con los estudios realizados que los osteoblastos participan conjuntamente con otras células como son los osteocitos y los osteoclastos.

Los osteoblastos surgen de células pluripotenciales y el mayor número participa en la formación de la matriz, después de pasar períodos variables sobre la superficie del hueso se envuelven con hueso y se transforman en osteocitos que tanto morfológicamente como funcionalmente son células diferentes.

Los osteoblastos que permanecen en la superficie se dedican a funciones de mantenimiento y transporte.

Los osteoblastos totalmente diferenciados y desarrollados son incapaces de dividirse por mitosis y su tiempo de vida es corto, el depósito del hueso nuevo implica suministro de más células primitivas y modulación de su actividad hacia la síntesis.

El osteoblasto es una célula superficial que reviste al hueso ya sea como la capa más profunda del periostio o como su epitelio alrededor de las trabéculas ó dentro de los canalículos del sistema haversiano, generalmente el espesor de la capa osteoblástica es una sola célula y en el periostio las células de la capa adyacente a los osteoblastos son precursores no tan bien diferenciados.

Estos presentan formas diferentes, pueden ser ovoides, cilíndrico ó piriformes; cuando tapizan la trabécula recién formada tienden a ser de forma cilíndrica y están orientados perpendicularmente a la superficie del hueso.

Cuando la formación del hueso se activa, la mayor parte de los osteoblastos presentan polarización marcada, ya que los núcleos están alargados y alejados de la matriz ósea, en cambio los osteoblastos inactivos son delgados parecidos a escamas y con núcleos aplanados ocupando el centro en la célula.

Vistos bajo el microscopio, presentan un núcleo grande - con un solo nucléolo y extenso retículo endoplasmático granular que produce basofilia citoplásmica intensa.

Con el microscopio electrónico, la presencia de organelos en el osteoblasto permiten diferenciar fácilmente esta célula de las demás células óseas. El osteoblasto es mononucleado mientras el osteoclasto se caracteriza por la presencia de núcleos múltiples.

El osteoblasto posee un retículo endoplásmico elaborado y aparatos de Golgi perfectamente desarrollados, en tanto que un organelo es conspicuo en el osteoclasto u osteocito.

Estos contienen numerosas mitocondrias, pero los osteoclastos contienen una verdadera multitud de estas estructuras en el exámen ultramicroscópico del osteoblasto de la impresión de actividad sintética intensa, el retículo endoplasmático se amplía y la granulación aumenta con la madurez debido a la acumulación de ribosomas libres o unidos.

La formación en el retículo de cisternas o dilataciones que contienen proteínas proporciona gránulos adicionales, el importante aparato de Golgi que presenta este osteoblasto es acorde con la imagen de síntesis activa, esta estructura es formada por pilas de membranas granulares dispuestas en forma lamelar y vesículas membranosas aisladas por toda la región de Golgi.

Los osteoblastos se hallan en contacto estrecho con sus vecinos, prolongaciones citoplásmicas finas se extienden hacia afuera para entrar en contacto con estructuras similares de otros osteoblastos y osteocitos.

En el pasado hubo discusiones acerca de si estos contactos celulares eran contiguos o continuos; ahora, el microscopio electrónico ha revelado que no existía especialización de las membranas como nácula adherente a zona ocluyente.

que son clasificados en dos grandes grupos: 1) Proteínas polisacáridos compuestos por un centro ó núcleo proteínico y un -- carbohidrato (glucosamínglucana), que se encuentra como polisa cárido de peso molecular relativamente elevado con secuencia - regular de dos azúcares alternantes, y 2) Glucoproteínas que - presentan un centro proteínico con porción carbohidrato que -- existe como cadena corta de polisacáridos conteniendo diferen- tes azúcares.

Algunos hechos indican que, el hueso, la mayor parte de las mucosubstancias son glucoproteínas, la fructosa (una Hexo sa) marcada por radioisótopos ha sido utilizada para estudiar los osteoblastos en la síntesis de las glucoproteínas.

El hueso contiene más gucoproteínas que el cartílago, - una de las diferencias entre un condroblasto y un osteoblasto sería la capacidad de este último para regular la calcifica-- ción de la matriz por medio de la naturaleza de las mucosubstan- cias secretadas por él.

La concentración de calcio libre en el interior del os-- teoblasto es de (10^{-7} a 10^{-8} M) es mucho más baja que la con centración en el líquido general (10^{-3} M) ya que estos iones son bombeados hacia afuera o bien secuestrados por los organe- los de las células, el sistema de transporte del calcio a tra- vés de la membrana celular es polarizado de manera que el cal- cio pasa del líquido del tejido óseo hacia el general.

OSTEOPEROGENITOR \longleftrightarrow OSTEOLASTO \longrightarrow OSTEOCITO

No todos los osteoblastos están ocupados en depositar matriz en vez de transformarse en osteocitos, permanecen en la superficie del hueso, aparentemente inactivos, pero conservando todavía un estado de diferenciación. Estas células han sido llamadas osteoblastos en reposo, pero este término describe únicamente la falta de producción de matriz. Casi segura que estas células participan en funciones de transporte, en años recientes ha surgido el concepto de compartimentalización, según esta teoría los líquidos del tejido óseo por una barrera de células óseas, principalmente por osteoblastos.

La disposición de los osteoblastos es pseudoepitelial -- separa y aísla un medio del otro. Aunque sus uniones no son completamente herméticas, su acción conjunta puede mantener una diferencia de concentración de iones a través de sus cuerpos celulares.

Esta red de células contiguas ha sido llamada sincitio -- funcional en oposición a barrera anatómica. Estos osteoblastos, bajo influencias locales y generales, son el instrumento del movimiento de los iones que participan en la homeostasis del calcio.

El mecanismo de acción de los osteoblastos es la elaboración de la matriz del hueso y probablemente inicia el proceso de calcificación, se supone que la colágena de otras células del tejido conectivo, las moléculas precolágenas del hueso están formadas por dos cadenas de péptidos, 1 péptido y 2 péptidos.

Hasta un 10% de la matriz orgánica del hueso puede estar formado por mucosubstancias, complejos carbohidratos-proteínas

En el interior de la célula, las mitocondrias y quizá el retículo endoplasmático captan el Ca^{++} libre, produciendo un gradiente de concentración grande a través de la membrana -- celular, este tipo de disposición indica que el líquido óseo puede ser regulado por los osteoblastos, los cambios en la membrana, que ocurren bajo influencias químicas u hormonales permiten que el calcio penetre en la célula, con el tiempo, este calcio será transportado a través de la membrana opuesta hacia la masa general de líquido, elevando así el nivel sanguíneo.

El retorno del calcio desde el líquido general del hueso se hace por la vía de los resquicios entre los osteoblastos esta discontinuidad anatómica, asociada con las propiedades de supersaturación de la hidroxapatita de calcio y la precipitación espontánea continua de calcio y fosfato, exige que el funcionamiento de los osteoblastos sea siempre interrumpido.

Algunas de las actividades intracelulares de los osteoblastos han sido aclaradas, se sabe que la paratirina (hormonal paratiroidea), que aumenta el calcio sanguíneo, actúa inicialmente sobre la membrana celular de osteoblastos para activar el sistema adenilciclasa y permite el influjo del -- calcio.

Aparentemente el calcio activa varios sistemas enzimáticos uno de los cuales es la bomba de calcio. La Adenosina -monofosfato cíclico, derivada del sistema adenilciclasa, parece actuar para reforzar el calcio libre en el citoplasma cambiando el flujo através de una o varias membranas intracelulares, se necesita nucleótido cíclico (AMPc) para ampliar los efectos iniciales de penetración del calcio en la célula, ya que de otra manera el calcio sería secuestrado por las membranas subcelulares antes de que pudiera atravesar la membrana plasmática, la actividad del AMP cíclico esta relacionada con la producción de la hormona tiroxina (T_3).

Diagrama de la calcificación mediada por las células, - estas pueden ser condrocitos, osteoblastos u odontoblastos.

Las diferentes zonas representan:

- A).- Capa celular.
- B).- Matriz precalcificada rica en proteínas -polisacáridos.
- C).- Frente de calcificación.
- D).- Fibras calcificadas de colágena.

Serie superior resume la formación de la fibra colágena.

- 1).- Biosíntesis intracelular de procolágena.
- 2).- Secreción de procolágena.
- 3).- Hidrólisis enzimática de procolágena para producir moléculas colágenas.

- 4).- Polimerización de las moléculas de colágena en fibras.
- 5).- Maduración de las fibras.

La serie inferior resume las etapas propuestas para la calcificación.

- 1).- Captación de iones Ca^{2+} y HPO_4^{2-} por las células.
- 2).- Almacenamiento de los iones como CaP en las mitocondrias.
- 3).- Gemación de vesículas de matriz en calcificación a partir de la membrana celular.
- 4).- Migración de las vesículas a través de la zona B con acumulación ulterior de iones y formación de fosfato de calcio amorfo (ACP).
- 5).- Conversión de ACP en apatita.
- 6).- Formación de racimos de vesículas a nivel del frente de calcificación donde son desintegradas y liberan mineral para la calcificación de las fibras de colágena.

Tanto ACP como la apatita son observados dentro de las vesículas así como la región en vías de mineralización alrededor de las fibrillas de colágena, es posible que la conversión ACP ---- apatita empiece en las vesículas y culmine a nivel del frente calcificado.

Diagrama de la calcificación mediada por las células, - estas pueden ser condrocitos, osteoblastos u odontoblastos.

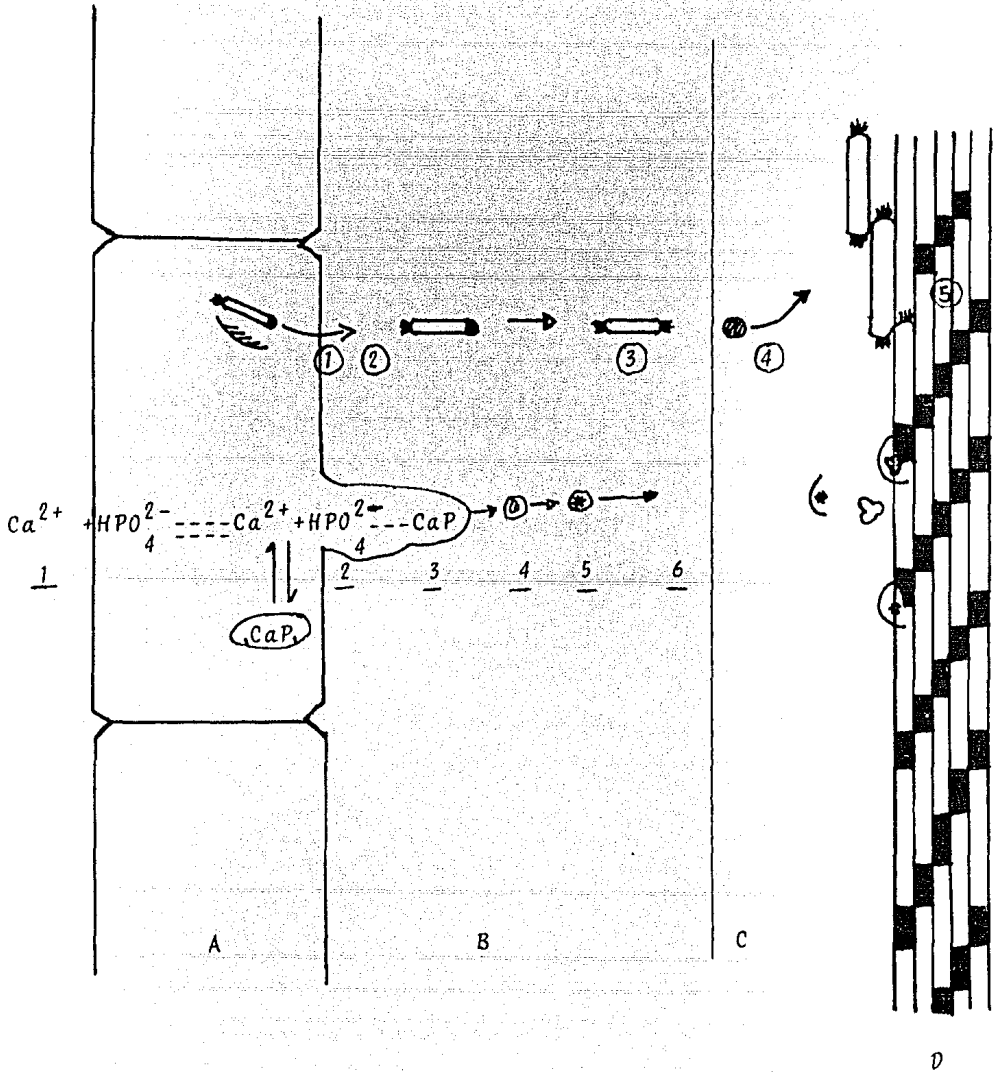


Diagrama de las fases que conducen a la formación de hueso adulto, en este esquema global las células del tejido connectivo son incitadas a diferenciarse en osteoblastos y secretar matriz en lugar y tiempo apropiado, el como ocurre esta sucesión ordenada en el hueso y en todos los tejidos embrionarios.

En el feto, aunque la osteogénesis sigue dos caminos, ambos comienzan como pequeñas consideraciones del mesénquima, en la formación ósea, intramembranosa la osificación ocurre en el interior de la matriz de esta condensación, dando lugar directamente a huesos dérmicos o membranosos, sin embargo la mayor parte de los huesos forman primero un precursor cartilaginoso que, más tarde, será convertido en hueso por medio de un proceso llamado osificación endocordal.

Los estudios realizados indican que el inicio del hueso no puede deberse simplemente a una programación de genes en el interior de los futuros osteoblastos, en cambio el potencial para ser osteoblasto es muy difunido y lo que suscita la diferenciación son las condiciones locales y las interacciones celulares.

La inducción del tejido óseo es una cosa; las fuerzas que influyen en el tamaño y forma del hueso son otra.

La teoría genética del crecimiento óseo afirma que toda la información necesaria para un hueso particular está contenida en las células óseas de dichos huesos.

En contraposición a esta teoría, la teoría de la matriz funcional sostiene que las células óseas no poseen información genética salvo la regulación de la iniciación de la osificación.

La matriz funcional considerada como un todo consta de tejidos, órganos y espacios funcionantes. todos los cambios en tamaño, forma y posición en el espacio de los huesos son debidos a la actividad operacional de sus matrices funcionales conexas.

Por consiguiente, la estructura y el crecimiento óseo reflejan más bien factores ambientales que genéticos.

Una conformación de esta teoría se encuentra en varios estudios clínicos y experimentales sobre el crecimiento del cráneo que mostraron que indiscutiblemente el tamaño de los huesos craneales dependía de la masa de tejido blando en la bóveda craneal si la pérdida del ojo ocurre a una edad temprana, la órbita detiene su crecimiento a menos de que prótesis de tamaños crecientes sean insertadas periódicamente. La simple presencia de un cuerpo artificial en la órbita es suficiente para estimular los osteoblastos y demás células óseas.

CELULAS DEL TEJIDO CONECTIVO

DIFERENCIACION

- 1.- Autoiniciación genética
- 2.- Inducción por células vecinas
- 3.- Hormonas
- 4.- Otras

CELULAS DEL HUESO

CELULAS DEL CARTILAGO

CRECIMIENTO OSEO

- 1.- Autocontrol por genes
- 2.- Efecto piezoeléctrico
- 3.- Matriz funcional
- 4.- Hormonas
- 5.- Otras

HUESO

HUESO

INTRAMENBRANOSO

ENDOCONDRAI

REMODELACION OSEA

- 1.- Efecto piezoeléctrico
- 2.- Matriz funcional
- 3.- Hormonas
- 4.- Otras

III.- LOCALIZACION.

Estas exostosis se presentan con más frecuencia en la apófisis palatina y el hueso mandibular.

EXOSTOSIS PALATINA.

Es una prominencia ósea benigna del paladar duro suele ser bilateral y está ubicado en la sutura palatina mediana con extensión lateral a partir de ella.

Involucra la apófisis del maxilar superior pero rara vez el hueso palatino, tales excrescencias óseas son generalmente simétricas, de tamaño y forma variable, están constituidas por dos partes principales derecha e izquierda que a su vez pueden estar divididas en dos ó más segmentos, estos se encuentran cubiertos por un hueso cortical con centros medulares esponjosos.

La mayoría de estos osteomas se extienden hacia atrás hasta la unión del hueso palatino con la apófisis palatina del maxilar superior.

Estos crecimientos óseos están alojados únicamente en el lado bucal del paladar, carecen de contraparte en el lado nasal el agrandamiento hacia abajo del diploe produce el torus palatino y las apófisis palatinas del maxilar superior no se encuentran dobladas.

El agrandamiento es gradual y el crecimiento es rápido entre la 2^o y 3^o década de vida.

Se ha observado torus palatino en ambos sexos de todas las edades, en todas las razas y culturas, pero no con la misma frecuencia.

Moore comprobó tal anomalía en un 5.59% de recién nacidos y desde un 20.9% por Kolas y Col hasta 24.2% por Miller y Roth entre sus estudios en adultos.

Los estudios llevados por Hoostom y Woo en grupos raciales específicos revelaron una incidencia aún mayor en la raza blanca.

EXOSTOSIS MANDIBULAR.

Suele estar representada por una excrecencia ósea bilateral en la superficie lingual del maxilar inferior en la región de los premolares.

Puede consistir en varios nódulos, su tamaño varía desde el de una munición hasta el de una avellana, compuesta de hueso cortical sólido.

En caso de ser eliminada para facilitar la construcción de una prótesis parcial o total, se procederá a una intervención quirúrgica.

El torus Mandibular es una exostosis o saliente ósea la cual se compone de hueso cortical denso y no modifica su forma tan rápidamente como los bordes alveolares, estos pueden ser sé-siles o pedunculados y varían en su elevación.

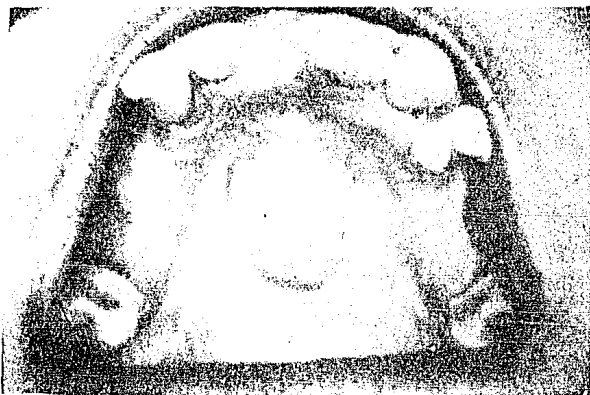
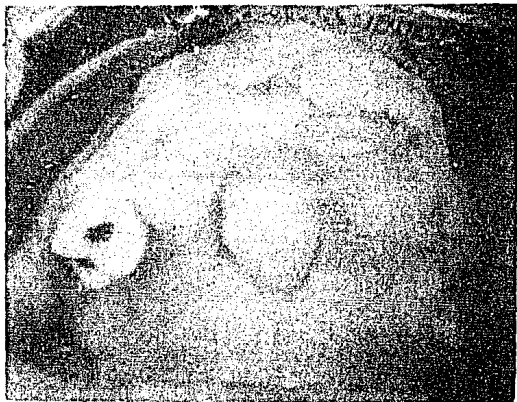
Algunos se palpan muy ligeramente mientras otros alcanzan 1 mm. ó más sobre la lámina cortical, cualquier torus que tenga más de 3 cm. de elevación debe extirparse antes de hacer una prótesis completa o parcial removible, si no se extirpa puede llegar a ser el punto de apoyo de la dentadura y la mucosa que la reviste puede ulcerarse..

IV.- CLASIFICACION.

[SUSUKI Y SAKAI]

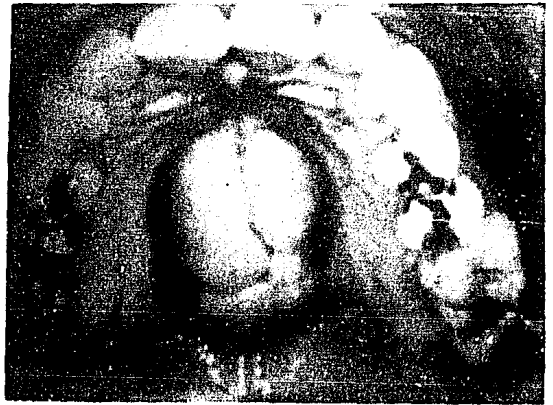
CLASE I.

Excrecencia convexa, sesil, lisa, bilateral generalmente de dibujo simétrico.



CLASE II.

Torus nodular, masa semifusionada de diversos tamaños y número de protuberancias óseas semipedunculadas.



CLASE III.

Torus lobulado que es con toda probabilidad nodular que gracias a un crecimiento más rápido es bastante grande y posee sacavaciones sumamente marcadas.

La base es pedunculada, pero ello resulta difícil de visualizar en el torus lobulado de mayor tamaño hasta tanto algunos de sus segmentos hayan sido expuestos por la desviación de la membrana mucoperiostica.



CLASE IV.

Torus fusiforme mucho menos común que los tres primeros, es largo, delgado con un reborde redondeado en la parte media o puede presentar una forma de mayor a menor.



V.- CARACTERISTICAS CLINICAS Y DIAGNOSTICO.

Esta proliferación en la superficie lingual de la mandíbula se presenta sobre la línea milohioidea por lo común a la altura de los premolares.

Los Torus Mandibulares suelen ser bilaterales o unilaterales alrededor de un 20% de los casos.

Tanto las protuberancias unilaterales como las bilaterales pueden ser únicas o múltiples y con frecuencia son visibles en las radiografías dentales periapicales.

Susuki y Sakai observaron una correlación altamente significativa en la frecuencia de dicha simultaneidad.

La incidencia registrada en los Estados Unidos de América varía entre el 6 y 8% sin diferencia de sexo.

Algunas razas como la de Esquimales de Alaska e Islas --- Aleutianas tienen una incidencia mucho más elevada de Exostosis Mandibular.

En la población general de México es raro ver la Exostosis Mandibular en la primera década de vida.

a).- VALORACION MEDICO - ESTOMATOLOGICA.

Historia Clínica Medica en la Práctica Dental.

La Historia Clínica es un elemento indispensable en la -- práctica corriente.

Existen 5 razones principales por las cuales el dentista -- toma dicha Historia Clínica.

- 1.- Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
- 2.- Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad o la toma de determinados medicamentos destinados al tratamiento de estas pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
- 3.- Para detectar una enfermedad ignorada que exija un -- tratamiento especial.
- 4.- Valorar la evolución del caso.
- 5.- Para conservar un documento gráfico que pueda resul-- tar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia - profesional.

Existen diversas formas válidas y adecuadas para realizar la Historia Clínica.

Algunos prefieren elaborarlas en hojas de papel blancas, - mientras otros optan por un interrogatorio impreso.

Un método muy práctico y completo será un cuestionario -- sanitario el cual se ha tomado como prototipo.

El que se presenta aquí se basa en el Cuestionario que -- aparece en Accepted Dental Remedies, publicación del Council on Dental Therapeutics de la American Dental Association.

QUESTIONARIO SANITARIO

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Dirección _____

Teléfono _____ Ocupación _____ Estado _____

Nombre y dirección de mi médico _____

¿Cuál es su principal trastorno bucal? (en pocas palabras) _____

INSTRUCCIONES

Si su respuesta es afirmativa rodee con un círculo la palabra «Sí»
Si su respuesta es negativa rodee con un círculo la palabra «No»
Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco en los casos indicados.

Las respuestas a las preguntas siguientes son únicamente para nuestro archivo y se consideran como confidenciales.

1. ¿Padece usted algún trastorno o alguna enfermedad? Sí No
a) ¿Ha observado alguna alteración de su salud general durante el pasado año? Sí No
2. Mi último reconocimiento físico fue en _____
3. ¿Está en tratamiento médico? Sí No
a) En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padece? _____
4. ¿Ha padecido alguna enfermedad grave? ¿Le han operado? Sí No
a) En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad?, ¿de qué le operaron? _____
5. ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los cinco años últimos? Sí No
a) En caso afirmativo, ¿cuál fue el problema? _____
6. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?
a) Fiebre reumática o cardiopatía reumática Sí No
b) Lesiones cardíacas congénitas Sí No
c) Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis, apoplejía) Sí No
1) ¿Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos? Sí No
2) ¿Le falta el aliento después de un ejercicio moderado? Sí No
3) ¿Se le hinchán los tobillos? Sí No
4) ¿Tiene dificultad para respirar cuando está echado, o necesita más almohadas cuando duerme? Sí No
d) Alergia Sí No
e) Asma o fiebre del heno Sí No
f) Urticaria o erupción cutánea Sí No
g) Desvanecimientos o ataques Sí No
h) Diabetes Sí No
i) ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día? Sí No
j) ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia? Sí No
k) ¿Nota a menudo sensación de sequedad en la boca? Sí No
l) Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática Sí No
m) Artritis Sí No
n) Reumatismo inflamatorio (hinchazón dolorosa de las articulaciones) Sí No
o) Úlceras gástricas Sí No
p) Trastornos renales Sí No
q) Tuberculosis Sí No
r) ¿Tiene tos persistente? ¿Ha expectorado sangre alguna vez? Sí No
s) Hipotensión Sí No
t) Enfermedades venéreas Sí No
u) Otras enfermedades Sí No
7. ¿Ha tenido hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas, o traumatismo? Sí No
a) ¿Se produce equimosis con facilidad? Sí No
b) ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea? Sí No
En caso afirmativo, explique en qué circunstancias _____

8. ¿Padece algún trastorno de la sangre, por ejemplo anemia?..... SI No
9. ¿Le han operado o le han aplicado radioterapia por un tumor, abultamiento o cualquier otra alteración de la boca o de los labios? SI No
10. ¿Toma algún preparado medicamentoso? SI No
En caso afirmativo, diga cuál es _____
11. ¿Toma algunos de los preparados siguientes?:
- | | | |
|--|----|----|
| a) Antibióticos o sulfamidas | SI | No |
| b) Anticoagulantes (para aclarar la sangre) | SI | No |
| c) Medicamentos para la presión sanguínea elevada | SI | No |
| d) Cortisona (esteroides) | SI | No |
| e) Tranquilizantes | SI | No |
| f) Aspirina | SI | No |
| g) Insulina, tolbutamida (Orinase) o productos similares | SI | No |
| h) Digital u otros preparados cardiotónicos | SI | No |
| i) Nitroglicerina | SI | No |
| j) Otros preparados | | |
12. ¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a?:
- | | | |
|---|----|----|
| a) Anestésicos locales | SI | No |
| b) Penicilina u otros antibióticos | SI | No |
| c) Sulfamidas | SI | No |
| d) Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio | SI | No |
| e) Aspirina | SI | No |
| f) Yodo | SI | No |
| g) Otras sustancias | | |
13. ¿Padece alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que considere conveniente que yo lo sepa? SI No
En caso afirmativo, explique cuál es _____
14. ¿Tiene dolor en la boca? SI No
15. ¿Le sangran las encías? SI No
16. ¿Cuándo visitó al dentista por última vez? _____
17. ¿Qué tratamiento le dio? _____
18. ¿Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior? SI No
En caso afirmativo, diga qué ocurrió _____

MUJERES

19. ¿Está embarazada? SI No
20. ¿Sufre trastornos relacionados con el periodo menstrual? SI No

Observaciones: _____

Firma del paciente

Fecha: _____

Firma del dentista

El cuestionario citado asistirá al dentista y las respuestas ayudarán a hacerse cargo inmediatamente a la interpretación dada por el paciente a sus problemas orales ó dentales y revelará lo que espera de su consulta.

En algunos casos el signo oral sugerirá claramente la presencia de una enfermedad general, por ejemplo; Hemorragia, lesiones que no se curan a corto plazo, etc.

El dentista tiene que revisar cuidadosamente todo el cuestionario fijándose especialmente en las respuestas positivas, -- antes de interrogar al paciente en busca de detalles.

De este modo adquiere una idea general acerca de la salud del paciente.

Debido al bajo nivel de comprensión ó a las actitudes, que ocasionalmente se encuentran en algunos pacientes son de esperar respuestas contradictorias y confusas.

El dentista debe hacer con paciencia nuevas preguntas de -- cada uno de los problemas.

A continuación se mencionarán algunas de las enfermedades -- que interfieren en el tratamiento Odontológico y en general la Cirugía Mayor.

Fiebre reumática ó Cardiopatía reumática, Lesiones cardiacas congénitas, Enfermedades cardiovasculares (trastorno cardiaco, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, tensión arterial elevada, arterioesclerosis, apoplejía).

Alergia, asma ó fiebre del heno, urticaria ó erupción cutánea, diabetes, hepatitis, úlceras gástricas, trastornos renales tuberculosis, hipotensión, enfermedades venereas.

Otro aspecto importante que interfiere en el tratamiento -- Odontológico es la Antibioterapia que pueda tener el paciente -- en caso de alguna enfermedad general, se hará incapáz en este -- punto ya que si el paciente no lo refiere, el tratamiento odontológico fracasará y tendrá diversos problemas de salud,

EXAMEN CLINICO ORAL.

El examen clínico de los tejidos blandos orales y periorales deberá convertirse en un procedimiento de rutina en la práctica general.

El beneficio que se obtiene con el examen clínico depende de la manera que se realiza y de la capacidad del dentista para interpretar lo que observa.

Un examen completo comprende lo siguiente: Inspección visual, palpación y radiografías.

INSPECCION VISUAL.- No tienen importancia el orden en que se efectúe la observación de las diversas zonas de tejidos blandos.

Lo importante es que el método sea sistemático y completo de suerte que no se pase por alto ninguna zona de los tejidos orales ó periorales.

Exámen Perioral.- Se utilizará este examen para establecer un diagnóstico diferencial con sus tejidos adyacentes, se observará la piel del cuello y de la cara, la presencia de ulceraciones, tumefacciones y manchas.

Si no se conoce la causa ó naturaleza de una anomalía, deberá remitirlo a un médico ó al especialista dental.

Se indicará al paciente que abra y cierre la boca mientras se observa la Articulación Temporomandibular y la mandíbula para descubrir asimetrías.

Se verificará la simetría de los incisivos centrales superiores con respecto a los incisivos centrales inferiores, esta

suele indicar una maloclusión, una anomalía en la Articulación - Temporomandibular o la presencia de masas en los tejidos blandos adyacentes a la mandíbula que efectúan los movimientos.

Exámen oral.- Observese los labios y la mucosa labial para descubrir posibles tumefacciones, úlceras ó manchas para examinar la mucosa labial hay que doblar el labio hacia arriba (labio superior) o hacia abajo (labio inferior).



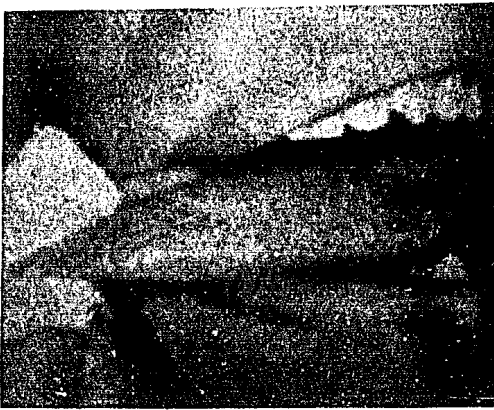
Con los labios vueltos hacia afuera examínese la encía vestibular y los pliegues mucovestibulares.



Se examina la lengua cuando esta en posición normal solamente puede examinarse el dorso, la superficie ventral de la lengua se hace visible cuando el paciente dirige la punta de esta al paladar.



Es importante el borde posterolateral, no se puede observar esta zona a menos que la lengua se saque y se dirija a un lado, - la mejor manera de visualizarla será con la ayuda de una gasa, - con ella se apresará la lengua y se tirará de ella suavemente -- hacia afuera y a un lado.



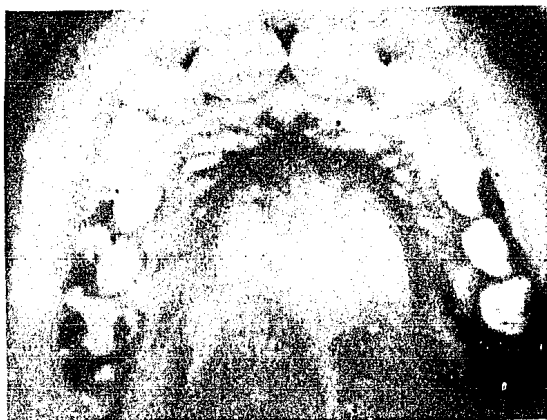
Al mismo tiempo se examinará el piso de la boca se observará cuando la lengua toca el paladar.



Las encías mandibulares y linguales se observarán con la ayuda de un espejo.

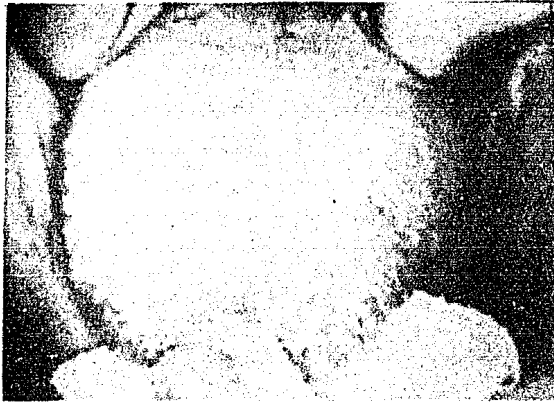


Las encías palatinas y la mucosa palatina suelen observarse por visión directa e indirecta con un espejo.



TECNICA DE PALPACION.

Esta se lleva a cabo en tejidos blandos puede realizarse antes, durante o despues del exámen visual, es conveniente palpar la lengua cando se exterioriza para el exámen visual de los bordes posterolaterales.



El orden de frecuencia de la palpación es empezar por los tejidos extraorales y terminan por los intraorales, está secuencia es cómoda y requiere el mínimo de lavado de las manos.

Para examinar los Ganglios linfáticos se pondrán las manos planas so-re la cara con los índices apoyados con firmeza sobre la ATM y Glándula Parótida palpándos así las masas mientras - - el paciente hará los movimientos de cerrar y abrir la boca varias veces.

Búsqese los Ganglios linfáticos colocando los dedos de ambas manos sobre la piel del cuello, aproximadamente 2 a 5 cm. -- por debajo del borde inferior de la mandíbula, los dedos han de estar en posición perpendicular al cuello y han de prsionar con firmeza.

Luego se hace subir lentamente hasta llegar al borde inferior de la mandíbula.

Los labios, la mucosa bucal, la lengua y el piso de la boca se palpan bimanualmente ó bidigitalmente.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

Se utiliza tanto como medio para descubrir anomalías como método auxiliar de un diagnóstico.

Las radiografías se limitan a proporcionar información, -- muestran formas básicas que el tejido calcificado reacciona a los procesos patológicos.

Las zonas radiolúcidas indican la existencia de procesos destructivos en el hueso, mientras que las radiopacas anormales representan procesos proliferativos.

Una zona bien definida o de bordes natos en una radiografía indica que la lesión se desarrolla con la lentitud suficiente -- para que el hueso contiguo pueda reaccionar y por consiguiente -- contribuir a limitar la lesión.

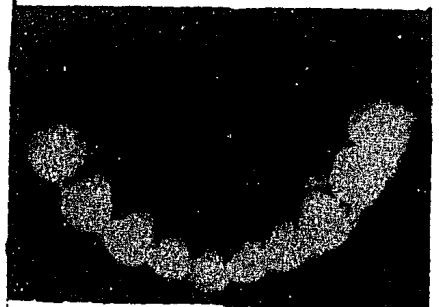
En contraposición, una zona mal definida en una radiografía suele indicar que la lesión se desarrolla rápidamente y que el -- hueso contiguo no ha tenido tiempo para proporcionar una limitación eficaz.

Observación radiografica de la Exostosis

mandibular



EXOSTOSIS BILATERAL



EXOSTOSIS UNILATERAL

B).- ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

Las pruebas de laboratorio permiten al dentista detectar las enfermedades generales en pacientes de diagnóstico dudoso, difícil de establecer algún tratamiento quirúrgico.

En algunas pruebas, como la del tiempo de protombina y el tiempo de tromboplastina parcial, se usan como patrones de comparación ó estándares, muestras de sangre anormal, en relación con las cuales se interpretan los resultados de las pruebas.

Por lo tanto, es aconsejable obtener la escala de valores normales adoptada por el laboratorio que realiza la prueba, de suerte que pueden interpretarse correctamente los resultados de este laboratorio.

a).- Pruebas hemáticas.

Trastornos hemorrágicos, puede presentarlos un paciente por diversas causas, los procesos hemorrágicos se clasifican en tres grandes grupo patogenéticos.

- 1.- Púrpuras angiopáticas (debidas a lesiones capilares).
- 2.- Púrpuras Trombopénicas y trombopáticas (debido a carencias o mala calidad de las plaquetas).
- 3.- Diabetes plasmopáticas o coagulopatías (debidas a trastornos ó carencias de los factores plasmáticos necesarios para la coagulación.

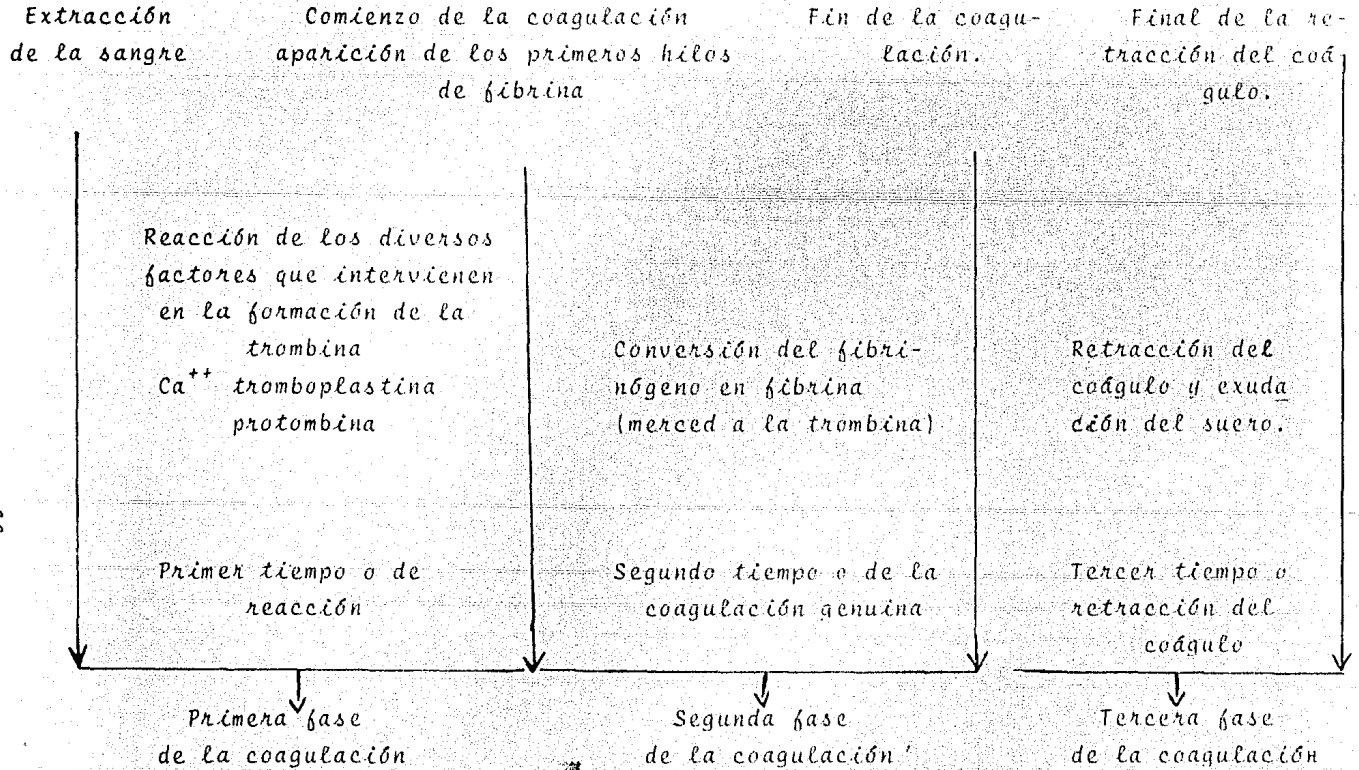
Cuando la historia ó los hallazgos exploratorios de un paciente sugieren la existencia de un trastorno hemorrágico, deben

ordenarse las puebas siguientes; tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, recuento de plaquetas, prueba de torniquete, concentración de fibrinógeno y retracción del coágulo.

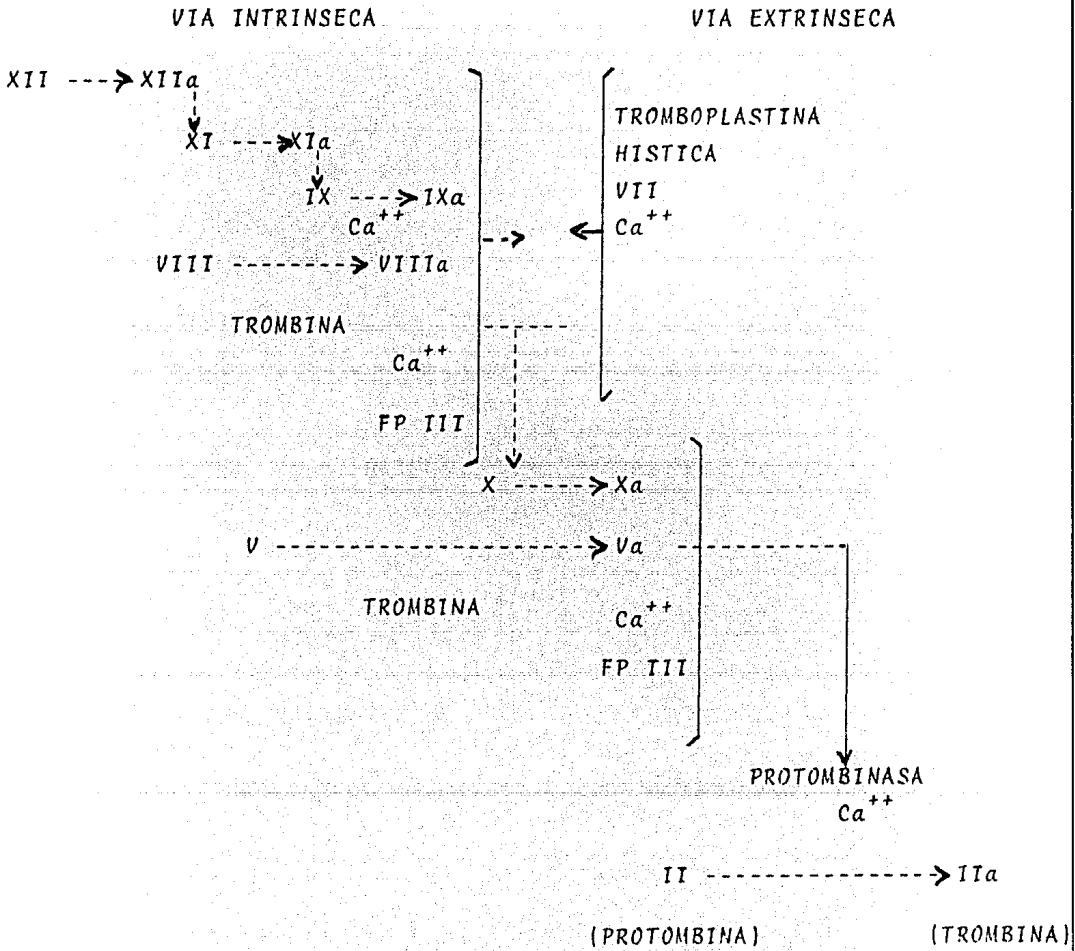
N^o de orden de los factores

Principales Sinónimos

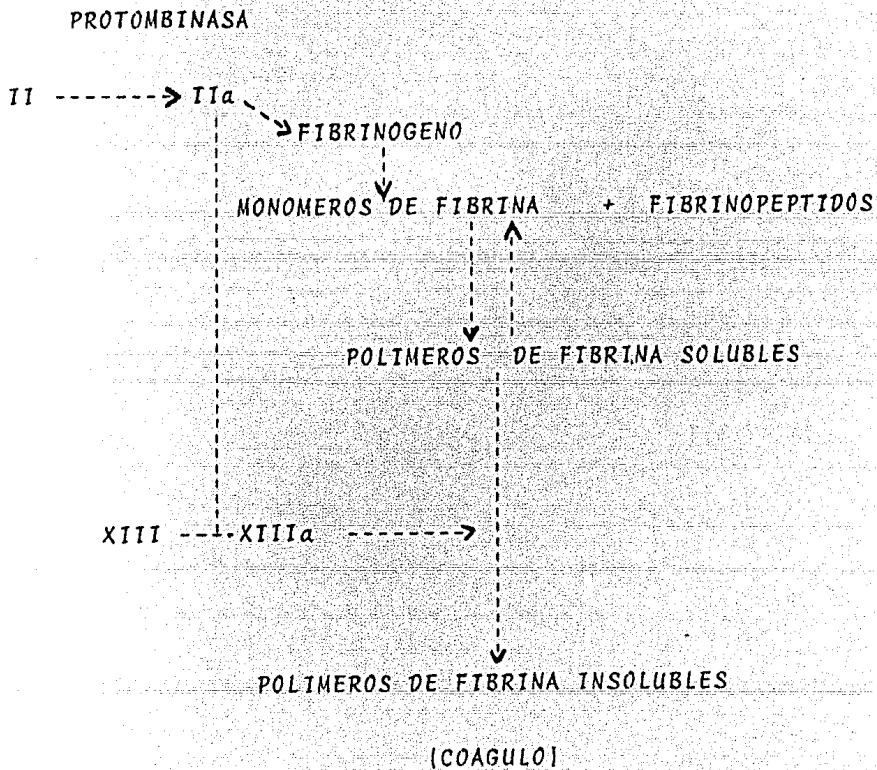
I	FIBRINOGENO
II	PROTROMBINA
III	TROMBOPLASTINA HISTICA
IV	CALCIO
V	ACELERINA FACTOR LABIL
VII	PROCONVERTINA, Factor estable
VIII	FACTOR ANTIHEMOFILICO A GLOBULINA ANTIHEMOFILICA TROMBOPLATINOGENO
IX	FACTOR ANTIHEMOFILICO B FACTOR CHRISTMAS PCT
X	FACTOR STUART-PROWER
XI	PTA FACTOR ANTIHEMOFILICO C
XII	FACTOR HAGEMAN, FACTOR CONTACTO
XIII	FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA DE LORAND Y LAKI. TRASAMIDASA



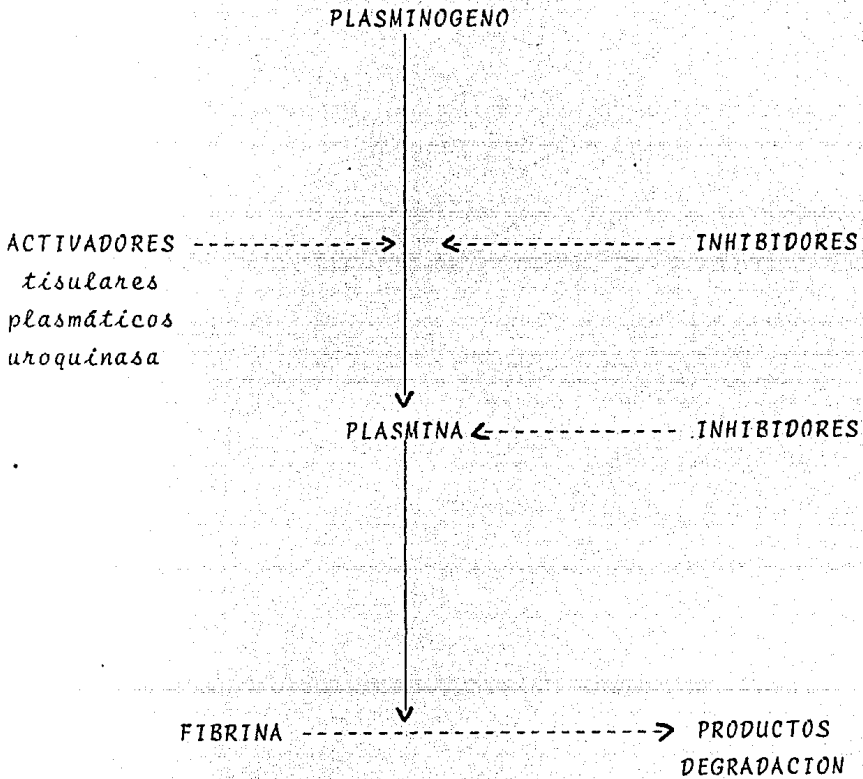
ESQUEMA DEL MECANISMO DE COAGULACION SANGUINEA



ESQUEMA GENERAL DE LA COAGULACION



ESQUEMA DE LA FORMACION DE FIBRINA



ESQUEMA GENERAL DE LA FIBRINOLISIS

La tabla que se presenta a continuación se muestran las --- pruebas de Laboratorio usadas en el diagnóstico de las enferme-- dades generales las cuales orientarán sobre la cuantificación de los factores de la coagulación y tener un diagnóstico preciso -- para el tratamiento Odontológico.

<i>Problemas clínicos</i>	<i>Pruebas</i>	<i>Margen de variación</i>
PRUEBAS HEMÁTICAS		
Problemas hemorrágicos	Tiempo de protrombina	10-14 seg (hecho con control)
	Tiempo de tromboplastina parcial	35-45 seg (hecho con control)
	Recuento de plaquetas	150 000-300 000/mm cúb.
	Prueba del torniquete	Pocas petequias o ninguna
	Concentración de fibrinógeno	100-300 mg/100 ml
	Retracción del coágulo	Completa en veinticuatro horas
Enfermedad de los eritrocitos: anemia	Hemoglobina	Varón: 14-16 g/100 ml Mujera: 12-16 g/100 ml
	Hematócrito	Varón: 40-54 % Mujera: 37-47 %
	Recuento de reticulocitos	Inferior a 1 % del recuento de eritrocitos
	Extensión hemática para estudiar la morfología de los GR	
Enfermedades de los leucocitos: leucemia, neutropenia, mononucleosis infecciosa, etc.	Recuento de leucocitos	5000-10 000/mm cúb.
	Fórmula leucocitaria:	
	Neutrófilos	54-62 %
	Eosinófilos	1-3 %
	Basófilos	0-1 %
	Linfocitos	25-33 %
	Monocitos	0-9 %
Extensión hemática para es- tudiar la morfología de los GB		
Diabetes mellitus	Prueba de la glucemia a las dos horas de la comida	80-120 mg/100 ml
	Prueba de la tolerancia de la glucosa*	
ANÁLISIS DE ORINA		
Diabetes o enfermedad renal	Glucosa	Negativa o indicios
	Proteína	Negativa o indicios
	pH	6,8-7,2
	Acetona	Negativa
	Sangre	Negativa

Un tiempo de tromboplastina parcial anormal retardada (alargado, superior a cuarenta y cinco segundos) con un tiempo de protombina normal indica una alteración de la Fase I de la coagulación, la de la formación de tromboplastina, la causa del trastor no muy amenudo es algún tipo de Hemofilia.

Un tiempo de tromboplastina parcial anormal, un tiempo de protombina anormal retardado (alargado, superior a catorce segundos) y una concentración de fibrinógeno normal suele indicar que está alterada la Fase II, la de la formación de trombina.

Puede ser consecuencia de una enfermedad gastrointestinal grave, o un tratamiento prolongado con aspirina o con Dicumarol.

Si la concentración de fibrinógeno es baja, debe sospecharse la presencia de una enfermedad grave del hígado o un defecto congénito en la concentración de fibrinógeno.

Los pacientes con un nivel bajo de fibrinógeno tendrán un tiempo de tromboplastina parcial anormal retardado (alargado) y lo mismo ocurrirá con el tiempo de protombina.

La prueba de torniquete, de la retracción del coágulo y el recuento de plaquetas se usan para evaluar la función de las plaquetas y la integridad vascular.

Si la retracción del coágulo y el recuento de plaquetas son normales y la prueba de torniquete es anormal, es señal de que está alterada la estructura de las paredes capilares.

Un déficit de vitamina C podría explicar esta alteración si el recuento de plaquetas (inferior a $100\ 000/\text{mm}^3$), la prueba del torniquete y de la retracción del coágulo son anormales, hay un déficit de plaquetas circulantes (Trombocitopenia).

En raras ocasiones es posible hallar un recuento de plaquetas normal y una prueba de torniquete y de la retracción del coágulo anormales, que indica un defecto en la calidad de plaquetas.

ANEMIA.- Para examinar a un paciente en que se sospecha una anemia se usan las pruebas siguientes; concentración de hemoglobina, hematocrito, =recuento de reticulocitos y extensión hemática, con el fin de averiguar la morfología de los eritrocitos.

Una concentración de hemoglobina y un hematocrito bajo son signos de anemia.

Si la cifra de reticulocitos es normal o baja, indicando -- que el número de globulos rojos inmaduros liberados por la médula ósea no aumenta, la etiología de la anemia ha de relacionarse con un proceso destructivo que afecte a la médula ósea.

Si el recuento de reticulocitos es alto, señal de que la -- médula ósea ha aumentado la producción de globulos rojos inmaduros, la base de la anemia probablemente será hemolítica (los eritrocitos sufren la hemólisis en la circulación), la causa de la anemia también puede ser un defecto de la maduración de los globulos rojos.

ALTERACIONES DE LOS LEUCOCITOS.- En los pacientes en quienes se sospechan enfermedades como la leucemia, neutropenia, mononucleosis infecciosa o una infección aguda o crónica, en las cuales se produce una alteración de los globulos blancos, se practican las pruebas siguientes; recuento leucocitario, fórmula leucocitaria y extensión sanguínea para examinar la morfología y el grado de maduración de los globulos blancos.

Los pacientes con una infección bacteriana aguda presentan a menudo una elevación de las cifras de leucocitos (recuento leucocitario (RL) con un notable aumento de los neutrófilos. Los enfermos con infecciones víricas también pueden tener una leucocitosis, pero en esos casos se debe más bien al aumento de la cifra de linfocitos que a la de neutrófilos.

Tanto en las infecciones víricas como en las bacterianas las células son de tipo maduro, en la leucemia puede existir un aumento del recuento leucocitario, pero las células son de tipo inmaduro.

La disminución del RL también puede ser un diagnóstico grave en la fase precoz de la leucemia, el recuento leucocitario suele disminuir.

Los pacientes con agranulocitosis o con anemia aplásica secundaria debida al efecto de sustancias tóxicas sobre la médula ósea o asociadas con una reacción alérgica, presentan una disminución notable en el recuento leucocitario, así mismo, en casos raros un paciente puede presentar una depresión cíclica de neutrófilos que coincide con cambios clínicos como las infecciones orales recurrentes, las ulceraciones o la enfermedad periodontal.

DIABETES MELLITUS.- cuando se sospecha una diabetes mellitus hay que hacer en primer lugar un análisis de orina, que puede efectuar el propio dentista. Si el resultado es negativo debe realizarse la determinación de la glucemia dos horas después de la comida cuando las cifras obtenidas quedan dentro de los límites normales, pero los síntomas clínicos mantienen la sospecha de diabetes se efectuará una prueba de tolerancia de la glucosa.

Análisis de orina.- El dentista puede realizar la prueba -- inicial para comprobar si un paciente sospechoso de afección renal o diabetes mellitus realmente padece la enfermedad.

En el comercio existen tiras preparadas con los reactivos pertinentes para averiguar la presencia de glucosa, acetona, hematuria y Ph, para ello basta sumergir dichas tiras en la muestra de orina y observar la modificación del color, instantáneamente o al cabo de algunos segundos según la substancia que se investiga.

El hallazgo de albumina suele indicar una enfermedad renal la orina de un diabético no compensado contiene cantidades notables de glucosa, .

VI. TRATAMIENTO

a).- Control preoperatorio.

Al paciente se le debe de exponer lo que se espera del tratamiento quirúrgico con el fin de que este adecuadamente preparado; se le debe informar acerca del tiempo que se estima habra de mantenerse alejado de su trabajo y acerca de la tumefacción y otras molestias que aparezcan inmediatamente después de la intervención.

Si existe el peligro de complicaciones tales como una perforación del seno maxilar ó una parestesia post-operativa, hay que advertirle de manera que no le cause alarma.

Se le han de dar instrucciones precisas sobre la dieta, por que el paciente tal vez este preocupado por ayunar y después de la operación. Antes de una operación que se realiza con anestesia local el paciente no debe ayunar, si el cirujano va a emplear la anestesia general el paciente deberá ayunar siguiendo las indicaciones del cirujano.

La necesidad de bolsas de hielo, alimentos blandos, medicamentos y colutorios que pueden ser discutidos antes de la visita quirúrgica. Los requerimientos de cada paciente pueden variar se por su reacción a la operación, pero en lo que se refiere a muchas técnicas el dentista podrá juzgar las necesidades del paciente por adelantado.

Este agradecerá la recomendación de que tome jugos, alimentos infantiles, preparados instantaneos para el desayuno y bebidas no alcoholicas, durante los primeros días después de la operación.

Debe hacerse comprender que ha de satisfacer sus requerimientos de líquidos y calorías y privarse de las bebidas y alimentos durante el pos-operatorio puede poner en peligro su recuperación.

b).- MATERIAL.

- 1.- Pieza de mano (recta y ángulo)
- 2.- Fresa fisura (702 - 704) ó redonda
- 3.- Mango y hoja de bisturí
- 4.- Espejo bucal
- 5.- Osteotomo (no de preferencia)
- 6.- Cíncel para hueso
- 7.- Legra roma
- 8.- Cureta
- 9.- Martillo metal
- 10.- Pinzas homeostáticas rectas y curvas
- 11.- Porta aguja mano
- 12.- Pinzas de campo
- 13.- Tijeras quirúrgicas
- 14.- Sonda para aspiración
- 15.- Aguja y sutura (catgut sencillo u crómico 3-0)
- 16.- Tubo de hule para aspiración
- 17.- Gasas
- 18.- Campos quirúrgicos (esterilizados)
- 19.- Abrebocas
- 20.- Lima para hueso

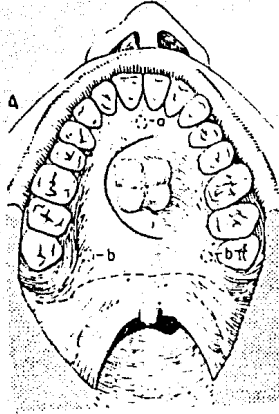
c).- INTERVENCION QUIRURGICA.

Técnica para extirpar la Exostosis dada por el Dr. Godsell, J.O. and King.

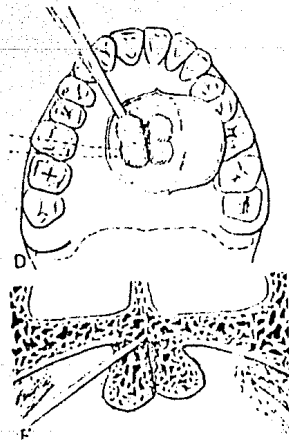
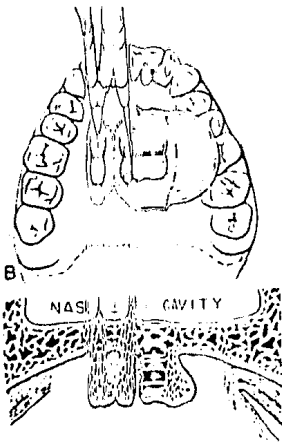
Se anestesia la región por bloqueo extenso bilateral en palatino y por infiltración entre el polo anterior de la exostosis u los incisivos.

Si la Exostosis se extiende hacia el borde posterior del paladar duro tal vez sea necesario infiltrar unas gotas de solución anestésica en la zona distal.

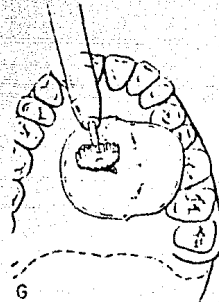
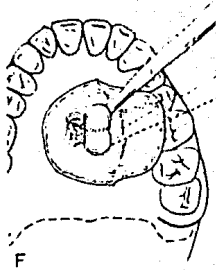
Se hace una incisión en la línea media del paladar y se prolonga en forma de media luna con ramas de 1 cm. de longitud.



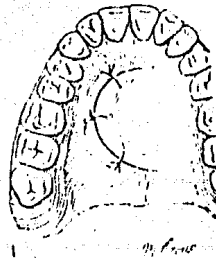
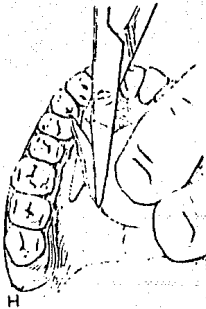
La mucosa superior no deberá cortarse en masa, para evitar entradas a la nariz, se subdividirá en segmentos con una fresa de fisura o redonda formando un enrejado de muelas.



Los segmentos se retirarán con un osteotomo y las protuberancias óseas se alizan con una lima ósea o un Hall Surgairtomo bajo corriente constante de enfriador.



El colgajo se recorta y se sutura laxamente.



El paladar debe cubrirse para evitar la formación de hematoma y sostener el colgajo, se cubre optimamente con una férula palatina ajustada o a los dientes mediante ganchos o ligadura con alambre de acero inoxidable.

La férula permanece en su lugar durante 48 horas y después se extrae para limpiarse e inspeccionar la herida.

Se lleva entonces un apósito quirúrgico sobre el sitio de la operación hasta haber curado bien la herida.

Sin embargo el apósito quirúrgico se retira después de haber ingerido alimentos para tomar medidas de higiene bucal y limpieza.

Técnica para extirpar la Exostosis mandibular propuesta por Dr. ---
Godsell J.O. and. King.

Se anestesia en la zona regional profunda en ---
Mandíbula, se hace la incisión sobre la cresta del reborde desdentado o
alrededor de los cuellos de los dientes para lograr un cierre apropiado.

La incisión deberá ser suficientemente larga para abarcar toda la --
Exostosis y extenderse más allá del mismo, esto último con objeto de no -
desgarrar el colgajo generalmente delgado.

Solo se refleja el grosor completo del mucoperiostio del -- sobre el lado lingual, los tejidos labiales no se liberán proporcionando así tejido de soporte estable para cerrar y evitar perdidas de la profundidad del surco.

Se corta un canal con la fresa, en la exostosis expuesta, - para desarrollar un plano desde el cual se le dividirá, se coloca un osteotomo de un solo bisel dirigido opuestamente a la corteza y se divide a la exostosis con un golpe seco de martillo.

Se alisa el hueso con una lima o si el espacio lo permite - con una fresa para hueso en frotación o se realizan ambos procedimientos.

El área se irriga con solución salina normal, se cierra --- mediante puntos separados con Dexon o seda del número 3-0.

Se coloca una férula en lingual a los dientes para evitar - formación de hematoma, esta permanecerá 48 horas en su lugar y - después se retira para inspeccionar y limpiar la herida.

d).- CUIDADOS POST- OPERATORIOS

Deberá ingerir líquidos --- después de la intervención, dieta blanda, bolsas de hielo durante las primeras 24 horas con lapsos de 20 minutos con intervalos de 10 minutos de descanso, si se aplican fomentos de agua caliente aumentará la reacción inflamatoria, se tomarán medicamentos - en caso necesario que comprenden analgésicos y antibióticos.

VII. COMPLICACIONES POST - OPERATORIAS POSIBLES

Entre las posibles complicaciones que se pueden presentar tenemos; Edema, infección, hematoma.

a). - EDEMA.

Es normal después de procedimientos quirúrgicos, el mayor número de estas intervenciones son traumáticas por la retracción prolongada de los tejidos lo cual obstaculiza el drenaje linfático normal, esto aunado con la reacción inflamatoria produce el edema y la tumefacción.

b). - INFECCION.

Se controlará localmente con irrigación, --- apósitos quirúrgicos y férulas, mediante el empleo sistemático de antibióticos.

En caso de que se coloque férula debe retirarse después de ingerir alimentos para evitar acumulación de restos alimenticios.

c). - HEMATOMA.

Se puede evitar cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso de apósitos y compresión.

Después de haber suturado los tejidos blandos se aplicará presión sobre la herida durante las primeras horas después de la intervención quirúrgica.

El presente caso Clínico corresponde a un paciente de sexo Femenino, de 20 años de edad que acude a la Clínica El Molinito de la Escuela -- Nacional De Estudios Profesionales UNAM bajo tratamiento en la Clínica -- Integral de Odontología, con la colaboración de la Clínica de Cirugía --- Maxilofacial.

1.- Valoración Médico - Estomatológica.

Nombre: BASH

Sexo : Femenino

Edad : 20 años

Escolaridad : Profesional

Nacionalidad : Mexicana



2.- *Historia Clínica.*

a).- *Antecedentes Heredo Familiares.*

Abuela Materna : *Diabetica fallecida a la edad de 70 años.*

Abuela Paterna: *Diabetica fallecida a la edad de 65 años.*

Tío Paterno : *Con Hipotiroidismo actualmente controlado.*

Tía Materna : *Con Hipertiroidismo actualmente controlada.*

Dos hermanos de la paciente padecen Hipertiroidismo actualmente controlados.

b).- *Antecedentes no Patológicos.*

Casa habitación con buena iluminación, ventilación adecuada, con todos los Servicios en buenas condiciones Higienico - -

Dietetica.

Medio económico - social bueno.

c).= *Antecedentes Patológicos.*

Refiere haber padecido enfermedades propias de la infancia, Amigdalectomia a la edad de 6 años.

Presentó cuadro de Amibiasis Intestinal a la edad de 12 años tratada con Amibicidas.

Niega haber presentado Traumatismos Craneofaciales así como reacciones alergicas a algun tipo de medicamento.

d).- Motivo de Consulta.

Acude a la Clínica reportando caries y molestias parodontales al ingerir alimentos duros.

e).- Padecimiento actual.

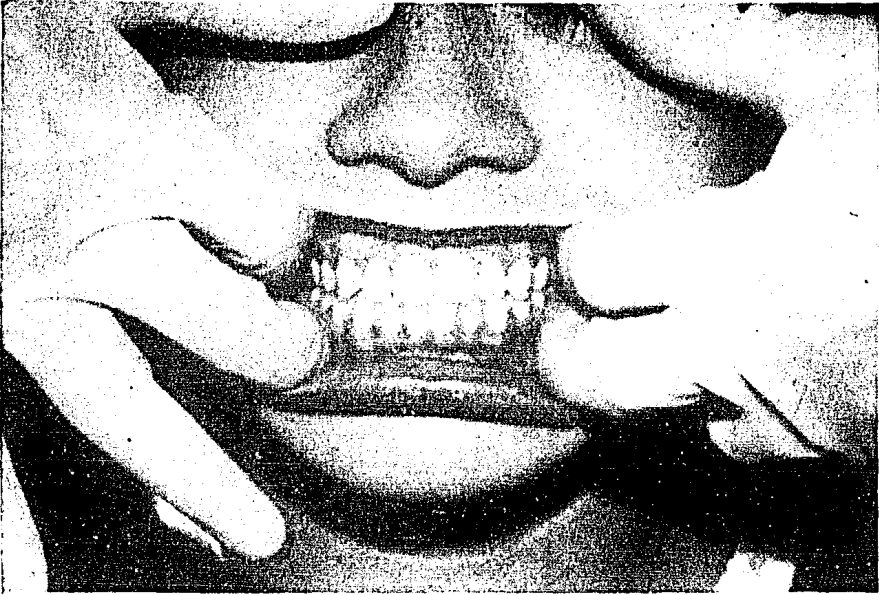
El paciente presenta, caries de 1er. y 2do. grado en órganos dentarios posteriores tanto derecho como izquierdo en ambas arcadas.

Desde hace 2 años presenta por la zona lingual a nivel de premolares edema y sangrado (al ingerir alimentos duros), así como pequeñas ulceraciones que aparecen con intervalos de 1 mes aproximadamente, en ocasiones desaparecen espontáneamente y otras con aplicaciones tópicas de Violeta de Genciana.

f).- Exámen Clínico Oral.

Al examinar los labios no se encontro ninguna alteración patológica visible o palpable, con el mismo resultado en los tejidos adyacentes presentando higiene bucal adecuada.

Se verificó la asimetría de los incisivos centrales superiores con respecto a los incisivos centrales inferiores, encontrándose en la oclusión Clase I de Angle.



Tejidos Parodontales en lo que respecta a encia insertada y adherida se observo la coloración rosa palido, textura lisa normal en la arcada superior.

Tejidos Parodontales del maxilar inferior se observo coloración rosa palido con textura lisa normal en zona bucal.



Por la zona lingual a nivel de premolares tanto derecho como izquierdo se observo aumento de volúmen, edema y pequeñas ulceraciones abarcando un área comprendida entre la encía insertada y piso de boca (1 cm. aprox.) y del 1/3 medio de la raíz distal del premolar al 1/3 medio de la raíz mesial del 1er. molar (1.5 cm. aprox.) con cambio de coloración a rojo intenso, dolor a la palpación, dureza, textura lisa con folicular.



Se examinó piso de boca encontrando vascularización adecuada, coloración normal, dorso de la lengua normal al igual que el frenillo lingual.



g).- Exámenes de Laboratorio y Gabinete.

Se le indicó al paciente la importancia de tomar una --
placa radiográfica oclusal, observándose así la presen-
cia de todos los organos dentarios, advirtiéndose ausencia
de 3eros. molares, simetría en arcadas superiores con -
respecto a inferiores, lesiones cariosas pequeñas en or-
ganos dentarios posteriores, así como obturaciones.

Se percibe aumento de volumen de la tabla cortical por lingual a nivel radicular de premolares en ambas arcadas , zona radiopaca aproximadamente de 1 por 2 cm. siendo está zona -- más intensa y ancha, en el 1/3 medio apical mesial del 1er. premolar desvaneciendose hasta desaparecer en el 1/3 medio apical distal de 1 er. molar.



Biometría Hemática practicada por el laboratorio de Análisis Clínicos de la Secretaría de Marina Hosmardoce.

SECRETARIA DE MARINA
HOSMARDOCE

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
ACAPULCO, GRO.

Nombre _____ Reg. Afil. 315-BASOH
Dr. _____ Fecha _____

BIOMETRIA HEMATICA

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Eritrocitos 4.4 mil./mme.
Hemoglobina 12.8 gr/100 ml.
Hematocritos 41 mm.
Leucocitos 10,400 ml./mme.
Linfocitos 33 %
Monocitos 5 %
Eosinófilos 7 %
Basófilos 0 %
Neutrófilos 55 %
En banda 2 %
Segmentados 53 %

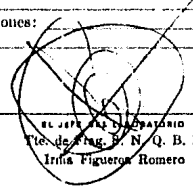
Vol. _____ cc.
Color _____
Aspecto _____
Sedimento _____
Densidad _____
Ph. _____
Albumina _____
Glucosa _____
Cetónicos _____
Hemoglobina _____
Bilirrubina _____
Urobilina _____

Células _____
Leucocitos/c _____
Fil. de moco _____
Eritrocitos _____
Cilindros _____
Cristales _____
Otros _____
Observaciones: _____

T. PROTROMBINA 13 Seg/100%
T.P.T. 36 Seg.

Gpo. _____ Factor Rh _____
Ts. 2'10" Tc. 4'16"

OBSERVACIONES:



Se encontraron los resultados dentro de los valores normales, no contraindicando el acto quirúrgico.

h).- Diagnóstico.

Una vez elaborada la Historia Clínica y haber apreciado el cuadro clínico apoyados en los estudios de Laboratorio y Gabinete corroborando el diagnóstico de Exostosis Mandibular bilateral.

i).- Pronóstico.

Favorable.

3.- Control Pre-operatorio.

Se le expuso al paciente lo que se espera del tratamiento quirúrgico con el fin de que estuviera adecuadamente preparado, se le informó a cerca del tiempo que se estima habra de mantenerse alejado de su trabajo y a cerca de la tumefacción y otras molestias que es posible que aparezcan inmediatamente después de la intervención quirúrgica.

Pues si existe el peligro de complicaciones tales como edema en piso de boca, parestesia post-operatoria, hay que advertirle de manera que no le cause alarma.

Se le dieron indicaciones precisas sobre la dieta ya que el paciente se encontro preocupado por el ayuno antes y después de la intervención quirúrgica.

Dado que la intervención quirúrgica se realizo bajo anestesia local el paciente no debá ayunar, por no presentar reacciones secundarias sistémicas, (si el Cirujano va ha emplear anestesia general deberá indicar al paciente el ayuno correspondiente).

La dieta comprendió: jugos, alimentos infantiles, preparados instantaneos y bebidas no alcoholicas, satisfaciendo los requerimientos de lípidos y calorías ya que al privarse de ellos durante el post-operatorio puede poner en peligro su rápida recuperación'.

Al igual que la termoterápia y medicamentos, tanto analgesicos, -- antibioticos y colutorios fueron discutidos antes de la visita quirúrgica .

(Los requerimientos de cada paciente pueden modificarse por su -- reacción a la intervención pero en lo que se refiere a muchas técnicas - el dentista podrá juzgar las necesidades de cada uno de los pacientes - de antemano.

4.- Material.

- 1.- Pieza de mano (recta y ángulo)
- 2.- Fresas de fisura (702 - 704) o redonda
- 3.- Mango y hojas de bisturí
- 4.- Espejo bucal.

- 5.- Legra roma
- 6.- Cureta
- 7.- Pinzas hemostáticas (recta y curvas)
- 8.- Porta aguja mayo
- 9.- Pinzas de campo
- 10.- Tijeras quirúrgicas
- 11.- Sonda de aspiración
- 12.- Aguja y sutura (catgut sencillo y crómico 3-0)
- 13.- Tubo de hule para aspiración
- 14.- Gasas
- 15.- Campos quirúrgicos (esterilizados)
- 16.- Abrebocas
- 17.- Lima para hueso

5.- Trans - operatorio.



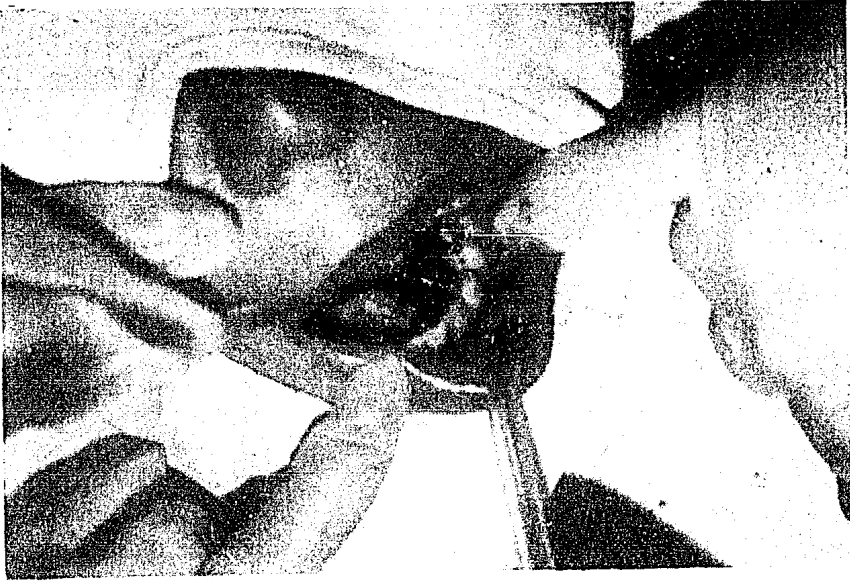
A.- Anestesia de la zona a intervenir (regional con refuerzo men
toniano con Xilocaina al 2% (tiempo de latencia 15 min).



B.- Se realizo la incisión del incisivo central inferior izquierdo a segundo molar izquierdo con bisturi del número 12.



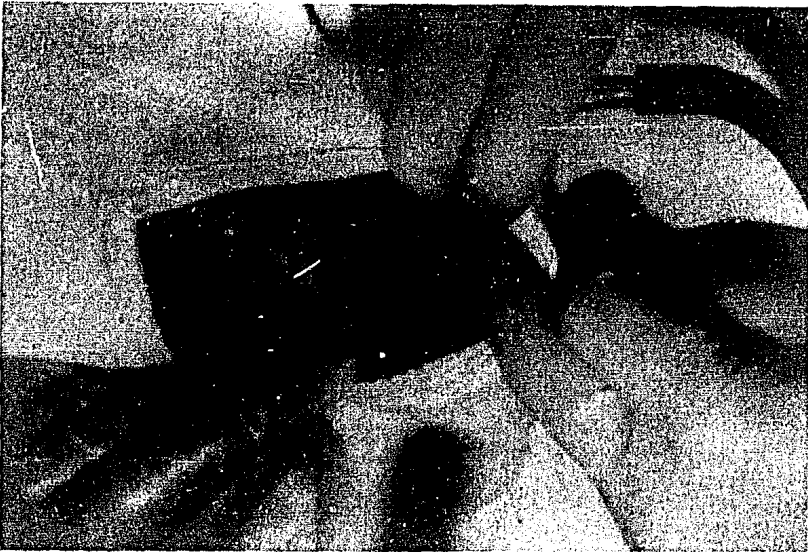
C.- Se levanto el colgajo mucoperiostico con legra número 7.



D.- Limpieza de la zona para visualizar la Exostosis (a nivel de los premolares)



E.- Eliminación de la Exostosis con fresa 702 de baja velocidad, -
irrigando continuamente con movimientos firmes y lentos, si se
presentara resistencia se auxiliaría con osteotomo.

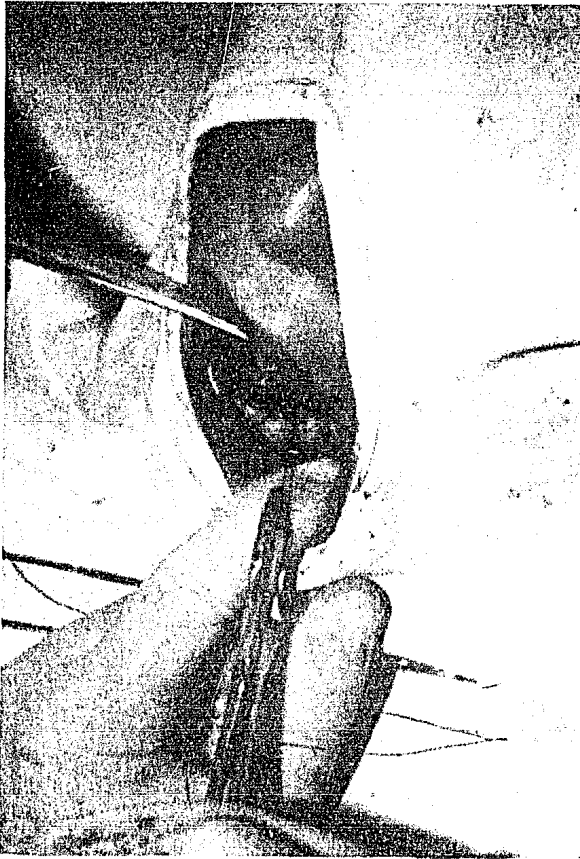


F.- Con una fresa de bola se eliminan las espículas que existen y con la lima para hueso se aliza la zona.

Se irriga la región perfectamente con solución salina para eliminar residuos óseos.



G.- Se posiciona el colgajo en su lugar y se procede a la sutura interproximal, colocando puntos aislados en cada espacio interdentario con seda 3-0.



II.- Se coloca una gasa para prevenir la formación de --
hematomas e inhibir la posible hemorragia.



6.- Post - operatorio.

El paciente reporto durante las primeras 24 horas, leve edematización controlada con la termoterapia y el uso de analgésicos .

A los 5 días se observo una evolución satisfactoria y se --- procedio a retirar los puntos de sutura.



C O N C L U S I O N E S

El propósito de la tesis, hacer énfasis para el Cirujano Dentista así como para el estudiante, de la elaboración de la Historia Clínica ya que si no se profundiza en este aspecto, tanto en el examen clínico, estudios de Laboratorio y Gabinete en pacientes sospechosos se ocasionarán problemas graves en la salud general del paciente, siendo de suma importancia valorar todos los aspectos antes mencionados para obtener, la elaboración del mismo y no fracasar en el tratamiento Odontológico llegando a un diagnóstico en la etapa inicial de las alteraciones.

La etiología de las Exostosis no es muy discutida ya que la mayoría de los investigadores se basan a los estudios realizados por Susuki y Sakai que al término de estos concluyeron que son congénitas.

Empleando los procedimientos de asepsia y antisepsia así como la técnica adecuada se dará mayor seguridad de éxito, además con el control, pre, trans u post-operatorio del paciente, que no se debe ignorar, para evitar posibles

complicaciones.

El riesgo que se corre en la intervención es mínimo si el Cirujano Dentista toma en cuenta las zonas anatómicas -- para evitar lesiones ha estructuras tales como vasos, nervios o posibles fracturas, si se realiza con precaución se verificará que es un procedimiento quirúrgico que llevará a un pronóstico favorable.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las facilidades dadas por la Clínica El Molinito, el servicio de la Clínica de Cirugía Maxilo Facial y muy especialmente a los Doctores Takao Kimura y Enrique Cedeño.

Para la realización de este caso Clínico.

BIBLIOGRAFIA

1.- ARCHER W HARRI B,S,M, A. D.D.S.

Oral and Mexillo Facial Surgery

Edit. W.B. Saunders Compani Philadelphia, London.

Edición 15 Vol. 1

Pags. 109 - 116 , 196 - 210

2.- BLASKAR S.N.

Patología bucal

Edit. " EL ATENEO"

Tercera Edición.

1979 Pags. 30 - 52 - 233 - 232

3.- COSTICH R. EMMETT

WHITE P. RAYMOND

Cirugía bucal

Editorial Interamericana

1974 Pags. 98 - 106

4.- DE GOODSELL , J.O.

KING. D.R.

Surgical aisto intraoral prothesis

Anormalities of the mouth

1955 Pags. 138

5.- GOULD A.W.

*An investigation of the inheritance of Torus palatinus y
Torus Mandibularis*

J. Dent. Res

1964 Pags. 159

6.- HARRIS R.

Oral Surgical

Torus palatinus in a group of Asiatic children

Segunda edición

1962 Pags. 1244

7.- KRUGER, G.O.

Ridge extensión

Review of indications and technics

J. oral Surgery

Segunda edición

1964 Pags. 191

8.- KRUGER O GUSTAVO

Tratado de Cirugía bucal

Edit. Interamericana

2da. Edición.

1978 Pags. 104 - 107, 508

- 9.- LAZZARI P. EUGENE
Biología dental
Edit. Interamericana
Segunda edición
1978 Pags. 118 - 140

- 10.- MORRIS L. ALVIN
BOHANNAN M. HARRY
Las especialidades Odontológicas en la práctica general
Edit. Labor S.A.
Cuarta edición
1980 Pags. 7 - 83 . 85 - 91 , 123 - 124

- 11.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA
Cirugía oral en el consultorio
Edit. Mundi
Serie III Vol. 9 Pags. 178 - 179

- 12.- PEKARSKY R . L.
Torus mandibularis y palatinus
Dent. Radiogr. - Photogr
1952 Pags. 26

- 13.- RIES CENTENO GUILLERMO
Cirugía Bucal
Editorial " EL ATENE0"
8a. Edición
1979 Pags. 504 - 116

- 14.- SHAFER G WILLIAMS
Patología Bucal
Editorial Mundi
1959 Pags. 115 - 116

15.- WENKLER SHELDON
Prostodoncia Total
Editorial . Interamericana
1982 Pags. 104 - 107

16.- ZAGARELLI V EDUARDO
Diagnóstico en Patología Oral
Edit. Salvat
1981 Pags. 237 - 140