



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA**

**CIRUGIA PREPROTESICA
CIRUGIA CORRECTIVA DE TEJIDOS DUROS Y
BLANDOS DE LOS PROCESOS MAXILARES**

Q U E P R E S E N T A N

ROSARIO OFELIA BUENROSTRO RODRIGUEZ

ANGELICA MONROY MONTES

MEXICO, D. F.

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.

I N D I C E

PAG.

Título del proyecto.

Area específica del proyecto.

Personas que participan.

Fundamentación del tema.

Planteamiento del problema.

Objetivos.

Hipótesis.

Material y Método.

Bibliografía.

| | | |
|-----|---|----|
| I. | INTRODUCCION. | 1 |
| | 1.1 Historia Clínica. | 3 |
| | 1.2 Instrumental Quirúrgico. | 6 |
| | 1.3 Incisión. | 9 |
| | 1.4 Suturas. | 19 |
| | 1.5 Anatomía y Características del Proceso Desdentado. | 37 |
| II. | CIRUGIA DE TEJIDOS DUROS | 55 |
| | 2.1 Exodoncia : | 58 |
| | Extracción Dental Simple. | 61 |

| | | |
|------|---|-----|
| | Extracciones Múltiples. | 62 |
| | 2.2 Alveolectomía. | 65 |
| | 2.3 Regularización de Proceso. | 81 |
| | 2.4 Prótesis Inmediata. | 86 |
| | 2.5 Resección de Tuberosidades. | 97 |
| | 2.6 Reducción de Rebordes en filo de cuchillo | 102 |
| | 2.7 Reducción de la Línea Milohioidea. | 104 |
| | 2.8 Torus Maxilar. | 107 |
| | 2.9 Torus Mandibular. | 114 |
| III. | CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS. | 120 |
| | 3.1 Frenillo Labial. | 122 |
| | 3.2 Frenillo Labial Posterior. | 131 |
| | 3.3 Frenillo Labial Inferior. | 132 |
| | 3.4 Frenillo Lingual. | 133 |
| | 3.5 Labio Doble (Macroquilia). | 138 |
| | 3.6 Hiperplasia Papilar Inflamatoria | 142 |
| | 3.7 Hiperplasia Fibrosa. | 146 |
| | 3.8 Vestibuloplastia. | 154 |
| | 3.9 Surcoplastia. | 170 |
| IV. | RESULTADOS. | 173 |
| V. | CONCLUSIONES. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES. | 176 |
| VI. | BIBLIOGRAFIA. | 181 |

TITULO DEL PROYECTO

"CIRUGIA PREPROTESICA". Cirugía
correctiva de los tejidos duros y blandos de los -
procesos maxilares.

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO

Cirugía Bucal (Investigación Bibliográfica). Como material de apoyo en las áreas de Teoría Odontológica y Clínica principalmente en sexto, séptimo y octavo semestres.

PERSONAS QUE PARTICIPAN

ASESOR : Dr. Gustavo Fco. Galvez Reyes.

ALUMNAS : Buenrostro Rodríguez Rosario Ofelia.

Monroy Montes Angélica.

FUNDAMENTACION DEL TEMA

El tema de Cirugía Preprotésica que se imparte en las aulas es un tanto disperso y superficial; por lo tanto, el propósito fundamental de seleccionar este tema, es de recopilar en un solo trabajo de tesis, todas las técnicas quirúrgicas preprotéticas que debe conocer todo Cirujano Dentista.

Otra fundamentación de este tema, es el que este trabajo pueda servir de material de apoyo a las cartas descriptivas de los alumnos que cursan el sexto, séptimo y octavo semestres principalmente, a los que se sugiere cumplan los siguientes objetivos :

- 1) Será capaz de efectuar los procedimientos prequirúrgicos necesarios para realizar una cirugía bucal.
- 2) Efectuará Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento en pacientes que requieran cirugía de tejidos duros.
- 3) Efectuará Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento en pacientes que requieran cirugía de tejidos blandos.
- 4) Será capaz de efectuar Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento, para pacientes con necesidad de Prótesis Inmediata.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ La Cirugía Preprotésica es una alternativa que debe considerar el odontólogo ante casos en que los procesos maxilares no sean adecuados para la recepción de una prótesis ?.

O B J E T I V O S

Conocer las características clínicas, fisiopatológicas, medios para el diagnóstico y cada una de las técnicas quirúrgicas preprotésicas con que cuenta actualmente el profesional.

- Diferenciar un proceso maxilar que puede aceptar favorablemente una prótesis y otro que necesariamente tenga que intervenir quirúrgicamente para poder recibirla.
- Diagnosticar y tratar las anomalías que se presentan en los tejidos duros y blandos de los procesos maxilares.
- La correcta elaboración de un plan de tratamiento aplicando la elección de una prótesis inmediata o una convencional.
- Seleccionar entre las distintas técnicas de diversos autores que reporta la literatura, que son las empleadas por los cirujanos.
- Conocer los cuidados posoperatorios en cirugía preprotésica buscando evidencias de complicaciones que puedan poner en peligro o retrasar la recuperación del paciente.

HIPOTESIS DE TRABAJO

La Cirugía Preprotésica es una solución con que cuenta la Odontología para llevar a cabo tratamientos de buena calidad, - que cumplan con los requerimientos mínimos para restituir con - la prótesis la estética y función de los procesos maxilares; de - volviendo así la integridad física, psicológica y social del - paciente.

M E T E R I A L E S Y M E T O D O S

M A T E R I A L E S :

Libros
Fotografías
Dibujos
Gráficas
Cursos

M E T O D O S

Recursos Humanos : Pacientes; se tomaron fotografías de ellos para poder mostrar los aspectos clínicos de algunos padecimientos y técnicas quirúrgicas.

Nota: estos pacientes corresponden a la población de la - -
Clínica de ENEP "ZARAGOZA".

Asesoría en este trabajo de tesis del
Dr. Gustavo Galvez Reyes.

Recursos Didácticos : Análisis de información contenida en libros y revistas para obtener premisas científicas, las cuales se transcribieron en tarjetas de trabajo que se acomodaron por contenidos. Se utilizó el método inductivo para obtener conclusiones

que servirán para conformar la parte fundamental de este trabajo. Todo esto seguirá las líneas que marca el método científico para la realización de una investigación documental.

La información de los libros se utilizará para armar el marco teórico y la información de los artículos y cursos servirá para actualizar y completar los conocimientos sobre el tema.

Los libros de consulta fueron básicamente de Medicina General, Patología Bucal, Cirugía Bucal, Cirugía Preprotésica, Periodoncia, Anestesia Bucal, etc. (ver bibliografía).

En total fueron 20 alteraciones con sus variantes en las técnicas.

Fueron tomadas 12 fotografías para mostrar el aspecto clínico de algunos padecimientos y técnicas quirúrgicas.

Se realizaron dibujos para esquematizar y apoyar la comprensión del tema.

Curso de Cirugía Preprotésica organizado en ENEP " ZARAGOZA "

La secuencia de los contenidos de esta investigación documental es la siguiente :

I. Introducción : se contempla la importancia de la historia clínica, para conocer el estado de salud general del paciente . Se advierte el instrumental quirúrgico mínimo necesario para llevar a cabo una cirugía. Se menciona los diferentes tipos y técnicas de incisiones y suturas empleadas. Se cita la importancia de conocer las estructuras anatómo-funcionales de los procesos maxilares del desdentado.

Para fines didácticos se divide a las técnicas de cirugía preprotésica en dos capítulos :

II. Cirugía de Tejidos Duros, donde se mencionan las técnicas de la exodoncia, tipos y técnicas de alveolectomía así como regularización de proceso. Indicaciones y contraindicaciones de la prótesis inmediata. Aspecto clínico y técnicas quirúrgicas de resección de tuberosidades, reducción de rebordes en filo de cuchillo, reducción de la línea milohioidea, torus maxilar y torus mandibular; citando los cuidados posoperatorios para cada caso.

III. Cirugía de Tejidos Blandos, donde se menciona el aspecto clínico y las técnicas quirúrgicas así como los cuidados posoperatorios para la frenilectomía, haciendo la descripción de los diferentes frenillos por su localización.

Técnicas para el labio doble, para la hiperplasia papilar, inflamatoria, para la hiperplasia fibrosa, se describe las técnicas y , aportaciones que ofrece la vestibuloplastia y la surcoplastia.

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

- Cirugía Bucal :

ARCHER HARRY W.

Cirugía Bucal

Tomo I

Editorial Mundi A.A.I.C. y F.

Segunda Edición, 1978.

BIRN H., J.E. WINTHER

Atlas de Cirugía Oral.

Editorial Salvat

Primera Edición. España, 1977.

COSTICH - WHITE

Cirugía Bucal

Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

Primera Edición. España, 1974

GURALNICK WALTER C.

Tratado de Cirugía Oral

Editorial Salvat

Primera Edición, 1971.

KRUGER GUSTAVO O.

Tratado de Cirugía Bucal

Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

Cuarta Edición, 1978.

RIES CENTENO GUILLERMO H.

Cirugía Bucal

Editorial "El Ateneo"

Octava Edición.

STARSHAK THOMAS J.

Cirugía Preprotética.

Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

Primera Edición. Paraguay, 1974.

- *Patología BUCAL* :

WILLIAM G. SHAFER

Tratado de Patología Bucal

Editorial Interamericana

Tercera edición, 1977.

THOMA K.H. ROBINSON H.B.G.

Patología Oral

Editorial Salvat, S.A.

1975

C A P I T U L O I

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

C A P I T U L O I

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

Cirugía : "Obra de mano" que quiere decir literalmente, del griego, este término. Parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades o anomalías por medio de operaciones hechas con la mano o con instrumentos. (1)

La Historia de la Cirugía es tan antigua como la misma humanidad y se pierde en el misterio de los tiempos prehistóricos.

A medida que entramos en la época histórica existen documentos que certifican como la Cirugía se ha practicado ampliamente por todos los pueblos antiguos :

indios y chinos, hebreos y babilonios, persas y egipcios, etc.

El avance de la Cirugía se vio trabado por dos grandes inconvenientes : el peligro de hemorragia y el de infección.

La verdadera Cirugía moderna surge en el siglo pasado con el importantísimo descubrimiento de la Anestesia, que ha eliminado de la mesa de operaciones el dolor; y con el encuentro de la asepsia y antisepsia que reduce el peligro de infección.

La intervención quirúrgica alcanzó entonces un margen creciente de seguridad, a lo que contribuyó también el perfeccionamiento del instrumental y los grandes progresos de la física y la química.

El descubrimiento de la sulfamida, penicilina, estreptomicina, etc., permiten lograr en el paciente condiciones pre y -

posoperatorias sumamente favorables al éxito de la operación.

La Cirugía ha alcanzado un alto grado de perfección, apoyándose en exámenes antes y después de la intervención tales como: exámenes de laboratorio y exámenes radiográficos.

La Cirugía Bucal es la más antigua especialidad de la Odontología. La Cirugía Maxilofacial y específicamente la Cirugía Preprotética, es una de las áreas más apasionantes dentro de las -- ramas de la Odontología, día a día se encuentran innovaciones en las técnicas ya establecidas.

Debido a que los pacientes que requieren Cirugía Preprotética pertenecen al grupo geriátrico, nos inclinaremos al estudio de ellos; además de las precauciones que debe tener el cirujano en sus tratamientos quirúrgicos y las recomendaciones que se -- deben hacer para incrementar tanto la estética como el buen funcionamiento de la prótesis para un paciente en particular. (3)

1.1 HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un proceso ordenado y cronológico en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al clínico conocer el estado de salud general de ese paciente en particular.

Todo enfermo que llega al consultorio dental debe llenar un cuestionario médico. El cirujano dentista hará un análisis detallado; especialmente si piensa emplear anestesia general.

Se procura que el cuestionario que se presenta al paciente sea lo más corto y simple posible, a fin de ser inteligible para cualquier persona, utilizando para ello, un lenguaje sencillo.

La Historia Clínica, el exámen bucal, exámenes de laboratorio, estudio radiográfico, interpretación de modelos de estudio, fotografías, etc., le da al cirujano dentista la información necesaria para poder diagnosticar, pronosticar y realizar un plan de tratamiento del paciente en forma particular así como conocer su peculiar estado general de salud.

Si la Historia Clínica reveló puntos susceptibles de investigación más complejos, es el momento de que se solicite una interconsulta con el médico del paciente.

Para obtener los datos que nos muestren la situación real del paciente reflejados en la elaboración de la Historia Clínica el dentista se apoya en :

- 1) Interrogatorio : llamado también "Anamnesis", es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre

el estado de salud actual, conocer los antecedentes personales patológicos, los no patológicos, los hereditarios, etc.

Métodos de Exploración :

- A) Inspección : Representa la primera etapa de toda la exploración física. El clínico lo hace a veces sin darse cuenta desde que inicia su práctica. La inspección es el método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista y algunas veces con la ayuda de instrumentos. Por medio de esta vía conocemos : el color de la piel, forma y tamaño de los ojos, observamos la conjuntiva, manos, dedos, uñas, cabeza, cuello, frecuencia respiratoria; inclusive su estado de stress, etc..

- B) Palpación : Es el método de exploración clínica que nos proporciona datos por medio del tacto. Es la maniobra mono o bimanual mediante la cual el cirujano explora una determinada región anatómica, al objeto de descubrir las eventuales alteraciones locales de forma, dimensión, resistencia y consistencia; provocadas por hechos patológicos en la superficie de la región palpada, y, además se manifiesta el grado de temperatura local.

- C) Percusión : Es el procedimiento explorativo que consiste en golpear rítmicamente y en forma metódica, la región explorada, con objeto de producir fenómenos acústicos y localizar puntos dolorosos. Por medio de la percusión, se refleja el dolor, movimientos y fenómenos acústicos.

D) *Auscultación* : Es el método de exploración clínica basada en la audición de diferentes ruidos anormales y normales del organismo. De todas las fases de la exploración clínica, la auscultación es una de las más importantes; Ésta nos permite descubrir el tipo de respiración, la frecuencia de ruidos respiratorios sobreañadidos o patológicos - como los roncus, estertores, sibilantes, roces, etc.. La práctica de la auscultación se puede efectuar de dos maneras : con el oído directamente aplicado sobre la superficie corporal situada por encima del órgano que se quiere auscultar; es la llamada auscultación directa o auricular, y mediante la interposición entre el oído del operador y la zona auscultada de un aparato especial (estetoscopio, fonendoscopio) que recorre, transmite y amplía los sonidos; ésta es la llamada auscultación interpuesta o instrumental..

1.2 INSTRUMENTAL QUIRURGICO

En términos generales, una operación de cirugía bucal propo-
ne : incidir tejidos blandos, llegar hasta el hueso, practicar -
una ventana en él; y por esta ventana eliminar el objeto de la -
operación, (diente, tumor, proceso patológico, etc.). Para reali-
zar dicha operación, es menester ayudarse de instrumentos y ma-
teriales quirúrgicos apropiados. (5)

Los instrumentos necesarios para los procedimientos quirúr-
gicos bucales varían grandemente; dependiendo del número y el -
carácter de la operación que se intente realizar.

Se describirá aquí los instrumentos básicos y sus aplica-
ciones generales :

A) Instrumentos para Tejidos Blandos :

- Bisturí : tipos Bard-Parker, se utiliza para realizar las incisiones.
- Hojas para Bisturí : # 11, 12 y 15.
- Tijeras : para corte y disección.
- Agujas y Materiales de Sutura.
- Portagujas.
- Abrebocas.
- Pinzas Hemostáticas o de Mosquito ; para cohibir la hemorragia.
- Pinzas de Disección.
- Legras, Periostotomo, Espátulas Romas : para desprendi-
miento y separación del colgajo.

- Separadores Farabeuf, Retractor Angular o de Mayo : para mantener apartados los labios, los carrillos, la lengua y el colgajo.

B) Instrumentos para Tejidos Duros :

- Elevadores : para movilizar o extraer dientes o restos radiculares.
- Forceps : destinado a extraer el diente.
- Escoplo, Cincel y Martillo : para reseca el hueso que cubre el objeto de la intervención. (Osteotomía y Odontosección). Se menciona la existencia de estos instrumentos pero hoy en día se utilizan menos.
- Alveolotomo y Pinzas Gubia : Rectos y Curvos ; para Osteotomía.
- Piezas de Baja Velocidad : para Osteotomía.
- Fresas Quirúrgicas : de carburo; bola # 4, 5 y 6 .de fisura # 751 y 752, fresones.
- Limas para Hueso : para alisar bordes y eliminar puntas óseas.
- Pinzas para tomar algodón y gasa : para limpiar el campo operatorio.
- Cucharillas para Hueso : Para extirpar dentritus de tejido degenerativo, retirar fragmentos de hueso y para suavizar los bordes cortantes del alveolo. (3)

C) Instrumentos para Drenaje :

- Tubos de Caucho : de diámetro variable, pero menor de medio centímetro y de un largo de acuerdo al proceso a drenar.
- Tira de gasa.

D) Instrumentos para limitación del Campo :

- Pinzas de Campo : son instrumentos que se usan para tomar y fijar las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

Además de este instrumental quirúrgico, se suma el instrumental básico : espejo, explorador, excavador, jeringa, agujas anestesia, gasa estéril, solución fisiológica o agua bidestilada. (5)

1.3 I N C I S I O N

Definición : Es la maniobra en la que por medios mecánicos, térmicos o eléctricos, se abre el tejido blando para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. Es el primer tiempo de la operación. (7)

El propósito de la cirugía de tejidos blandos, dentro de la cavidad bucal, es :

Corregir algún defecto congénito, eliminar un estado patológico con el deseo de establecer un equilibrio en la funcionalidad y estética del aparato estomatognático.

La cirugía debe planearse y practicarse de tal manera que se obtenga el mejor resultado desde el punto de vista fisiológico, estético; en relación a la colocación adecuada de una futura "Prótesis Bucal" en cada paciente. El dentista debe estar al tanto de la localización de todas las estructuras anatómicas de la región en la cual intervendrá, para lograr dar la dirección, amplitud y profundidad correcta y no lesionar los tejidos. (6)

MATERIAL E INSTRUMENTAL

A) Bisturí : El cuchillo, bisturí o escarpelo; puede ser una unidad integral con hoja y mango unida, como en el caso de cuchillos periodontales o, puede consistir de un mango con una hoja desmontable y desechable; las cuales se eligen según la clase de operación a realizar. (6)

El bisturí eléctrico, coagula la sangre que surge de los vasos a medida que se va practicando la incisión, por lo tanto, este instrumento mantiene despejado y visible el fondo de la incisión y el cirujano no lesiona de esta forma los tejidos.

Se menciona la existencia de este instrumento aunque difícilmente se encuentra en el mercado.

- Manera de tomar el bisturí :

Se toma con la mano derecha como si fuera una pluma fuente; el mango del bisturí es tomado entre el pulgar y los dos primeros dedos (el índice y el medio), es útil que la mano que maneja el bisturí tenga un punto de apoyo. Este punto se logra aplicando los dedos meñique y anular sobre la arcada dentaria vecina, sobre el arco alveolar o sobre un plano resistente que puede estar dado por los dedos de la mano izquierda, la cual a su vez se apoya sobre la cara del paciente. La mano derecha de esta forma adquiere fuerza y precisión y el trazado es recto y de una sola intención; con ello se logra una incisión limpia y atraumática, como lo indica las características de toda incisión. (5)

El bisturí se puede tomar en forma de lápiz; cuando se desea realizar una incisión pequeña, como garfio para una incisión de mayor profundidad, y, en forma de cuchillo de mesa para una incisión más amplia. (3)

B) Tijeras : Las tijeras como instrumentos de sección de tejidos tienen extenso uso en la cirugía. Las hay de diferentes formas : las curvas se adaptan al trabajo que han de realizar, pudiendo alcanzar la región palatina y lingual de difícil acceso. También pueden usarse tijeras para seccionar cicatrices y trozos de colgajos, para dicho fin se usan tijeras rectas. Otro uso es para cortar los puntos de sutura, en este caso se emplean tijeras de hojas pequeñas. (6)

- Manera de tomar las tijeras :

La tijera se toma con la mano derecha, introduciendo los dedos pulgar y medio o el anular en los anillos, sirviendo el dedo índice como tutor o guía; para ello el dedo índice, debe apoyarse en la cruz de la tijera. (5)

TECNICA

Para realizar cualquier tipo de incisión, se anestesia el área por incidir, haciendolo mediante bloqueos locales o por infiltración superficial de anestésicos dentro de la mucosa, o - - - bien, se puede administrar al paciente anestesia general. (6)

Para efectuar una incisión es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o encía con ayuda de los dedos de la mano izquierda, los cuales al mismo tiempo apartan los labios, o bien, - - - - - estos pueden apartarse con separadores.

El planeo del sitio donde debe ubicarse la incisión se con-

sidera antes del acto operatorio y estará de acuerdo al tipo de incisión a realizar. (3)

Las incisiones dentro de la cavidad bucal, por lo general, deben llegar en profundidad hasta el tejido óseo, seccionando el tejido que cubre el hueso o sea el periostio. (Fig. #1)

Las incisiones limitan un trozo de fibromucosa o mucoperiostio al que se denomina "colgajo". El éxito o el fracaso de todo procedimiento quirúrgico que movilice tejidos (colgajos) depende de la vascularización y de la vitalidad de los tejidos interesados.

La forma de desprender el colgajo es apoyandose decididamente contra el hueso y con suaves movimientos de lateralidad se gira la espátula, legra o periostotomo; se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando , la fibromucosa y periostio. El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiere la operación. (5) (6)

- Condiciones que deben reunir la Incisión y el Colgajo :

- 1) La incisión debe ser hecha en un solo trazo sin líneas secundarias.
- 2) En boca, la incisión debe ser comenzada de distal a mesial.
- 3) En la cavidad bucal no deben realizarse incisiones económicas. La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio; evitando desgarramiento gingival

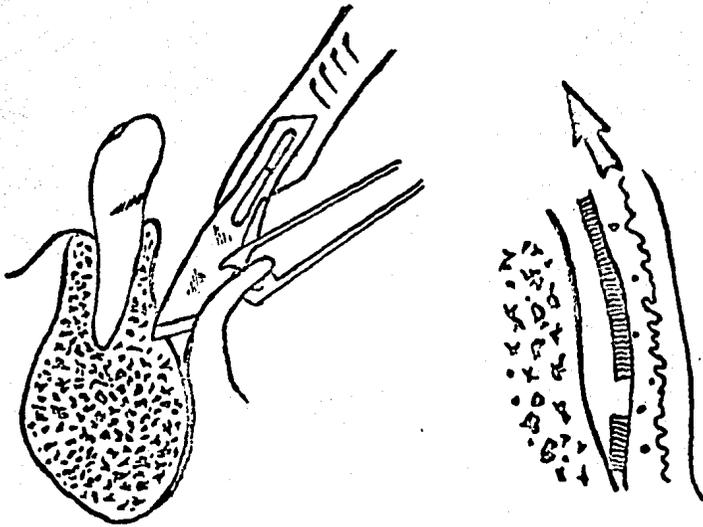


Fig. 1. una incisión horizontal a través del peristoneo permite que la mucosa pueda estirarse. (Costich - White).

y así impedir su necrosis.

- 4) No debe oponerse a las maniobras operatorias.
- 5) La incisión y el desprendimiento del colgajo deben permitir una perfecta visión del objeto a operarse.
- 6) Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que se tenga una base lo suficientemente ancha como para proveer óptima irrigación, evitando así los trastornos nutritivos y su necrosis. (Fig. # 2)
- 7) La incisión debe trazarse de tal manera que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de corte repose sobre el hueso sano e íntegro y los puntos de sutura puedan descansar sobre el plano óseo.

Por lo tanto; a trazado correcto y rectilíneo, hecho con un bisturí filoso, corresponde una buena adaptación del colgajo y por ende una buena cicatrización. (5)

A continuación se mencionan los tipos de incisión más empleados dentro de la cirugía bucal preprotésica :

- A) **Incisión Marginal** : Se llama así por que se lleva a cabo en la encía marginal para separar los cuellos de los dientes y además se cortan las papilas interdientarias.
Está indicada para tratamientos quirúrgicos de las regiones linguales o palatinas; con la condición que no debe existir enfermedad parodontal con destrucción de hueso para que las papilas tengan hueso de soporte, y su cicatrización sea - - -

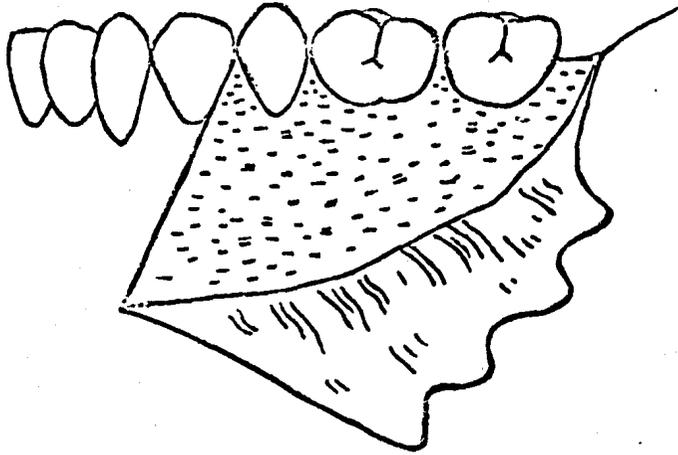


Fig . 2 . Una incisión vertical en el extremo anterior de la incisión en el borde gingival forma un colgajo triangular . La retracción del colgajo se hace hacia atrás, para proporcionar una exposición más amplia del sitio que se va a operar .

(Coslich - White) .

adecuada,

- B) *Incisión Festoneada* : Indicada en las personas con *parodontitis crónica* con bolsas profundas; la vascularización procedente del hueso y el ligamento parodontal está comprometida y - entonces es preferible incidir las papilas en su extremo libre. Esto permite mejorar la visualización del hueso marginal y si fuera necesario, también facilitaría la *gingivectomía*. En el - desdentado, la *incisión marginal* se sustituye por una *incisión* a lo largo de la cresta del proceso alveolar.
- C) *Incisión Angular* : Es una *incisión marginal* combinada con - otra *oblicua*, que se extiende desde el surco gingival hasta el fondo del *vestíbulo*; la *incisión oblicua* es *mesial* a la *marginal*, de tal manera que el campo quirúrgico se encuentra bajo - la *visión directa* del cirujano. (también llamada *Magnus*). Está indicada en operaciones de *colgajo* en las caras *vestibu-* - *lar* de ambos *maxilares* (*extracción* de *terceros molares supe-* - *riores e inferiores retenidos*). El ángulo formado por la *inci-* - *sión marginal* y la *oblicua* debe ser *obtuso*. La *incisión obli-* - *cua* se inicia en la base de la *papila interdental* facilitando - la *sutura* y haciendo menor el *trauma* de la *encla marginal*.
- D) *Incisión de Newman* : Es una *incisión marginal* combinada con - dos *oblicuas*, está indicada en las *zonas anteriores* de *ambos* - *maxilares*, en los casos en los que es necesario *exponer amplia-* - *mente el hueso*, por ejemplo: *apicectomías* y *tumoraciones quis-* - *ticas*; se puede considerar como una *incisión derivada* de la - *incisión angular*.

E) Incisión en "U", también llamada de Wassmund : No incluye la encía marginal.

Se realiza en la zona vestibular superior únicamente cuando existe una incisión indicada muy precisa como apicectomía y en la extracción de dientes como son restos radiculares. _
(Ver fotografía # 1).

F) Incisión de Partcht o Semilunar : Es utilizada principalmente en apicectomías o legrados periapicales o al realizar acceso a dientes retenidos en vestibulo. (3) (7)



Fotografía # 1. Se muestra el aspecto clínico de un paciente que presenta un resto radicular; en el que se indica la realización de una incisión del tipo en "U" o Wassmund. (Clínica "Zaragoza").

1.4 SUTURAS

Definición : (Del latín sutum - supino suere - coser).

Es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos - separados por una incisión para favorecer su cicatrización. No solo es aconsejable en grandes incisiones sino hasta para reunir bordes gíngivales en una simple extracción dentaria.

Objetivos que debe reunir la Sutura :

- A) Restaurar tejidos en su posición normal o colocarlos en alguna otra posición deseada para ayudarlos a su cicatrización.*
- B) Prevenir hemorragia posoperatoria.*
- C) Eliminar espacios muertos, donde pueden acumularse líquidos o sangre y así servir como medio de cultivo para microorganismos con la consecuente infección de los tejidos.*

Condiciones que debe reunir la Sutura :

- A) Unir tejidos de la misma naturaleza.*
- B) Los puntos de sutura se colocan para sostener los tejidos en posición, no para tirar de ellos y llevarlos así a la postura deseada.*
- C) Nunca deberán apretarse tanto los puntos que se ejerza tensión excesiva sobre el tejido, de lo contrario, se saldrán de él, desgarrandolo y perdiendo el cierre adecuado.*

Cuando se desea suturar después de una extracción dental-simple o extracción del borde alveolar, los puntos deberán pasar sobre las crestas óseas interdientales y no sobre el alveolo-vacío. (6)

MATERIALES DE SUTURA

En Cirugía Bucal se utilizan como materiales de sutura :

- A) Absorbibles : Catgut, dexón (ac. poliglucólico).
 B) No Absorbibles : Seda, nylon, crin, lino y materiales metálicos.

- Catgut : Es un material reabsorbible, se obtiene del intestino de oveja, químicamente está formado por sustancias protéicas fácilmente digeribles por los elementos proteolíticos de los tejidos, se le emplea solo en los casos de vasos seccionados (hemostasis), en los planos profundos de pláticas por que es un material poco duro y no está de acuerdo con la delicadeza del tejido gingival. Este tipo de sutura es absorbible en un periodo aproximado de ocho a quince días. Este material se adquiere esterilizado en tubos numerados según el espesor de los hilos. (6)

- Hilos de Seda : De origen animal, se emplea tanto en cirugía general como bucal. El tamaño de la seda 3 - 0 es el más satisfactorio, hace que sea lo suficientemente fuerte para no romperse al estar suturando, y, no es tan voluminoso que

resulte molesto para el paciente. Los nudos que se hacen con la seda no resultan demasiado grandes; el trenzado impide que el hilo se tuerza y se enrede durante el procedimiento. La seda negra no irrita la lengua y su color es fácil de reconocer para poder retirarla, ya que no es el tipo de material reabsorbible. (3)

Existen otros materiales de sutura no absorbibles como : el nylon o dermalón .- material sintético derivado de la celulosa, - materiales metálicos elaborados con elementos minerales .- como - los alambres de acero inoxidable, de plata o de oro. Pero debido a la irritación que produce a los tejidos son los menos empleados en cirugía bucal.

INSTRUMENTAL DE SUTURA

A) Agujas : En el mercado se encuentra gran variedad de formas y tamaños, se encuentran agujas unidas a diferentes tipos de materiales de sutura, con la ventaja de encontrarse en paquete ya esterilizado listo para usarse; éste es el más recomendable por ser atraumático. Las agujas pueden ser curvas, de media - circunferencia o de tres cuartos de circunferencia. La aguja pequeña semicircular de borde cortante es la ideal - para la mayor parte de las suturas intrabucales, su punta puede ser lanciforme, cuneiforme o triangular. Una aguja sin borde cortante requiere mucha fuerza para empujarla a través de los tejidos y algunas veces estira y deforma la mucosa haciendo -

difícil volver a colocarla en posición adecuada.

- B) *Portagujas* : Este instrumento toma la aguja aproximadamente en el centro de su arco, la aguja debe estar enhebrada antes de iniciar la maniobra.

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminarla en la cara bucal o vestibular. En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, esto es; de distal a mesial.

La aguja perfora la fibromucosa y se le ve entre los labios de la herida, en este momento la aguja puede ser tomada con las pinzas de disección; posteriormente perfora la fibromucosa del colgajo opuesto y aparece en la superficie ayudada por el mismo portagujas. Este instrumento también es útil al realizar los nudos con los cabos de la sutura para así fijarla; como se muestra en la figura # 3 de A a H.

- C) *Pinzas de Disección* : Las pinzas de disección dentales, así como las pinzas de Kocher, la pinza atraumática de Chaput, o bien las pinzas de dientes de ratón, le son muy útiles al cirujano en la preparación de los colgajos, tomando estas la fibromucosa sin desgarrarla ni lesionarla, o en el acto de suturar ayudando al trayecto de la aguja a través de los tejidos y también posteriormente al retirar los puntos de sutura.

... Se tira del hilo a través de los dedos de modo que quede colgando un tramo de 2.5 cm. La mano izquierda toma el hilo cerca de la aguja, para que esta no cuelgue y golpear al paciente.

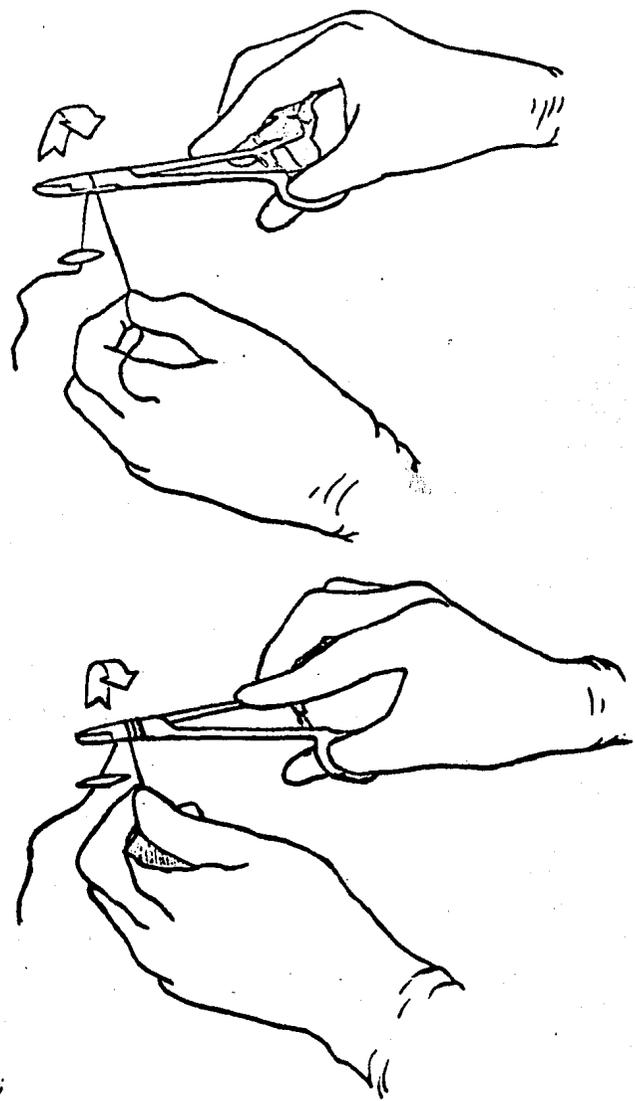


Fig. n° 3.1. n u 16

El hilo se envuelve dos veces sobre el vortapias en dirección a los rinos. Las manos no sueltan el hilo ni el vortapias.

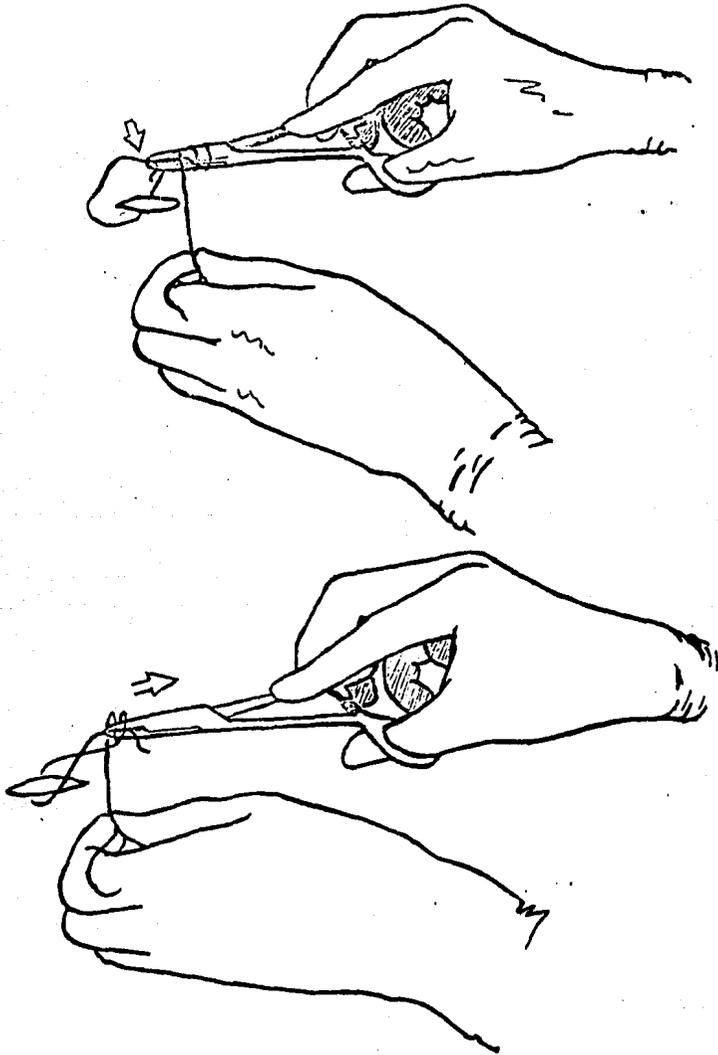


Fig. n° 3.2 C. Los ricos toman el extremo del hilo.

D. La mano izq. tira del hilo para sacarlo de los ricos y llevarlo sobre el extremo del hilo que está más allá de ellos.

los picos se mantienen tan cerca como sea posible de la herida mientras la mano izquierda dirige el hilo para formar el nudo. El círculo muestra el nudo con más detalle.

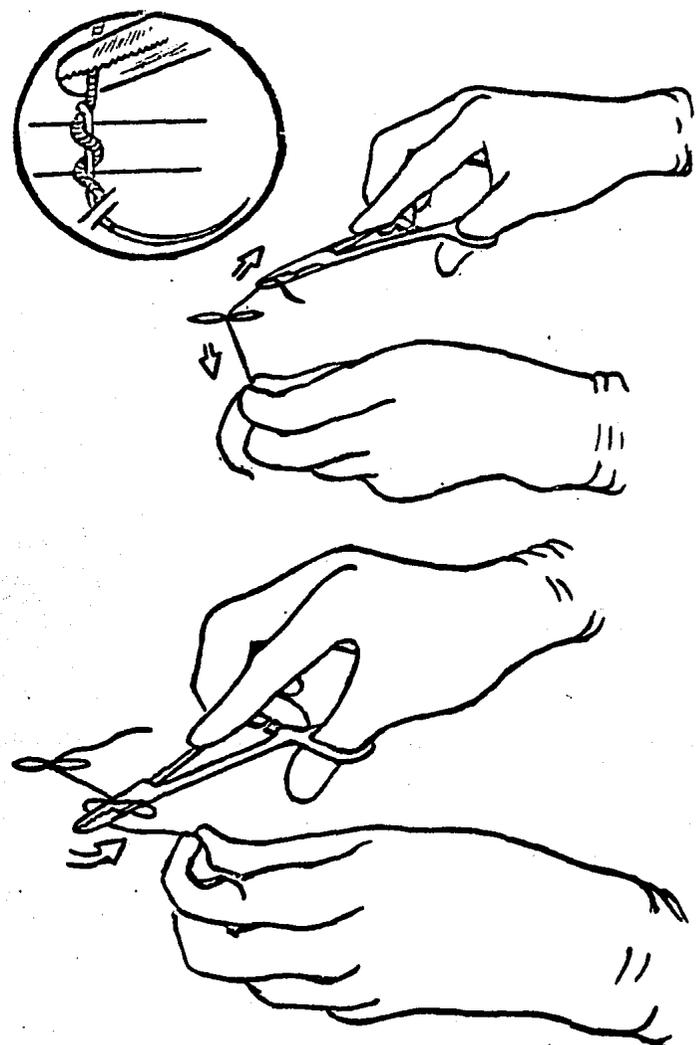
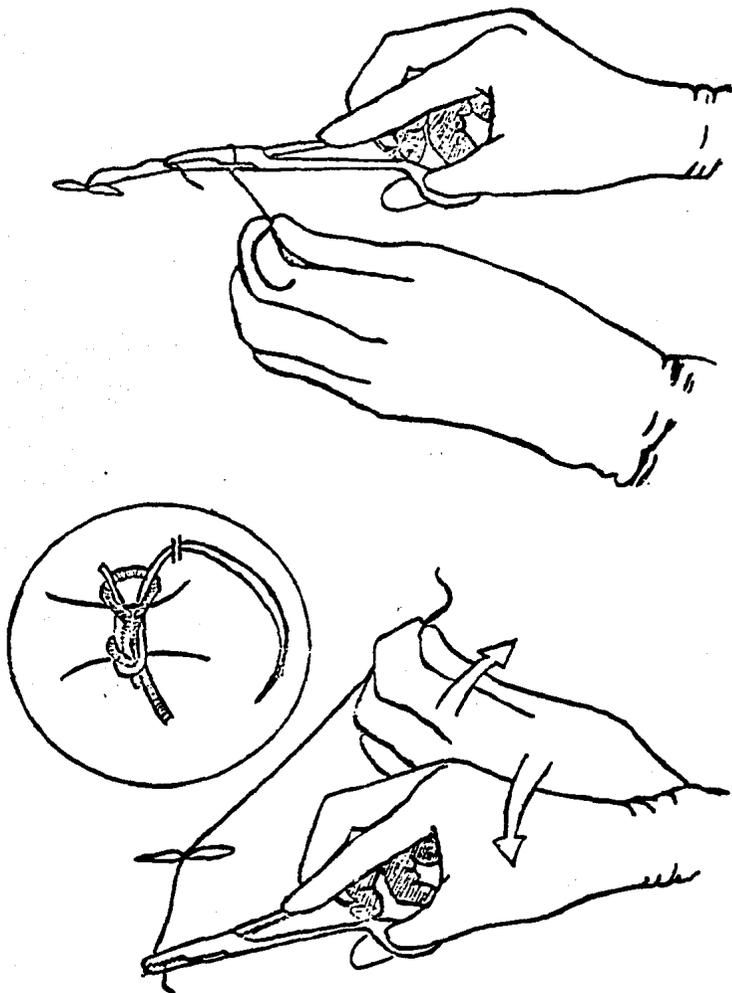


Fig. N° 3.3 E y F

El nudo se cierra colocando el hilo sobre el portapijamas y enrollándolo una vez alrededor de los picos de la misma manera que el primer paso.

- 6 El extremo del hilo se toma otra vez con los picos y la mano izquierda dirige el material de sutura fuera del instrumento y sobre el extremo del hilo.



Se tira de los extremos del hilo para completar el nudo, las manos deben ir cruzadas, en direcciones opuestas a las señadas en el primer paso. El círculo muestra el nudo cuadrado. Se corta el hilo de modo que sus extremos midan de 0.5 a 1 cm. (C - White)

TIPOS Y TECNICAS DE SUTURA

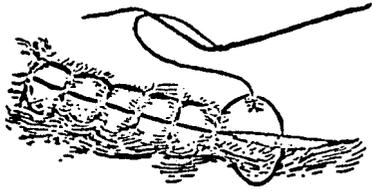
Dos son las técnicas para realizar la sutura :

- A) *Sutura a puntos separados* : Es el tipo más sencillo para suturar en cirugía bucal, consiste en realizar puntos indepen-
dientes uno del otro. Con la aguja enhebrada con el material-
de sutura y transportada por el portagujas o con la mano, se
perfora la fibromucosa del lado lingual, a una distancia - -
aproximada de medio centímetro del borde de la incisión. La -
aguja recorre el trayecto y aparece en el colgajo bucal a una
misma distancia del borde libre y frente a la perforación - -
lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayec-
to que necesita hasta cerrar los bordes sin quedar tenso, se
toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la inci-
sión y se anuda el hilo. (3)
- B) *Sutura continua* : Solo se emplea en alveolectomías y prepa-
ración quirúrgica para prótesis, sobre todo de la arcada; - -
puede ocupar toda la arcada o realizarse en dos segmentos. Por
lo general la sutura es practicada con el tipo no absorbible.
Se incia sobre una extremidad de la arcada y se termina en la
línea media o en el otro extremo. El punto inicial se traza
como para una sutura a puntos separados y se anuda el hilo. -
Con el cabo más corto, la aguja vuelve a perforar la fibromu-
cosa de dentro a fuera, dejando entre cada punto un centíme-
tro de distancia, el hilo recoge en espiral la línea de inci-

sión y se mantiene tenso con el objeto de cerrar y adaptar los bordes de la herida. Una vez que se ha completado la sutura, se realiza un punto terminal de la misma forma como se efectúa el punto separado. (Fig. # 4)

A continuación se menciona las diferentes suturas continuas :

- a) *Ligadura Interdentaria* : Esta técnica se utiliza para - - unir los colgajos bucal y lingual; cada espacio interdentario se sutura por separado. La aguja se introduce por la - superficie vestibular del colgajo, a través del colgajo interdentario, para penetrar en el colgajo lingual desde la superficie interna. Después se vuelve a través del mismo - espacio interdentario, pasando por encima del colgajo lingual y el colgajo bucal y por último se ata en el lado vestibular. (Fig. # 5)
- b) *Ligadura Suspensoria* : Esta técnica puede ser usada para un colgajo en una superficie del diente que abarque dos espacios interdentarios. (Fig. # 6)
- c) *Sutura Vertical de Colchonero* : Se usa cuando hay un colgajo en la superficie vestibular o lingual y otro procedimiento, tal como una gingivectomía, en el otro lado. (Fig. # 7)
- d) *Sutura Suspensoria Continua Tipo I* : Esta sutura se puede usar cuando hay un colgajo que abarque muchos dientes en una superficie, con otro procedimiento, tal como una gingivectomía en la otra cara. La sutura adapta estrechamente el colgajo al hueso y lo fija en el nivel deseado en relación-



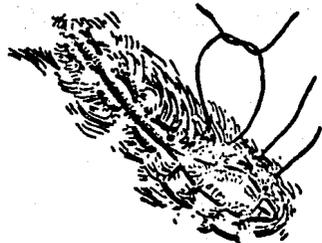
1



2

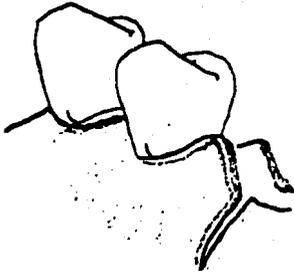


3

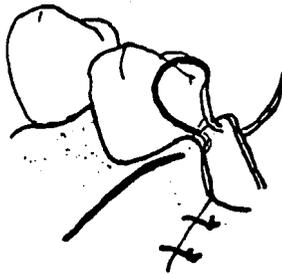


4

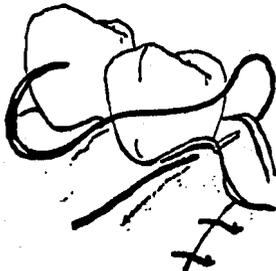
Fig. no 4



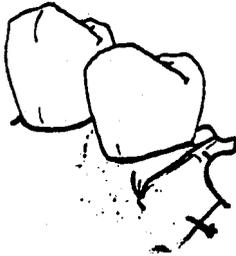
A



B



C



D

Fig. no. 5

- Fig. N° 4.
1. Sutura de manta o de Nudo continuo.
 2. Sutura continua.
 3. Puntos de colchonero interrumpidos.
 4. Sutura colchonero interrumpida. (Kruger).

Fig. N° 5. Ligadura Interdentaria.

- A. Colgajos vestibular y lingual.
- B. La incisión vertical se cierra con suturas inde - -
pendientes simples.
- C. Se pasa la aguja por el mismo espacio interdentario.
- D. Se hace un nudo en el lado vestibular. (Ries C.),

Fig. N° 6. Ligadura Suspensoia.

- A. Dientes con un colgajo por la superficie vestibular y una gingivectomía por lingual.
- B. La incisión vertical se cierra con suturas inde - -
pendientes.
- C. Se vuelve la aguja sobre el borde del colgajo, a -
través del mismo espacio interdentario, hacia lingual.
- D. Se hace un lazo con el hilo, alrededor de la cara -
lingual del diente, y se pasa la aguja por el espacio
interdentario que sigue al primero, desde el lado lin-
gual para tomar el colgajo lingual.
- E. Se hace un nudo sobre la superficie lingual del dien-
te (Ries C).

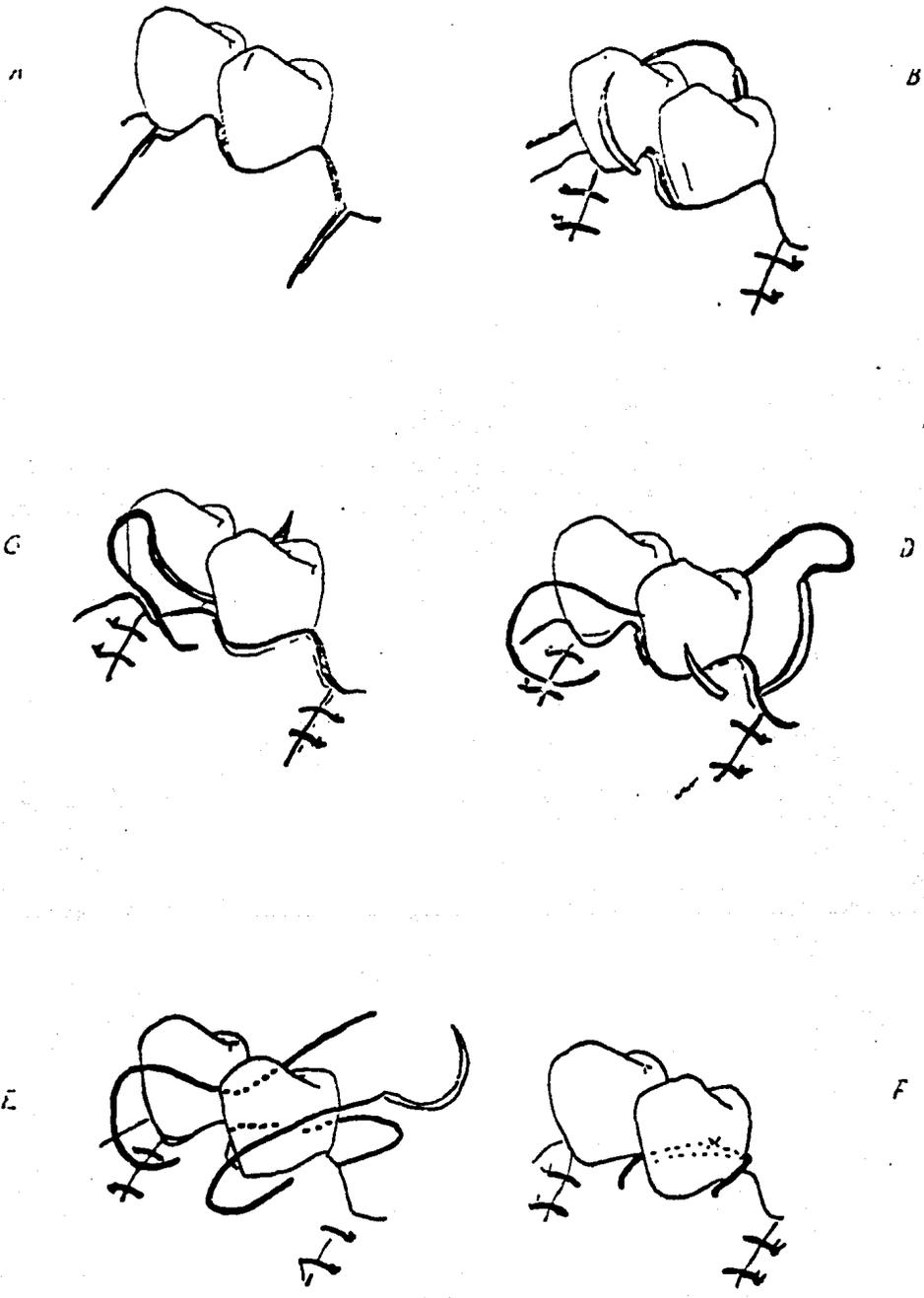


Fig. N°6

Sutura Vertical de Colchonero.

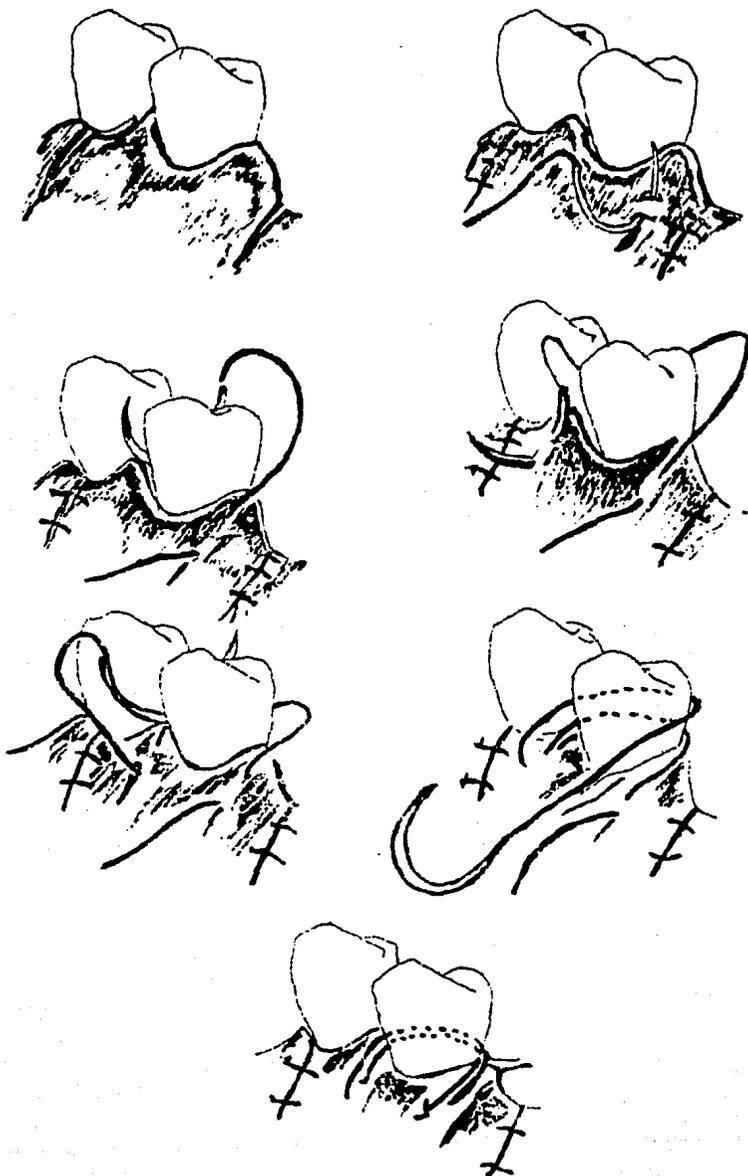


Fig. N° 7

Fig. N°7. Sutura Vertical de Colchonero.

- A. Dientes con un colgajo vestibular y gingivectomía lingual.
- B. Las incisiones verticales se cierran mediante suturas simples independientes. La sutura de colchonero se comienza en el colgajo tomando un "mordisco" vertical con la aguja.
- C. La aguja se pasa a través del primer espacio interdentario, alrededor de la superficie lingual del diente, y por el espacio interdentario, que sigue, en dirección a las superficies vestibulares.
- D. Se toma un "mordisco" vertical con la aguja, en la superficie externa del colgajo.
- E. Se invierte la dirección de la aguja, que vuelve por el segundo espacio interdentario.
- F. Se lleva el hilo alrededor de la superficie lingual y se pasa la aguja por el primer espacio interdentario, para emerger por el lado vestibular. Las líneas de trazos representaron el hilo en la superficie lingual.
- G. Se hace un nudo en la superficie vestibular.

con la cresta ósea. (Fig. # 8)

- e) *Sutura Suspensoria Continua Tipo II* : Este es otro tipo de sutura que puede ser usada cuando hay un colgajo que abarque muchos dientes en una superficie con otro procedimiento, tal como gingivectomía en otra cara. (Fig. # 9) (7)

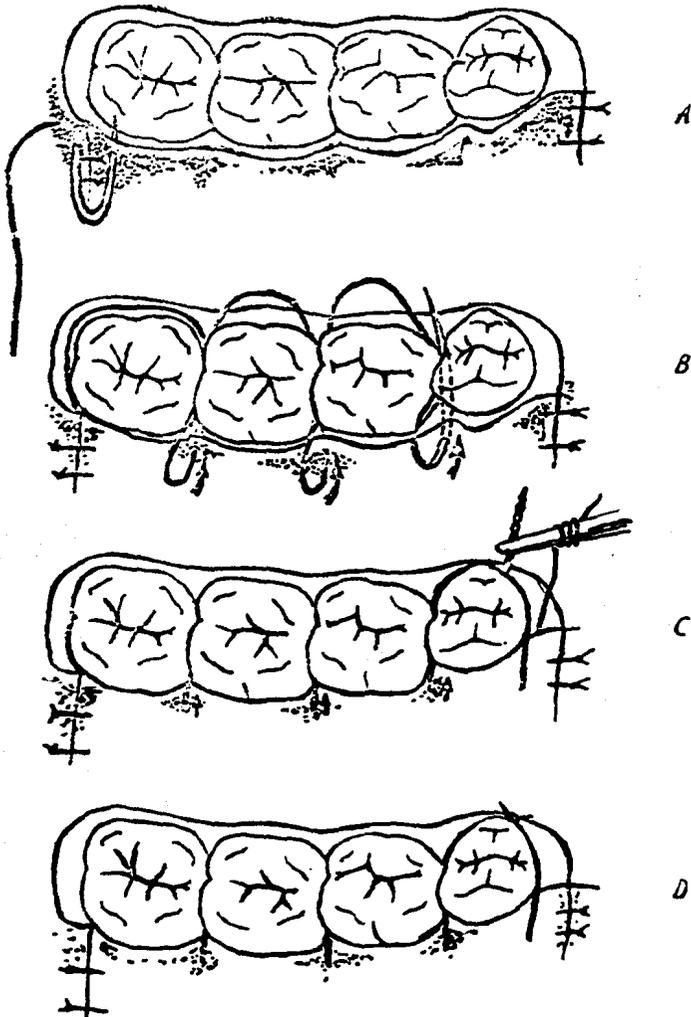


Fig. 8 . Sutura suspensoria continua tipo I . 1 . Sección de la boca con
 operación por colgajo en la superficie vestibular y una gingivectomía
 hacia en la lingual. Las incisiones verticales se cierran con suturas
 independientes. Se introduce la aguja en el ángulo disto-
 vestibular del colgajo y se hace el primer nudo . 2 . Se hace pa-
 sar la aguja hacia el lado lingual del espacio interdentario, des-
 pués de penetrar en el colgajo desde su parte externa. C . Se re-
 suerce el laxo flojo que se hizo en la superficie lingual del
 premolar y se ata con el otro extremo de la sutura. D . Se hace el
 nudo en la superficie lingual del premolar .

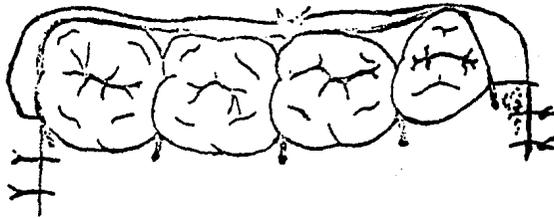
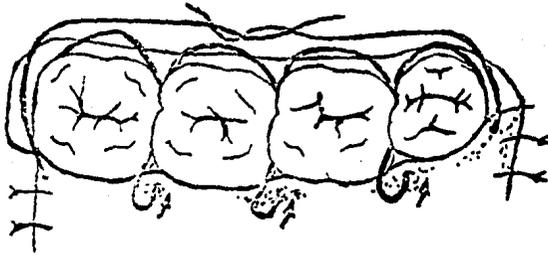
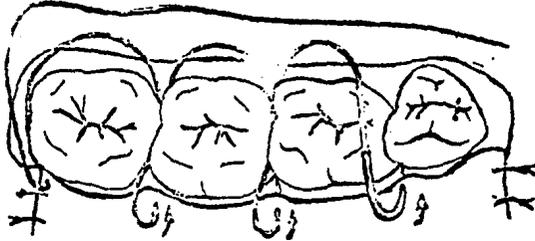
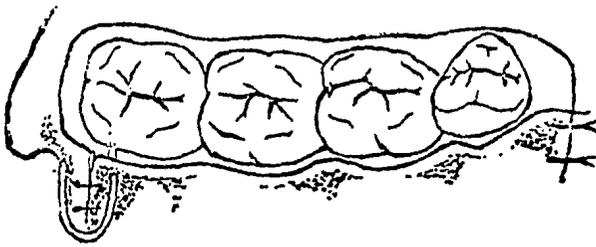


Fig. 7

Sutura sucesiva continua tipo II. n. Sector de la boca con colgajo en la superficie vestibular y gingivectomía en la lingual. Los dos ínfimos verticales se cierran con suturas sucesivas. La aguja na sólo rosúa desde la superficie lingual hacia la superficie externa del colgajo vestibular y a través de su ángulo distintivo. En caso de delirio se deja en el lado lingual. El hilo se susalrededor de las superficies distal y lingual, y la aguja se pasa a través del espacio interdentario, hacia el lado vestibular. La aguja toca el colgajo vestibular desde su lado externo y se la hace volver hacia atrás por el lado del espacio interdentario, inicialmente. Se completa la sutura en la cara distal del segundo molar y se asa con el extremo del hilo que se dejó al principio en el lado lingual. Se hace el lado lingual

1.5 ANATOMIA Y CARACTERISTICAS DEL PROCESO EDENTADO

Los rebordes alveolares son zonas especializadas de la mandíbula y el maxilar superior; su función es la de sostener los dientes naturales. Está constituida por una tabla externa y una-interna de hueso compacto, las cuales están unidas entre sí por hueso esponjoso en el que se localizan los alveolos dentarios.

Cuando la reabsorción de hueso alveolar se torna pronunciada después de la pérdida de los dientes, también hay pérdida generalizada de encía. Los factores que afectan la cantidad y velocidad de la reabsorción del proceso alveolar son : edad, salud general, infección ósea local, atrofia por falta de función, cargas funcionales excesivas y aciertos y errores del dentista y -del paciente.

Se afirma que el funcionamiento de la prótesis está regido por la miología y no por la osteología, puesto que se da la do-ble condición de que, cuanto más cerca e intensa es la acción -muscular, menos superficie de sustentación ósea tendrá la prótesis. (8)

MAXILAR SUPERIOR

FORMA GENERAL :

El maxilar superior edéntulo es semioval, por desaparición de las eminencias caninas, con muchas variantes en los detalles.

Es posible hacer una clasificación de los maxilares desdentados: triangulares, cuadrados y ovoides.

Su forma general está en relación con los fenómenos patológicos previos o posteriores a las extracciones, la índole de las intervenciones quirúrgicas y las distintas épocas en las que estas fueron realizadas. (11)

VOLUMEN :

El volúmen está determinado por la cantidad y la forma del hueso y, a veces en medida importante por la cantidad de mucosa. En relación con las restauraciones protéticas, un maxilar excesivamente grande no es favorable, aunque excesivamente pequeño suele crear serios problemas.

El maxilar superior desdentado tiene aproximadamente 5 cm. de diámetro transversal por algo más en sentido anteroposterior, con apófisis alveolares que una vez cicatrizadas y remodeladas - no - suelen tener más de 1 a 1.5 cm. de altura en relación con la bóveda palatina.

ANATOMIA DE SUPERFICIE O PLANO MUCOSO :

El maxilar superior desdentado se integra con: el reborde residual, el surco vestibular, el paladar duro y el blando.

Los tejidos blandos de los maxilares desdentados se dividen en :

A) Estacionarios

B) Móviles

- A) Estacionarios : son los tejidos que se encuentran firmemente adheridos al hueso (paladar duro y reborde residual).
- B) Móviles : son los tejidos capaces de deslizarse respecto a la bóveda ósea (parte profunda del surco vestibular, carrillos, paladar blando). Estos se continúan con los estacionarios a lo largo de la línea de inserción.

- El surco vestibular tiene dos vértices; ambos se encuentran unidos a lo largo del fornix :

a) Externa o yugal.

b) Interna o maxilar. se encuentra formado por dos tipos de tejido; uno firmemente adherido, formado por los restos de gingiva parodontal más la neoformada sobre los alvéolos, presenta un color rosa claro. El otro tipo de tejido es el superior, movable de superficie lisa y color rojizo.

Los frenillos laterales dividen al surco vestibular en dos compartimentos : anterior y posterior.

- El reborde residual tiene forma de herradura, termina por ambos lados y hacia atrás en las tuberosidades, cuyos límites posteriores son los surcos hamulares o pterigomaxilares, pueden estar muy marcados cuando las tuberosidades son grandes; o pueden llegar a borrarse en casos de gran atrofia.

El perfil del reborde residual en sentido anteroposterior frecuentemente es cóncavo.

La mucosa normalmente estacionaria y resistente, puede ser delgada y dura, hasta proporcionar una dureza pétreo al maxilar o bien, puede ser bastante gruesa y depresible.

- El paladar duro forma la bóveda palatina, entre las apófisis residuales adelante y a los lados, y, el paladar blando hacia atrás.

En la porción delantera se encuentran las rugosidades palatinas, las cuales tienden a borrarse con los años.

La línea media se presenta según cuatro variantes típicas: una ligera saliente ósea, recubierta por mucosa delgada y tensa dándole dureza, o, un surco profundo, rodeado de tejido blando, en el paladar duro también puede presentarse una saliente marcada (torus palatino), algunas veces es profundo (paladar ojival). La mucosa se encuentra firme y resistente en la porción delantera, es delgada y dura a nivel de la línea media, y se hace más espesa y blanda hacia atrás y a los lados, denominándose "Zona de Postdamming". Forma una transición entre el paladar duro y el blando.

- El paladar blando se distingue clínicamente del duro haciendo - decir "A" al paciente. En la zona de unión entre ambos, se observan dos fositas; son las faveolas palatinas.

PLANO SUBMUCOSO :

Está constituida por una capa delgada de tejido celular, por

la que corren vasos y nervios destinados a la mucosa.

Del agujero palatino anterior emerge el paquete vasculonervioso esfenopalatino, que se ramifica en la región palatina delantera y cuyas ramas principales se dirigen hacia atrás, a los ángulos o surcos formados por la bóveda palatina con las apófisis residuales, al encuentro de los vasos y nervios palatinos anteriores, provenientes de los agujeros palatinos posteriores.

Los agujeros palatinos posteriores situados hacia atrás y a los lados por dentro de las tuberosidades, dan salida a las arterias y venas palatinas descendentes y a los nervios palatinos anteriores.

La zona delantera del flanco vestibular, hasta el frenillo lateral, está irrigada por ramas de la arteria infraorbitaria; la zona posterior, por la arteria alveolar. Las venas desembocan en la infraorbitaria o en la facial. La sensibilidad obedece a la segunda rama del trigémino a través del infraorbitario, para la zona delantera y de los dentarios posteriores a partir del frenillo lateral.

En la submucosa de los tejidos móviles de los lados vestibular y posterior cada vez más gruesa a medida que se aleja de la línea de inserción se encuentran las porciones finales de los frenillos y músculos que confieren movilidad a estos tejidos. A partir de la línea media, siguiendo la línea de inserción, a la que llegan los fuertes haces fibrosos del frenillo central, se observan: (algunos milímetros por fuera) la inserción del músculo mir-

tiforme y más afuera, la del haz incisivo del orbicular de los la bíos, por detrás del canino (diente canino) se encuentran los haces fibrosos débiles del frenillo lateral. En esta zona en la fosa canina se inserta el músculo canino. Aproximadamente a un centímetro de distancia del frenillo lateral, directamente en el borde residual de la zona de molares, está la inserción del músculo buccinador, el cual se prolonga hacia atrás para pasar a un lado de la tuberosidad, atravesar el surco hamular y llegar al gancho del ala interna de la apófisis pterigoides y al ligamento pterigo maxilar (o aponeurosis buccinatófaríngea) a la que llega a insertarse.

En la porción palatina posterior, el plano submucósico está constituido por el espesor del paladar blando. Por dentro de la tuberosidad a lo largo del curvo reborde posterior del paladar óseo, se inserta la aponeurosis del velo del paladar, verdadero esqueleto fibroso del paladar blando que nace a nivel del gancho pterigoideo al reflejarse en este y, ensancharse en abanico el ten dón descendente del pteriestafilino externo o, tensor del velo del paladar.

La aponeurosis velopalatina presenta la inserción del resto de los músculos del velo del paladar: palatogloso; que baja por el pilar anterior, palatofaríngeo; que desciende por el pilar posterior, hacia atrás el pteriestafilino interno o elevador del velo.

También alcanza a integrar el paladar blando el ligamento pterigomaxilar, en su porción próxima al gancho pterigoideo o hamular. [2]

PLANO ÓSEO :

Los dos maxilares superiores forman el esqueleto de la cara entre la boca y los ojos; en ellos están insertados los dientes superiores y contribuyen a formar el techo de la boca, las paredes de la cavidad nasal y el suelo de la órbita.

El maxilar consiste de un hueso hueco (cuerpo), la apófisis piramidal, ascendente y palatina y el borde alveolar (reborde residual).

El reborde residual óseo, está constituido por las cavidades de las extracciones que permanecen en el hueso por largo tiempo después de haber cerrado la mucosa.

Atravesando en la parte delantera por el conducto palatino anterior, el reborde residual está en relación con tres formaciones :

Hacia atrás, el surco pterigomaxilar separa la tuberosidad de la apófisis pterigoides. Hacia arriba el reborde residual se relaciona con el seno maxilar y las fosas nasales. Frecuentemente el seno maxilar ocupa los rebordes residuales voluminosos, especialmente hacia las tuberosidades, circunstancia a tomar en cuenta frente a intervenciones quirúrgicas.

Es importante señalar sin embargo que el proceso atrófico-avanzado del reborde residual superior se acompaña de neoformación ósea por el lado sinusal y nasal, gracias a lo cual, nunca se producen comunicaciones antro o nasobucuales de origen atrófico. (11)

MAXILAR INFERIOR

FORMA GENERAL :

Su forma caracteriztica es en "Y" abierta hacia atrás, no ofrece variantes normales que se presten a clasificaciones. A consecuencia de la atrofia, el reborde residual tiende a desaparecer, la cara superior se aplanan y, en algunos casos la mayor atrofia central produce un verdadero surco, lo cual puede modificar profundamente la forma del hueso, según la variable inclinación de los caninos e incisivos y la apófisis alveolar. Se producen así aparentes agrandamientos o empequeñecimientos del arco, su aplanamiento, y cuando la atrofia va muy abajo, las apófisis gení (muy pronunciadas a veces) pueden simular "un espolón" posterior.

VOLUMEN

El volúmen de la rama horizontal edéntula es sumamente variable con la atrofia, y no es raro que termine por desaparecer toda la eminencia en la cavidad bucal.

La pérdida de altura de los rebordes residuales, produce un acrecentamiento considerable del espacio intermaxilar.

ANATOMIA DE SUPERFICIE O PLANO MUCOSO :

El maxilar inferior desdentado se integra por : el surco vesti

bular, el reborde residual (o en sucaso, la superficie superior de la porción basilar), la parte inferior del reborde anterior de la rama montante (trigonoretromolar), el piso bucal, el istmo de las fauces y la lengua.

- El surco vestibular, aunque constituido en principio por los mismos elementos que el superior, difiere no sólo, por la mayor atrofia del maxilar que prácticamente reduce la vertiente interna hasta transformarla en horizontal, sino también por la mayor abundancia de mucosa yugal que se pliega en surcos anteroposteriores y por que esa mucosa tiende a quedar por encima de la cara molar del hueso.

Los frenillos central y laterales, más débiles en general que los superiores, dividen el surco vestibular en cuatro compartimientos : hacia el centro de los compartimientos delanteros, suelen palpase y aún verse, más nítidas en la extrema atrofia, las eminencias mentonianas. En los compartimientos posteriores pueden palpase las líneas oblicuas externas.

A nivel de los premolares, se palpa el agujero mentoniano.

- El piso bucal forma la cara interna del surco lingual; en los desdentados la movilidad tan especial del piso transforma el surco en un simple repliegue.

En la parte delantera se destaca el frenillo lingual, es estructura movable bastante poderosa, que el cirujano y protesis-ta deben tener muy en cuenta. En las extracciones recientes,

Las apófisis geni pueden palpase a bastante distancia por debajo del frenillo lingual.

Hacia atrás, el piso bucal forma con la mucosa del pilar anterior, la externa de la lengua y la interna de la mandíbula un fondo de saco; denominado fosa retroalveolar.

Las carúnculas sublinguales suelen perder su individualidad en el movedizo piso bucal de los desdentados, excepto en la porción anterior.

- La lengua; con su volúmen notablemente aumentado, su desplazabilidad y actividad constante posee tan extraordinaria capacidad de adaptación que suele condicionarse a las exigencias de las prótesis y contribuir a estabilizarla. (11)

PLANO SUBMUCOSO :

Cuando existe el reborde residual inferior, está recubierto por mucosa papilar, esencialmente fibrosa y carente de glándulas, se encuentra firmemente adherida al hueso (tejido estacionario).

Las fibras del músculo buccinador se insertan en el ligamento pterigomaxilar, y sus fibras más inferiores en la línea oblicua interna.

A partir de las líneas de inserción vestibular y lingual, a parece una submucosa en la que es posible encontrar: vasos, nervios y músculos, además de tejido celular.

Ramas de la arteria mentoniana irrigan la mucosa del lado vestibular anterior, la arteria bucal irriga la mucosa vestibular

posterior hasta el cuerpo piriforme. El flanco lingual anterior, está irrigado por ramas de la arteria sublingual y más atrás, por la submentoniana.

Las venas siguen recorridos similares a las arterias, por vestibular llegan al plexo venoso pterigoideo o a la vena facial; por lingual, al tronco tiro - linguo - facial.

En la línea de inserción vestibular, a partir del frenillo anterior se encuentra inmediatamente por fuera, la inserción del músculo borla de la barba y enseguida la del haz insicivo del orbicular de los labios; luego se encuentra la del frenillo lateral siempre débil a la altura aproximada del primer molar y se extiende hacia atrás.

Por lingual, en la línea media, se inserta el frenillo medio, con su fuerte haz fibroso.

Los músculos genioglosos, al principio se encuentran alejados de la línea de inserción aproximadamente un centímetro; después se van acercando a ella. A los lados se encuentran las glándulas sublinguales que ocupan el espacio submucoso del piso bucal, dejado libre por la baja inserción del milohioideo.

En la zona del primer molar se eleva la inserción del milohioideo que pasa a hacerse sobre la línea oblicua interna y se extiende hacia atrás hasta la implantación del ligamento pterigo maxilar, detrás y por dentro del cuerpo piriforme.

Por detrás del ligamento pterigomaxilar y por encima de la parte posterior del milohioideo se inserta el constrictor superior de la faringe; buccinador y constrictor superior se inser -

tan hacia arriba en el ligamento pterigomaxilar, hasta la terminación de éste en el gancho pterigoideo. Por detrás y fuera se encuentra el pterigoideo interno. Directamente por fuera extendiéndose hacia abajo hasta el trigono retromolar y la parte posterior del cuerpo piriforme, se encuentra el tendón del temporal.

En la atrofia avanzada, los músculos dejan de insertarse directamente en el hueso, haciendolo mediante fascículos fibrosos. (2)

En el piso bucal lateral por encima del milohioideo, hace su recorrido anteroposterior el nervio lingual, que, desprendido del maxilar inferior viene a ramificarse en la zona sublingual.

PLANO OSEO :

El maxilar inferior desdentado adquiere formas características. Estas son; la reducción de la altura de la rama horizontal, la formación de la cara molar, la incurvación del borde inferior que tiende a tomar forma de arco abierto hacia atrás en su vista de perfil, la elevación de la zona incisiva y el ya señalado traslado del agujero mentoniano hacia adentro.

Es notable el acrecentamiento del ángulo mandibular que de 100 a 120° promedio en el adulto, puede pasar a 130° o más a consecuencia de la edentación y debido al cambio de tensión de los músculos masticadores.

ESTRUCTURA :

El hueso maxilar inferior desdentado presenta una cortical gruesa, especialmente a nivel de las líneas oblicuas externa e interna.

El conducto dentario inferior ocupa una posición inferior-dentro de la porción basilar, por cuya razón no suele verse afectado por el proceso atrófico, aún cuando existan casos en que el conducto dentario inferior llega a tener un techo descubierto por la atrofia, quedando el paquete vasculonervioso bajo la mucosa, expuesto a la presión de la base protética. (9) (10)

L A C A R A

Entendemos por cara o rostro (facies), la parte anterior, desde la línea del cabello hasta la base del mentón.

Al aumentar la edad, la piel parece secarse, pierde elasticidad, se acentúan y se hacen permanentes las arrugas, los rasgos se endurecen, las expresiones se hacen más graves. Es frecuente que al mismo tiempo, se desarrolle en el ser humano un sentido de autoestima y autoconservación o recuperación de las formas perdidas o transformadas.

Las delicadas curvas bucales tienden a transformarse en líneas ásperas; los surcos naso y labiogenianos se hacen profundos y se alargan; la nariz cae, el surco mentoniano se pierde, el mentón se hace prominente, la piel del cuello tiende a colgar flác-

cida, si un buen relleno adiposo no la convierte en papada, simple o múltiple. Las mejillas se hundén cada vez más en el paciente delgado, por desaparición de la bolsa adiposa de Bichat.

La altura facial; es la altura de la cara considerada habitualmente de frente, en la línea media. A lo largo de la vida, la altura facial varía: aumenta con el crecimiento hasta los 50 años de edad para ir declinando de allí en adelante hacia los 70 años entonces, habrá reducido en 2 a 3 mm por término medio, en caso de conservarse los dientes; a consecuencia de los procesos óseos regresivos predominantes sobre los procesos óseos progresivos. (9) (17)

Consideraciones miológicas para la confección de la prótesis :

Como se mencionó anteriormente, del funcionamiento de la prótesis está regido por la miología y no por la osteología, puesto que cuanto más cercana e intensa es la acción muscular, menos superficie de sustentación ósea tendrá la prótesis.

Por ello se hace mención de los músculos del interior y exterior de la boca, especialmente aquellos que afectan la retención, soporte y estabilidad de una dentadura.

Retención : Es la correcta relación que se establece organismos y prótesis, que se opone a que sea desplazada de su ubicación.

Soporte : Es la capacidad del área de aplicación proté

tica para resistir las presiones ejercidas durante el acto masticatorio. El que las recibe y cumple con la función de soporte es el hueso, a través de la encla

Estabilidad : Es la condición requerida para que la prótesis no resulte desplazada de su correcta posición durante su funcionamiento. [18]

Músculos del Interior y Exterior de la Boca :

Músculo Masetero :

Este músculo se origina en el arco cigomático y en el maxilar; va hacia abajo y atrás para insertarse en la superficie externa del ángulo mandibular.

Por la dirección de las fibras del músculo masetero, la sobreextensión del flanco de la dentadura hacia la zona de inserción del masetero puede producir la formación de estímulos dolorosos y el desplazamiento persistente de la dentadura durante los movimientos de masticación.

Músculo Buccinador :

Es un músculo débil, cuyas fibras tienen curso horizontal, uniéndose en la zona anterior con el músculo orbicular de los labios y por detrás con el músculo constrictor superior de la faringe.

Si el paciente tolera un flanco vestibular más grande en la prótesis inferior, el flanco se extenderá en sentido lateral para que se apoye sobre el reborde oblicuo del músculo buccinador.

Músculo Triangular o Depresor de la Comisura Labial :

Este nace de la mandíbula por debajo del agujero mentoniano y por lo general no interviene en la confección de las prótesis en una manera importante.

Músculos Mentonianos :

Los músculos mentonianos a veces interfieren con el flanco anterior de la prótesis inferior. Estas fibras musculares corren en dirección vertical y, cuando es necesario, se las puede diseccionar, con la finalidad de aumentar la superficie de soporte protética y mejorar el sellado periférico.

Músculos Genioglosos :

Los músculos genioglosos derecho e izquierdo se origina en las trabéculas genianas superiores. Cuando estos músculos poderosos se interponen con la retención de la prótesis, está indicado hacer la corrección quirúrgica. La función de este músculo es llevar la lengua hacia adelante y abajo.

Músculos Milohioideos :

Nace en la línea milohioidea en la superficie interna del maxilar inferior. La mayoría de las fibras van directamente hacia la línea media para reunirse con el músculo milohioideo del lado opuesto en una banda tendinosa denominada rafé milohioideo. Algunas fibras posteriores se insertan en el cuerpo del hueso hioideos.

El flanco de la prótesis puede reposar sobre este diafragma muscular.

Músculo Orbicular de los Labios :

Este músculo es muy superficial y no se instala directamente en el esqueleto, ocupa la totalidad del ancho de los labios.

En ocasiones afecta la retención y la estabilidad de la - - prótesis.

Músculo Pterigoideo Medio :

Este músculo parte de su origen en la tuberosidad del maxilar y en la apófisis piramidal del hueso palatino. Las fibras - del vientre inferior de este músculo pueden afectar el sellado - del borde posterior y la retención de las prótesis superiores.

Músculos del Paladar Blando :

Estos se unen en una aponeurosis que está insertada al -- borde posterior del paladar duro. El borde posterior de la próte^{te}sis por lo general se extiendeauna corta distancia, contactando con el paladar blando con presión leve, y así conseguir el sellado palatino posterior.

La presión excesiva de la prótesis contra el paladar blando puede producir dolor, úlceras, etc. (8) [12]

CAPITULO II

CIRUGIA DE TEJIDOS DUROS

CAPITULO II

CIRUGIA DE TEJIDOS Duros

La cirugía bucal para prótesis dental incluye las intervenciones quirúrgicas en la cavidad oral necesarias para que la prótesis pueda tener base firme, libre de protuberancias óseas marcadas o sinuosidades musculares o de un exceso de mucoperiostio. Esto comprende la extirpación de los tejidos blandos y duros, lo cual supone intervenciones extrabucuales e intrabucuales, indicadas para la restauración del hueso perdido, los dientes o la inserción de dispositivos retentivos de las prótesis.

Entre las alteraciones de los tejidos óseos se encuentran: las variaciones de la altura del reborde alveolar ocasionadas por la extracción de los dientes del maxilar superior o inferior en pequeños grupos o individualmente, en épocas distantes de la vida del paciente.

La diferencia de tiempo entre las extracciones origina una mayor o menor prominencia o atrofia del reborde alveolar y cuando faltan todos los dientes, hay un llamado "rebord e de montaña rusa", de "colinas y valles".

A estas alteraciones se las subdivide en : congénitas y adquiridas.

A) Congénitas ; se las encuentra generalmente en :

1. En las tuberosidades maxilares.
2. Como proyección en la parte anterior de la apófisis alveolar superior, sobre el maxilar inferior llamada resalte.

3. Como alargamiento de la parte anterior de la apófisis alveolar superior debajo de la línea normal del labio, llamado entrecruzamiento.
4. Como excrecencia ósea sobre el raflé mediano del hueso palatino, conocida como Torus palatino.
5. Como excrecencias óseas sobre la superficie lingual de la mandíbula conocida como Torus mandibularis.
6. Retenciones aguzadas en la superficie lingual de la mandíbula, que se extienden sobre la región molar, y en algunos casos, desde la región canina hasta el tercer molar - llamada "balcón lingual".
7. Prominencias exageradas del reborde milohioideo.

B) Adquiridas . Pueden ser resultado de :

1. La extracción de dientes en distintos momentos a lo largo de un período de años. Se origina un ritmo irregular de - atrofia por desuso del proceso alveolar. Además, la pérdida temporaria de dientes en oclusión origina la extrusión gradual de los dientes antagonistas con su reborde alveolar de soporte.
2. Hábitos masticatorios peculiares; los masticadores de tabaco adquieren hiperostosis o engrosamiento de la cortical ósea.
3. Bajo grado de infecciones crónicas gingivales la cortical vestibular forma protuberancias óseas y exostosis multilobuladas.

4. *Infecciones crónicas que destruyen hueso interseptal.*
5. *Deformidad siguiente a una cicatrización deficiente de fracturas mal consolidadas, pobremente enfrentadas, del maxilar superior o inferior; de todos modos, son malposiciones que no garantizan la refractura. (14)*

2.1 EXODONCIA

Definición : Rama de la Odontología que determina el acto quirúrgico concerniente a la extracción dentaria.

El procedimiento quirúrgico bucal que se lleva a cabo con más frecuencia es, desgraciadamente la extracción de dientes. Pero a pesar de su frecuencia, ni el dentista ni el paciente debe considerarla como una operación siempre muy sencilla y sin posibilidad de penosas complicaciones. Ningún diente deberá extraerse sin estudiar cuidadosamente las radiografías y sin planear - por anticipado la vía de acceso más eficaz. Además debe tomarse en cuenta el estado de salud general del paciente así como cualquier indicación en que el control del sangrado pudiera presentar problemas. (6)

Una técnica cuidadosa basada en conocimientos y habilidad, es el factor más importante para tener éxito en exodoncia. El tejido vivo deberá tratarse con cuidado. El manejo poco cuidadoso, incisión incompleta o desgarrada, retracción excesiva de colgajos o sutura poco uniforme, aunque sin ser dolorosos para el paciente anestesiado, darán daño tisular y / o necrosis, que a su vez proporciona un medio excelente para la multiplicación de bacterias. (3)

Debemos pensar que el trabajo protético, comienza desde el momento en que se practica la extracción de un diente y nuestra obligación a aplicar medidas preventivas con criterio - conservador para evitar que el paciente sea sometido a interven-

ciones posteriores con éstos fines y obtener soporte protético-
óptimo.

Para que un proceso no sea regularizado posteriormente el cirujano dentista al hacer sus extracciones dentarias debe de tomar en cuenta la forma en que será necesario que queden los tejidos tanto duros como blandos, para que posteriormente el paciente no sufra al colocarse una prótesis.

Indicaciones :

- A) Afecciones dentarias.
- B) Afecciones parodontales.
- C) Por razones ortodónticas, protéticas o estéticas.
- D) Anomalías de sitio.
- E) Accidentes de erupción de los terceros molares.
- F) Previa a la radioterapia de tumores en los maxilares.

Contraindicaciones :

- A) Afecciones que dependen del estado del diente a extraer.
- B) Estomatitis o gingivitis ulceromembranosa.
- C) Afecciones en dependencia con el estado general del paciente.

INSTRUMENTAL

En términos generales, hay dos clases distintas de instrumentos en exodoncia :

- A) Los destinados a extraer el diente que son :
- a. Forceps.
 - b. Elevadores.
- B) Los auxiliares que a su vez se dividen en :
- a. Los empleados para extraer el hueso que cubre o rodea a los dientes.
 - b. Los relacionados con los tejidos blandos. (3)

TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON FORCEPS

- A) Sindesmotomía : Separación del tejido gingival del diente.
- B) Prehensión : Es la aplicación del forceps.
- C) Luxación : Desarticulación del diente.
- D) Tracción : Extracción propiamente dicha.
- E) Sutura del tejido gingival.

TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADORES

- A) Sindesmotomía : Separación del tejido gingival del cuello - del diente.
- B) Aplicación : Colocación del elevador.
- C) Luxación : Desarticulación del diente.
- D) Extracción propiamente dicha : El diente abandona su alveolo.
- E) Sutura gingival. (7)

EXTRACCIÓN DENTAL SIMPLE

Quando no hay complicaciones, como raíces divergentes, posición defectuosa o impactación de dientes, puede extraerse el diente simplemente con el elevador o con pinzas de extracción, usados solos o en combinación.

El elevador se usa para comprobar la profundidad de la anestesia, con él se separa el tejido gingival del cuello del diente hasta el hueso alveolar. El instrumento se mueve rápida y delicadamente hacia el centro del diente con movimientos de rotación, descenso o elevación, con lo que el diente rompe sus adherencias periodontales y dilata el alveolo, puede aplicarse en este momento el forceps, se separan los labios, el carrillo y la lengua; haciendo prehensión del diente por encima del cuello anatómico - en donde se apoya y a expensas del cual desarrolla la fuerza para movilizar el diente con movimientos de lateralidad y dirigiéndose de dentro a fuera, y, movimientos de rotación desplazando el diente de derecha a izquierda. La tracción termina la extracción propiamente dicha.

Una vez practicada la exodoncia, se debe comprimir ligeramente las tablas óseas dilatadas, para llevarlas a su estado original, evitando fracturarlas. Logrado este procedimiento, se efectúa la sutura del tejido gingival, con el objeto de afrontar lo más posible los bordes de la herida quirúrgica, permitir la hemostasia y disminuir el período de cicatrización.

EXTRACCIONES MÚLTIPLES

Cuando tiene que extraerse varios dientes en serie, o todos los dientes del arco superior y / o inferior, el orden en que se extraen tiene cierta importancia. Es indispensable para llevar a cabo las extracciones múltiples seleccionar un orden particular y aplicarlo en todos los casos a menos de que exista alguna razón para modificarlo. Algunos cirujanos aconsejan extraer los dientes inferiores antes que los superiores, por que de esta manera es menor el sangrado en el campo quirúrgico inferior, aunque otros prefieren primero la extracción de los superiores debido a que la anestesia surte efecto más pronto en el maxilar superior, así mismo los desechos como restos de esmalte o amalgama pudieran perderse en alveolos inferiores abiertos. (Foto # 2 y 3)

Los dientes más posteriores se extraen primero, dirigiendo la secuencia hacia la línea media, logrando así más visibilidad, puesto que la sangre por la hemorragia se acumula en la región posterior; cada diente adyacente anterior puede usarse para ayudar en la elevación.

En extracciones de todos los dientes se sigue el orden de molar a incisivo, en un cuadrante del maxilar seleccionado, se repite en el otro cuadrante, y posteriormente se realizan las extracciones en cada cuadrante del maxilar antagonista.

Una razón para cambiar el orden de las extracciones, es el hecho de que el canino y el primer molar de cada cuadrante, suelen ser los más difíciles de extraer, por esto, algunos cirujanos



Fotografía # 2 y 3. Aspecto clínico de un paciente, antes de efectuarle extracciones múltiples.

(Clínica "Zar...

nos prefieren extraerlos antes que los demás dientes del cuadrante, o extraerlos después de haber quitado los dientes adyacentes a manera de poder hacer mejor palanca en el diente, y para sacar ventaja de la expansión de la tabla ósea, resultante de las extracciones adyacentes.

Si se fractura un diente o una raíz, el mejor procedimiento es detenerse y recuperar dicha raíz antes de proseguir la siguiente extracción. En consecuencia, el alveolo adyacente no produce hemorragia que obscureca el campo quirúrgico y no se pierde la localización de la raíz.

Al término de las extracciones se procede a suturar el tejido gingival usando la técnica conveniente a puntos separados o sutura continua o combinados.

2.2 ALVEOLECTOMIA

Definiciones :

Alveolectomía : Es la extirpación quirúrgica del reborde alveolar. La eliminación completa del reborde alveolar en un - - tiempo.

Se indica en los maxilares que serán sometidos a radiación durante el tratamiento de tumores malignos.

Alveolotomía : Significa recortar dentro del proceso alveolar.

La alveolotomía se hace para exponer y permitir la eliminación de un diente retenido o de raíces, para exponer un tumor o un quiste así como para una apicectomía.

Alveoloplastia : Es la intervención quirúrgica que se practica para dar forma al reborde alveolar y prepararlo para el - - soporte de la prótesis inmediata o de las que serán colocadas a pocas semanas del posoperatorio. [14] •

Alveolomerotomía : Significa la remoción parcial del proceso alveolar. [7]

Saizar indica dos clases de alveolectomías; una destinada a la corrección de la forma o tamaño del maxilar, llamada alveolectomía correctiva, y, otra cuyo objeto es eliminar hueso destinada a la resorción, contribuyendo por lo tanto a la más rápida - estabilización del maxilar, llamada alveolectomía estabilizadora.

OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE LA
ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA

Se requiere de un buen juicio para determinar si la alveolectomía y alveoloplastia es necesaria y cuan extensamente deberá hacerse.

El objetivo primordial es : conservar la máxima cantidad de hueso, junto con el reborde adecuado. Hay dos objetivos primarios, inmediatos y mediatos :

- A) Mediante la eliminación de hueso y / o el tejido blando es posible modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis.
- B) Hay que impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción des-mesurada del mismo. (15)

Además de estos dos objetivos primarios, es posible establecer varios objetivos secundarios :

- a) Para corregir anormalidades y deformaciones de los bordes alveolares que interfieren en la correcta adaptación de las prótesis u otros aparatos.
- b) Para eliminar las prominencias agudas del proceso alveolar que son a veces, origen de neuralgias faciales o dolor localizado.
- c) Para eliminar con lima el hueso interseptal enfermo cuando se hace una gingivectomía.
- d) Para reducir las tuberosidades de manera que se tenga espacio para la base protética, o para eliminar retenciones.

e) Para corregir un prognatismo mandibular o maxilar. (15)

TECNICAS

Compresión Alveolar :

Es el procedimiento más conservador en la alveolectomía; - consiste en la compresión de las paredes alveolares haciendo presión con el pulgar y algún otro dedo. La extracción expande la corteza labial o bucalesto que sucede generalmente, la presión - restaurará las paredes a su forma inicial y eliminará los espacios muertos óseos. El exceso de compresión debido a la presión - muy fuerte puede reducir la anchura de los alveolos en un tercio.

Aunque esta técnica es muy eficaz en pacientes jóvenes; hay que hacerlo después de todas las extracciones, especialmente en aquellas en que hubo necesidad de realizar maniobras considerables con expansión de la tabla vestibular. Si existe duda en la mente del operador sobre el grado de resorción natural que vaya a producir, se puede juzgar mejor, tres semanas después de haber llevado a cabo las extracciones.

La mayor parte de la resorción inicial sucede en el tiempo indicado y en este momento puede aún ser necesaria una alveoplastia extensa, pero se encontrará con mayor frecuencia que solo unas cuantas áreas pequeñas requieren contorneado. (3)

Alveoloplastia Simple :

Después de las extracciones múltiples, se examinan las pla-

cas alveolares bucales y hueso intraseptal para buscar protuberancias y bordes afilados. Así como cuando se desee reducir el margen cortical vestibular o lingual, o en ocasiones más raras el margen alveolar palatino o lingual el proceso debe ser de la mayor simplicidad.

Se realiza haciendo incisiones a través de las crestas intraseptales extendiéndose sobre el mucoperiostio vestibular hacia el surco vestibular en ángulo de 45° y de 15 mm de largo por lo menos, la incisión se lleva a cualquier espacio en que los dientes hayan sido extraídos previamente. (14)

El mucoperiostio se eleva cuidadosamente del hueso con una cureta de Mont N° 4 o algún elevador de periostio. Se experimenta dificultad al empezar a formar el colgajo en el borde del hueso por que el periostio está adherido a los extremos de los huesos, pero se deberá tener cuidado de no elevar el colgajo más de dos terceras partes del alveolo vacío. Elevarlo más desgarraría el pliegue mucobucal ligeramente adherido, con la consecuencia de grave pérdida de espacio para la altura de la aleta de la dentadura postiza. Separarlo en dirección apical puede generar hinchazón excesiva, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción exagerada. Se aplica una compresa de gasa entre el hueso y el colgajo, colocando unas pinzas de gubia universales, de lado, a mitad del alveolo vacío y la placa alveolar labial o bucal, se reseca para lograr una altura uniforme en todos los alveolos.

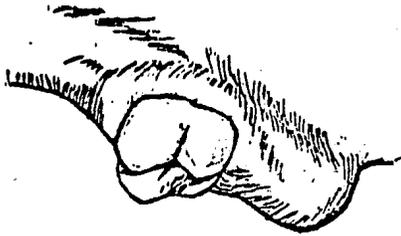
Las pinzas se dirigen entonces en ángulo de 45° sobre la cresta intraseptal, con un pico en cada alveolo y se elimina la

punta intraseptal bucal o labial. Este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas intraseptales. Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorragia. Una lima pasada en una sola dirección - sobre todos los cortes, alisará el hueso. Se eliminan las partículas sueltas, se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso y, se frota un dedo sobre la su superficie de la mucosa para examinar el alveolo debiendo estar - limpio y liso. (Fig. # 10 y 11)

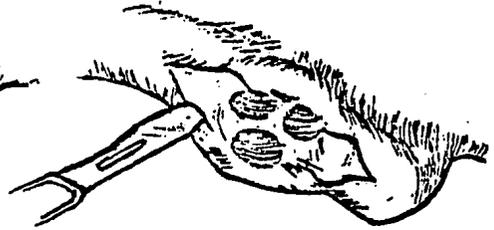
La placa bucal deberá contornearse aproximadamente a la misma altura que la placa palatina para formar un reborde plano y - ancho. Los socavados excesivos en los segmentos posterosuperiores y anteroinferiores deberán recibir especial atención. Los - dientes extruidos tienen el proceso alveolar alargado, de manera que está indicada la reducción vertical de los márgenes óseos - del alveolo toda vez que estos dientes se extraigan. El seno - - maxilar, se suele dilatar en la tuberosidad del maxilar, haciendo que la reducción vertical del reborde maxilar residual se torne difícil. En estos casos hay que tener cuidado de dejar cierta cantidad de hueso que tenga suficiente cantidad para que forme el piso del seno.

El tejido blando excesivo y el tejido de granulación crónico se eliminan de los colgajos bucal y palatino, se suturan en - tonces sobre las áreas interseptales, pero no sobre los alveolos abiertos. Se sutura en forma continua o con puntos separados sin tensión. (3)

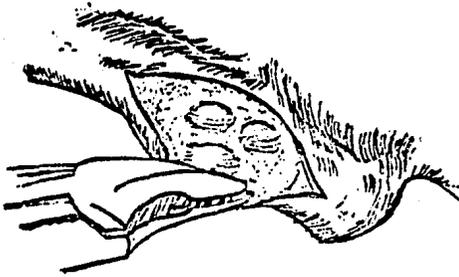
A



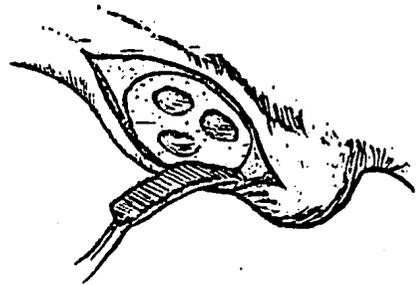
B



C



D



E

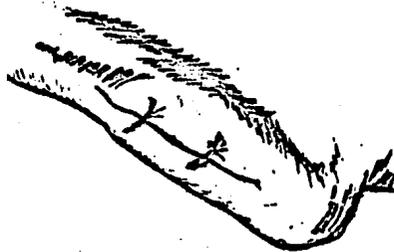


Fig. nº 10. Alveoloplastia de un solo diente.

A. Diente aislado con hueso alveolar alto.

B. Extraído el diente se eliminan las porciones de encía en forma de cuña, en las porciones mesial y distal del alveolo.

C. El m. cooperi estivo se refleja bucal y lingualente.

D. Alisado con lima.

E. Sutura final.

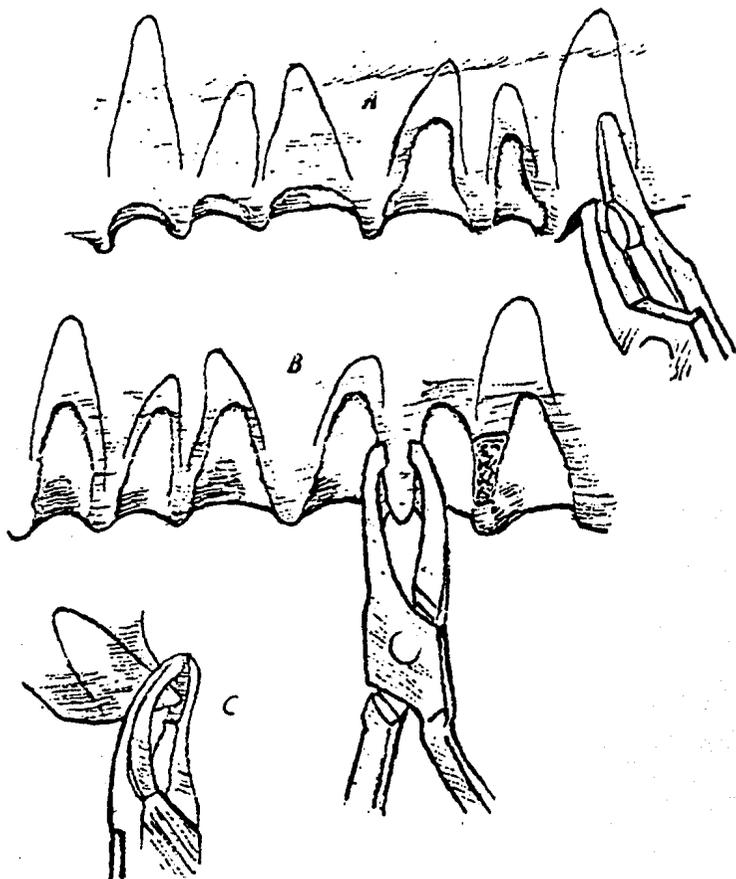


Fig. 11 . Alveoloplastia simple. A. Eliminación de la placa labial con pinzas de gubia. B. Extirpación de punta interseptal. C. Vista lateral de extirpación de punta interseptal.

Alveolectomía Intrarradicular :

En este procedimiento, se sacrifica hueso intrarradicular en lugar de placa labial, se extraen los dientes. No se intenta elevar un colgajo mucoperiosteico sobre el hueso que va a aplastarse. Se extirpa el hueso intrarradicular con pinzas de gubia de picos agudos; un pico en cada alveolo, a la mitad de su altura. Se hace una muesca con cincel o pinzas de gubia en la placa labial de cada área premolar, para permitir que la mayor circunferencia de la placa labial se ajuste a su nueva posición. Se aplasta el hueso hasta obtener el contorno deseado con presión del pulgar.

Se asocian menos resorción y menos dolor posoperatorio con este procedimiento; puesto que el periostio no se desprende del hueso y no descansa sobre hueso que se ha puesto áspero. (Fig. #12)

Alveolectomía Cortical Vestibular :

La reducción de la tabla cortical externa es la forma más antigua y conocida de la alveolectomía. Por muchos años se la practicó casi radicalmente, dejando solo un reborde alveolar pequeño y angosto que se empequeñecía y estrechaba con el paso del tiempo.

Se hace una incisión en la encla y se separa un colgajo mucoperiosteico de espesor total que se extiende por lo menos a un diente de distancia a cada lado de la zona de la cirugía ósea. Se coloca una gubia de corte lateral de modo que en un extremo quede por debajo del reborde óseo del alveolo y el otro en la cresta del reborde. Con la gubia se "muerden" pequeños trozos de hueso.

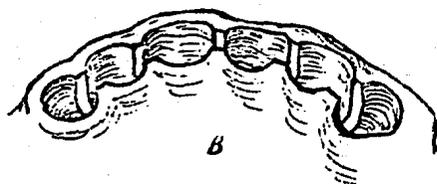
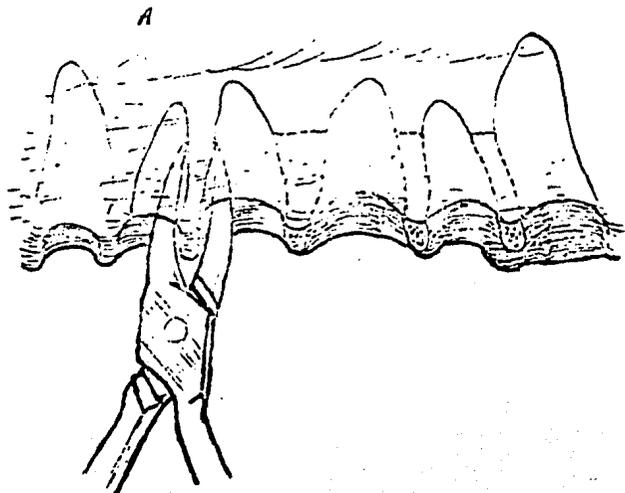


Fig. 12 . *alveoloplastia interradicular*. A . Con las pinzas de gubia de pico estrecho se eliminan tabiques sin elevar colgajo ni destruir la placa labial. B . La placa labial debilitada, se colapsa hacia la placa palatina con presión del pulgar .

Es importante que el instrumento tenga filo adecuado para que la separación del hueso sea neta y no se lo fracture en trozos - - grandes; se tendrá cuidado de no quitar demasiado hueso. Después de este procedimiento, se utiliza una lima para hueso con el fin de alisar y recortar el contorno óseo. A continuación, se vuelve la mucosa a su lugar mediante suturas individuales que se hacen desde vestibular hacia lingual sobre los tabiques óseos intrarradiculares. Este tipo de alveolectomía es el procedimiento protético más común que se realiza después de las extracciones de los dientes. (8)

Alveolectomía Radical :

En ciertos momentos, se aconseja contorneado radical del - reborde alveolar debido a socavados extremadamente prominentes, o en ciertos casos, una gran discrepancia en la relación horizon - tal de los rebordes superior o inferior, debido a sobremordida - horizontal notable "overjet". Estos pacientes pueden requerir - eliminación total de la placa labial para lograr sustitución - - protética satisfactoria.

En estos casos se realiza elevando un colgajo mucoperiostio antes de la extracción. La extracción de los dientes puede facilitarse al eliminar primero el hueso que queda por encima de las raíces de los dientes. Esta eliminación de hueso también asegura la conservación del hueso intrarradicular. Después de extraer - los dientes, se recorta el hueso restante y se contornea para - lograr la altura labial y oclusal deseada usando cincel, pinzas-

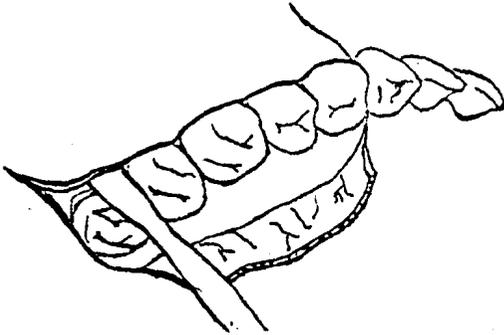
de gubia y lima. Se recorta tejido excesivo de los colgajos labial y palatino, se unen con sutura continua o puntos interrumpidos sobre los tabiques. (Figs. # 13 y 14)

Al cerrar este colgajo, puede ser necesario eliminar una cuña de tejido en las áreas de los premolares para dar espacio a la circunferencia externa disminuida del hueso labial. Deberá tenerse cuidado con este colgajo mayor para conservar cuanta adhesión sea posible a la altura del repliegue mucobucal por que de otra manera, se encontraría al cerrar un colgajo excesivamente largo. Si el colgajo no es sostenido con una dentadura postiza de colocación inmediata y el exceso de tejido se reseca, la altura del pliegue mucobucal disminuirá drásticamente.

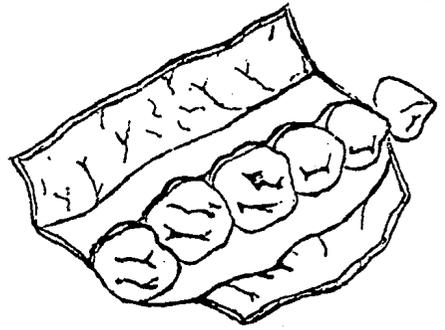
Técnica de Dean :

Esta técnica tiene como fin preparar el reborde alveolar para las prótesis. Se fundamenta en los siguientes principios biológicos :

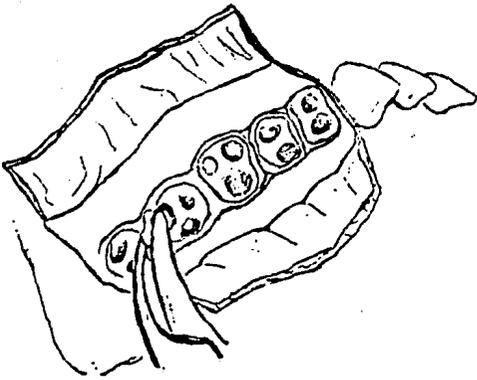
- 1) Reduce la prominencia de los márgenes alveolares, vestibulares para facilitar la recepción de las prótesis.
- 2) No se perturba la inserción de los músculos.
- 3) El periostio queda intacto.
- 4) La tabla cortical se conserva como una capa vital de tejido con irrigación intacta.
- 5) Al conservar el hueso cortical, la reabsorción posoperatoria se reduce.



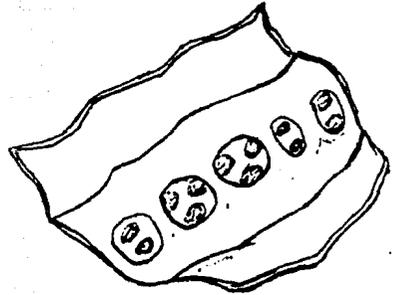
A



B



C



D

Fig. 23 . A . desprendimiento de los colgajos vestibular y palatino .
 B . aspecto d el colgajo desprendido, antes de realizarse la
 osteotomía . C . Se han practicado las extracciones dentarias
 y la osteotomía, se efectúa la resección del excedente de los
 tabiques alveolares . D . aspecto de la arcada después de rese-
 cado el hueso . (Ries Centeno) .

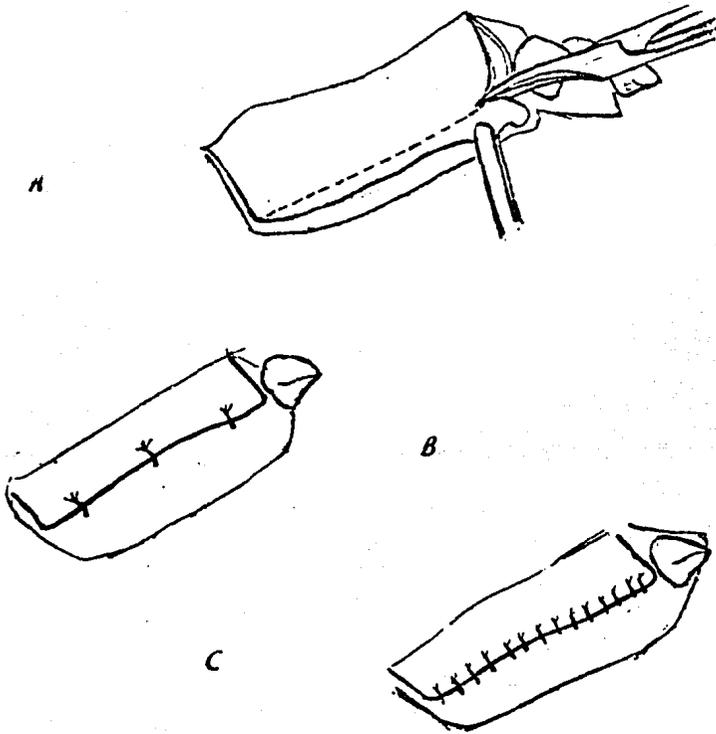


Fig. 14 . A . Corte del excedente del colgajo vestibular . B . Sutura del colgajo a puntos separados . C . Sutura del colgajo con sutura continua . (Ries Cereno) .

Dean aconseja eliminar primero el molar más posterior y luego trabajar hacia adelante para preservar la tuberosidad cuando se prepara el reborde posterior. Los caninos se han de extraer antes que los incisivos para evitar la fractura y eliminación de la tabla vestibular que se halla unida a los caninos. Una vez extraídos los dientes hay que eliminar el tabique óseo interradicular con gubias o alicates, cinceles o fresas.

Para permitir el movimiento de la tabla vestibular hacia palatino, se precisa hacer cierto alivio para permitir la proyección de la cortical vestibular. Dean usa un cincel para hacer una excisión de hueso con forma de "V" en la tabla cortical del alvéolo del canino. Así se liberan tres lados del colgajo óseo cortical vestibular. En este punto era suficiente con la presión digital para comprimir la tabla hacia palatino. Frecuentemente, sin embargo, la tabla cortical no se fractura y permanece en su posición comprimida, pero puede retornar a su posición original. Dean sugiere que se use un cincel desde dentro del alvéolo para pasar a través de la tabla cortical en la región apical. Al hacer esto, la cortical vestibular se convierte en un injerto de movimiento libre unido únicamente al mucoperiostio del cual se recibe el aporte sanguíneo.

La línea de fractura horizontal en la zona apical se alisa con limas para hueso desde dentro del alveolo con el fin de lograr una superficie vestibular lisa. Dean usaba esta técnica en rebordes posteriores así como en rebordes anteriores, haciendo un alivio cortical vestibular en el alvéolo más posterior. (8)

Técnica de Obwegeser :

Obwegeser propuso su técnica en casos de protrusión premaxilar extensa modificando la técnica de Dean que produce un reborde anterior en forma de "V"; en lugar del reborde conveniente en forma de "U"., para evitar tal reborde, Obwegeser fractura las corticales vestibular y palatina mediante los siguientes pasos :

1) Extracción de los dientes.

2) Con pinzas gubia o fresas se elimina el hueso intrarradicular medular.

3) Se agrandan los alvéolos en su intercomunicación con fresas para hueso.

4) Las tablas vestibular y palatina se recortan con fresas en la zona de caninos para debilitar el hueso y formar colgajos óseos de tres lados en las dos tablas corticales.

5) Se introduce un disco montado pequeño dentro de los alvéolos para ranurar las corticales vestibular y palatina, debilitándolas horizontalmente a lo largo de las líneas de fractura propuestas. Puesto que la cortical vestibular es muy delgada, sólo hay que ranurar con el disco la cortical palatina.

6) Se introduce un par de elevadores gruesos y planos dentro de los alvéolos y sus espacios de comunicación, se fractura la tabla vestibular hacia vestibular y la tabla palatina hacia palatino. Entonces, se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle la forma adecuada. Las suturas cierran la encía sobre los alvéolos y ayudan a mantener el hueso en posición

7) Se usa una prótesis con férula para estabilizar el proceso alveolar fracturado, que cicatriza en un plazo que va de 4 a 6 semanas.

Esta técnica tiene la ventaja de remodelar las superficies vestibulares y palatinas del proceso anterior y se presenta para casos de protrusión premaxilar extrema. (8)

Nota : Esta técnica así como la técnica de Dean, se mencionaron en este capítulo; pero no son utilizadas con frecuencia en cirugía preprotésica menor.

2.3 REGULARIZACION DE PROCESO

Muchas dentaduras se llevan con molestia, desagrado y vergüenza; podrían hacerse cómodas y funcionales si se efectuaran intervenciones quirúrgicas para mejorar su uso. (3)

El dentista se encuentra a menudo con situaciones que hacen necesario cortar hueso, para corregir un defecto o proporcionar acceso a otra anomalía. (6)

Deberá realizarse todo esfuerzo posible para mejorar, conservar y reconstruir los maxilares para que el paciente pueda usar una prótesis durante mucho tiempo. (3). Eligiendo los procedimientos menos mutilantes. (9)

Prácticamente la totalidad de los tratamientos protésicos están precedidos por intervenciones quirúrgicas que pueden ser próximas o lejanas. Boswell establece la ley quirúrgico-protética: "Toda extracción deberá ser considerada cirugía preprotética". (9)

Cuando se han realizado las extracciones dentales sin criterio protético, o cuando quedan a pesar nuestro sobre las crestas dentarias, bordes agudos y crestas sumamente dolorosas a la presión, estos deberán ser eliminados realizando una regularización de proceso; de acuerdo con la ubicación, extensión y forma del excedente óseo que se precise reseca.

La regularización de proceso se efectúa de la siguiente forma :

El trayecto de la incisión está dada por la extensión de la

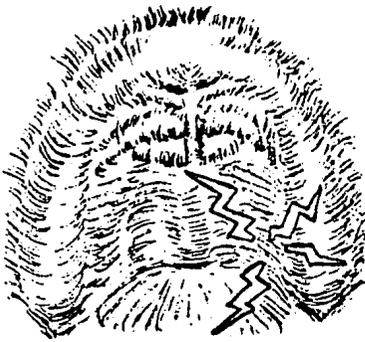
zona que será sometida a una regularización ósea; siguiendo los principios de toda incisión. Se desprende el colgajo hacia vestibular y hacia palatino dejando perfectamente visibles las crestas a resecar. El colgajo debe mantenerse alejado con separadores para que no sea traumatizado. Para una punta o un borde único, se traza un colgajo en arco o en forma angular. (Fig. # 15)

La osteotomía se realiza con pinzas gubias que resecan las puntas, crestas o bordes afilados. Una lima pule el hueso, de manera que quede absolutamente liso. (7) (Fotografía # 4)

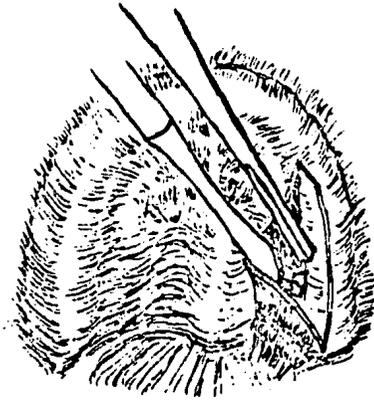
Muchas veces se observa que el reborde alveolar atrófico se halla cubierto por una franja delgada de tejido gingival, "cicatriz gingival". Es necesario conservar esta franja para soporte de la prótesis.

El paquete vasculonervioso mentoniano emerge del agujero mentoniano y por lo general se le encuentra en el campo quirúrgico. Hay que poner cuidado en no lesionar estas estructuras y volver a ubicarlas, agrandando el agujero mentoniano si fuera posible. (8)

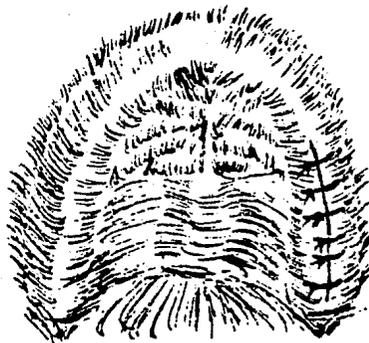
Se vuelve el colgajo a su sitio, se recorta el exceso de tejido gingival y se procede a suturar convenientemente a puntos separados o sutura continua. (Fotografías # 5 y 6)



A



B



C

Fig. . n . Las exostosis palatinas laterales producen dolor cuando se encuentran sumergidas a presiones de dentaduras artificiales. B . La incisión se hace en la cresta del reborde, desde la tuberosidad maxilar hacia adelante. Se separa la mucosa palatina para exponer la exostosis, que se elimina con un cincel o gubia. C . La incisión se cierra mediante suturas.



Fotografía # 4 . Procedimiento transcuadrante en una regularización de proceso. (C. "Zaragoza").



Fotografía # 5 . Se muestra la sutura continua que se emplea en la regularización de todo el maxilar.



Fotografía # 6 . Aspecto clínico de un maxilar en el postquirúrgico de una intervención con regularización de proceso. (Clínica "Zaragoza").

2.4 P R O T E S I S I N M E D I A T A

Una prótesis inmediata es una prótesis dental confeccionada antes de la extracción de los dientes naturales, para ser instalada inmediatamente después de su extracción. (8)

Saizar considera como prótesis inmediata, todo aparato que se coloca entre unos minutos y unos días después de la extracción pero, siempre antes del cierre de la o las brechas quirúrgicas - que pueden considerarse terminado con la epitelización del - - coágulo. (7)

La dentadura puede ser una prótesis relativamente permanente o una temporaria que será reemplazada por la dentadura definitiva en fecha ulterior.

La prótesis inmediata puede tener dientes de porcelana anteriores, con el fin de hacerlos estéticos, y dientes de acrílico-posteriores, para contrarrestar el desgaste oclusal en el caso de que hubiera dientes naturales antagonistas.

El plan de tratamiento se determina para cada paciente en forma individual. Las indicaciones quirúrgicas absolutas no pueden ser alteradas por consideraciones protéticas pues, entonces la prótesis dejaría de ser terapéutica.

En biología es imposible estandarizar. El paciente es una unidad biológica y por ende, no existe la técnica única capaz de solucionar sus problemas. Las técnicas posibles, como medio de tratamiento, podrán ser varias, pero la verdadera importancia es el concepto psico - biomecánico en que se fundamentan. El éxito final radica simplemente en construir una prótesis capaz de fun-

cionar dentro del margen de adaptación de ese paciente, que varía de uno a otro.

Un paciente parcial o totalmente desdentado no es simplemente un individuo que necesite una prótesis para reemplazar los - - dientes naturales, es un paciente que requiere un tratamiento integral, parte del cual debe ser, y normalmente lo es, la elaboración de una prótesis completa que comprende un estudio conciente del sistema estomatológico o estomatognático como ente individual y la posible necesidad de normalizarlo antes del tratamiento - - protético. (9)

LA BOCA IDEAL PARA LA CONFECCION DE LA PROTESIS

Los dos maxilares deben encontrarse en relación normal. Sus procesos alveolares deben ser lo más grandes posibles sin la presencia de protuberancias óseas o de tejidos blandos que pudieran formar zonas retentivas. Cada uno de los bordes alveolares deben tener forma de "U", ser anchos y de altura suficiente. El ancho - transversal del maxilar debe ser lo más semejante posible para - que se logre la mayor estabilidad.

El hueso y los tejidos blandos no deben estar enfermos. Debe haber cantidad suficiente de encla para cubrir los rebordes alveolares y esta debe tener consistencia firme y grosor uniforme. Los surcos vestibulares deben permanecer libres de tejido cicatrizado así como de pólipos y masas hipertrofiadas.

La lengua debe moverse con libertad, no presentar enfermedad o tener restricciones del frenillo. No debe estar agrandada ni -

invadir el espacio correspondiente a la prótesis. Las glándulas salivales menores y mayores deben presentar función secretoria normal y mantener húmeda y lubricada la boca y ayudar así a la retención de la dentadura. (8)

VENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA

- Anatómicas :

- 1) Impide la pérdida inmediata de la altura, ya que se conserva la dimensión vertical; al reemplazar el tope oclusal preservando la altura morfológica.
- 2) Evita el desequilibrio de las articulaciones temporomandibulares manteniendo su juego.

- Funcionales :

- 1) Hemostasia. La base de la dentadura cubre los alvéolos de las extracciones y actúa como apósito.
- 2) Cicatrización. La base de la prótesis protege los tejidos y reduce la acumulación de residuos de alimentos en los alvéolos.
- 3) Menor reabsorción de los rebordes. La base de la dentadura -- tiende a reducir la magnitud de la reabsorción posoperatoria del reborde, y el hueso es contorneado por la prótesis.
- 4) Tono muscular. Cuando los dientes son reemplazados de inmediato, los músculos de la lengua, los labios, y los carrillos mantienen su posición fisiológica normal.
- 5) Nutrición. La buena nutrición es fundamental para que exista cicatrización adecuada; y la nutrición se mantiene mejor con -

dientes que sin ellos.

- 6) Evita la mayor parte de los trastornos y reajustes fonéticos del desdentamiento.
- 7) El paciente con prótesis inmediata realiza mejor la masticación, deglución y digestión que un paciente sin dientes.

- Estéticos :

- 1) Impide el colapso facial; consecuencia de las pérdidas y transformaciones anatomofuncionales.
- 2) Con frecuencia permite introducir mejoras a veces considerables en la personalidad del paciente.

- Psicológicas :

- 1) Elimina la humillación que sufren algunos pacientes al presentarse sin dientes.
- 2) Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso.
- 3) Reduce los trastornos de acostumbamiento a la prótesis.
- 4) Ayuda a mantener normalmente las actividades de la vida de relación. (7) (9)

DESVENTAJAS DE LA PROTESIS INMEDIATA

Tiempo y costo. Falta de pruebas fisiológicas (relación centrada)

SELECCION DEL PACIENTE

Hay que tomar en cuenta factores generales y locales :

- Salud general y edad del paciente:

Los pacientes ancianos y los que padecen enfermedades orgánicas graves que no se consideran capacitados para soportar una cirugía, no deben ser sometidos a extracciones múltiples en una sola sesión y a la instalación de las prótesis inmediatas.

- Infección local :

Es preciso resolver la infección periodontal y / o periapical mediante medidas quirúrgicas y terapéuticas apropiadas antes de la instalación de las prótesis inmediatas. (8)

- Factores anatómicos :

Antes de tomar las impresiones definitivas para la confección de la prótesis es preciso corregir y regularizar dientes en mal posición severa, relaciones maxilomandibulares adversas, retenciones óseas y de tejidos blandos pronunciados, torus y exostosis, mucosa hiperplásica, inserciones de músculos y frenillos.

TIPOS DE PROTESIS INMEDIATA

A) Prótesis parcial aditiva :

Puede ser transformación de la que usa el paciente en la que se va agregando dientes después de las extracciones. Facilita la extracción previa de los dientes posteriores, sirviendo como transición hacia la prótesis completa definitiva.

B) *Férula transitoria* :

Es lo que se dice una prótesis económica. Los dientes posteriores son reemplazados por férulas de acrílico que se articulan directamente en boca, añadiendo acrílico autopolimerizable; los dientes anteriores se hacen rápidamente por vaciado de los mismos en la impresión con acrílico de color conveniente.

C) *Prótesis sin flanco vestibular* :

También llamada *intraalveolar*. Basta escavar el alvéolo en el modelo e introducir en este dos a tres milímetros el diente reemplazado. El resultado inmediato puede ser espectacular, al mostrar los dientes emergiendo de la encía, aunque requiere la encía artificial al cabo de 15 a 20 días.

D) *Prótesis inmediata con encía completa* :

Es la preferida por la mayoría de los cirujanos. Esta prótesis reduce el tejido de retención deficiente, que puede presentarse en la prótesis sin encía artificial. (9)

Los alvéolos de las extracciones se rellenan de hueso aproximadamente al mes y la reabsorción de la superficie se produce en forma simultánea con la cicatrización de los alvéolos. Con esta cronología en mente, parecería apropiado decir que si se reduce la atrofia del reborde, es preciso colocar una prótesis parcial o completa o hasta un puente provisional fijo, para mantener la función del reborde, la dimensión vertical, la relación céntrica, el tono muscular, la nutrición, etc..

PREPARACION DE LA PROTESIS

La prótesis se prepara de acuerdo con las técnicas que el profesional prefiera o acostumbre con o sin la base transparente de acrílico. (7)

CIRUGIA PARA PROTESIS INMEDIATA

Si es hecho el diagnóstico adecuado y el correspondiente plan de tratamiento; la única cirugía necesaria antes de la instalación de la prótesis inmediata es la extracción de los dientes naturales con la menor cantidad de alveolectomía.

Esta cirugía se puede realizar bajo anestesia local, regional o general. Se recomienda practicar la anestesia lejos de la zona a operar, por ejemplo, en caso de tratarse del maxilar superior se aplicará dos anestésicos infraorbitarios y en el maxilar inferior idealmente una anestesia regional; con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis. La zona edematizada desde luego, esta aumentada de volumen y la prótesis no se adapta cómodamente sobre esos sitios, por otra parte, la presión que la prótesis ejerce sobre un territorio edematizado, resulta dolorosa una vez que ha desaparecido la anestesia. Cuando se opera bajo anestesia general, se realiza una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenir con fines hemostáticos y así mismo para que no resulte dolorosa la primera sensación de la prótesis al ser colocada.

Si hay torus y exostosis o hiperplasia de la mucosa vestibular

lar o palatina, se les corregirá antes de comenzar la confección de la prótesis; al igual que las extracciones en pacientes con dificultad para las mismas, se extraerán los dientes posteriores, así como los dientes retenidos o con caries grandes, o dientes con grandes obturaciones que muy posiblemente se fracturarán durante la intervención. (Fotografía # 7)

La incisión en la cirugía propiamente dicha se realiza a lo largo de los dientes existentes y convenientemente para efectuar la alveolotomía y regularización de proceso. (Fotografía # 8)

Se comprimen o eliminan las proyecciones agudas sobre la cortical alveolar vestibular que de ser dejadas producirán dolor o irritación.

Si son muy grandes se recortarán las papilas gingivales interdentarias, y se efectuará la sutura en cada zona interproximal. (7)

Una matriz quirúrgica de acrílico transparente, reproducción de la base de la dentadura, es muy útil para determinar la forma apropiada del reborde. Por lo general cuando mayor es la cantidad de dientes a extraer y mayor la cantidad de alveoloplastia necesaria para asentarla dentadura sobre los tejidos blandos, tanto mayor es la necesidad de la matriz quirúrgica transparente. (8)

Cuando se usa la matriz, se la coloca y se la sostiene a presión para que los puntos con exceso aparezcan pálidos al ser observados a través de la matriz. Estos puntos de presión se alivian mediante el recorte mínimo de hueso; con pinza gubia se - -



Fotografía # 7 . Se muestra como se realizan las extracciones múltiples en un paciente al cual se le ha indicado una prótesis inmediata. (C. "Zaragoza").



*Fotografía # 8. Aspecto clínico en un transqui-
rúrgico; con la menor cantidad de alveolectomía.*

reseca el hueso excedente, se completa el alisamiento con fresas grandes. También la plastia de los tejidos blandos se realiza - hasta corregir el empaledecimiento de la mucosa palatina y encía. A continuación se retira la matriz y se instala la prótesis.

Se retira la prótesis para realizar la sutura, colocando - los nudos sobre la cresta alveolar, no sobre los alvéolos. Los - puntos de sutura se realizan con seda fina, hilo o nylon, para - que no resulten traumatizantes, Los colgajos no deben quedar ti- rantes ni deben ser modificadas las inserciones musculares, ni - el contorno para la adaptación de la prótesis. (7)

Terminada la operación, se lava la superficie gingival con suero fisiológico y se procede a colocar la prótesis directamen- te o previo añadido a la placa de un acondicionador de tejidos. - La prótesis debe de quedar en la boca sin ser retirada durante - 24 horas.

Las suturas deberán ser retiradas cuatro días después de la intervención.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

Es preciso indicar al paciente el cuidado adecuado de la - dentadura y de los tejidos bucales :

Las dentaduras se quitarán y limpiarán con frecuencia. Los tejidos bucales deberán limpiarse diariamente, al principio con irrigaciones y enjuagatorios y después mediante el cepillado de la mucosa. Una vez limpiado los tejidos bucales y la prótesis, - se la colocará inmediatamente.

Se deberá medicar al paciente para aliviar el dolor, y dentro de la dentadura se le colocará un unguento anestésico tópico para que alivie la molestia.

A las 24 horas se examinará la boca y se ajustará la prótesis para eliminar zonas de necrosis por presión de la mucosa. Se puede usar un material de revestimiento blando para mantener un buen contacto entre la dentadura y los tejidos bucales y suprimir la necesidad de emplear adhesivos. El revestimiento blando se cambiará una o dos veces por semana, según lo necesario; hasta que se haga el rebasado secundario.

Cuando sea oportuno se hará el ajuste oclusal. (8)

2.5 RESECCION DE TUBEROSIDADES

Las *tuberosidades agrandadas* del maxilar superior pueden acompañar a casos de *hiperplasia fibrosa submucósica*, o pueden ser resultado de auténticos *agrandamientos óseos* que interfieren en el asentamiento de la dentadura, debido a algún *socavado excesivo* o a *choque* a nivel del espacio intermaxilar como puede verse en la *fotografía # 9*.

Las *hipertrofias* de las *tuberosidades* pueden crear *problemas* en dos sentidos; hacia *vestibular* o hacia *oclusal*, donde pueden llegar a *suprimir totalmente* el espacio protético.

HIPERTROFIA OCLUSAL DE LAS TUBEROSIDADES

Las *tuberosidades* del maxilar superior pueden estar *aumentadas excesivamente de volúmen* en sentido *oclusal* impidiendo la *ubicación* de la *prótesis*.

Siempre que el seno maxilar no esté descendido, acompañando la *tuberosidad*, esta puede ser *resecada*. (7)

TECNICA

Precaución; se toman *radiografías* para que se tenga *seguridad* que el seno no se halla tan bajo que llegue a la zona de la *tuberosidad*.

La *incisión* se realiza a través de la *mucosa*, desde *distal* de la *tuberosidad* y siguiendo lo largo de la *cresta alveolar*. Pa



Fotografía # 9 . Se observó el aspecto clínico de una tuberosidad agrandada, en donde está indicada su resección. (Clínica "Zaragoza").

ra comenzar la incisión, se usa un bisturí con hoja N° 12, después se cambia esta hoja por una del N° 15 y se extiende la incisión por delante diez milímetros, desde el punto donde el hueso debe ser eliminado y prolongándose hacia el surco vestibular en un ángulo de 45°. La mucosa que cubre estas excrecencias es perfectamente normal, a menos que halla sido traumatizada (como la mucosa del torus palatino que se traumatiza al comer).

Es necesario tener cuidado de no exponer-la rompiéndola al eliminar estas masas óseas.

Se levanta el colgajo para exponer la excrecencia.

Se resecan las elevaciones con gubias, colocando un bocado-sobre la cresta alveolar y el otro debajo de la excrecencia y así se recorta el hueso que constituye la retención.

A continuación se despega la mucosa lingual y se reduce la altura del reborde de la tuberosidad, con cizallas o gubias.

Se suavizan los bordes con limas para hueso liberándolas de cualquier margen o punto aguzado. Se rehubica el colgajo en posición sobre la zona de la tuberosidad. Habrá un sobrante de tejido blando que se recorta con tijeras de manera que los bordes se aproximen sin exceso, permitiendo un cierre sin tensión. (14)

HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES

Las exostosis de la superficie lateral, o vestibular del proceso alveolar son comunes en el maxilar superior, pero se les encuentra en menor proporción en la mandíbula. Se producen cerca de la cresta del proceso alveolar, generalmente en la zona de -

molares y premolares resultado de una alveolotomía insuficiente al realizar la exodoncia, se consideran como espaciamiento funcional de la cortical ósea. En algunos pacientes con dientes naturales, estas proyecciones óseas son tan grandes que atrapan partículas de alimentos en el surco vestibular, presentando un problema de higiene. (8)

Para el paciente protético, se plantean dos problemas; la reducción de la exostosis vestibular es necesaria para la fidelidad de la impresión para la prótesis y la estabilidad y retención de la misma; y sin embargo, la reducción ósea podría producir pérdida excesiva de la cortical ósea, dejando hueso esponjoso cubierto únicamente por mucosa. En consecuencia podría producirse la reabsorción excesiva del proceso alveolar, reduciendo sustancialmente no solo el tamaño del proceso alveolar, sino también el ancho transversal del maxilar. La solución se encuentra en una transacción. Es posible mantener el tamaño del maxilar superior con mayor facilidad eliminando gran parte, pero no toda la exostosis, de manera que quede un pequeño "muñon". Resulta difícil estimar la cantidad de hueso que se reabsorberá después de cada procedimiento; pero en este caso parece prudente no desperdiciar hueso que el paciente pueda necesitar en algún momento del futuro. (7)

TECNICA

Es menester recordar la posición del seno maxilar con el objeto de no abrirlo extemporáneamente, creando una comunicación

bucosinusal patológica, para tratar la cual, se necesita un nuevo acto quirúrgico. Será necesario por lo tanto un exámen radiográfico previo que imponga los límites del antro de Highmore y su vecindad con el reborde alveolar. (7)

La incisión se hace en la cresta del reborde. Si es necesaria, se hace también una incisión anterior oblicua o liberadora, para conseguir el suficiente acceso a la zona.

Se separa el colgajo mucoso hasta un nivel que se localice inmediatamente por debajo de la exostosis, la cual se quita inmediatamente utilizando gubias, fresas o un cincel filoso.

Una vez eliminada la exostosis se utiliza una lima para hueso con el fin de alisar el proceso alveolar, se coloca la mucosa en su lugar y se sutura.

Esta operación puede aplicarse para aquella intervención en el maxilar inferior, donde también distal del canino y la región del tercer molar inferior, son, como en el superior, motivo de los mismos problemas.

Solo se observa el cuidado posoperatorio de rutina. (8)

2.6 REDUCCION DE REBORDES EN FILO DE CUCHILLO

La atrofia alveolar intensa del reborde inferior y a veces del superior, produce crestas alveolares residuales agudas o afiladas que literalmente cortan el mucoperiostio desde la profundidad de la superficie cada vez que se ejerce presión sobre la zona. El uso de las prótesis se torna en extremos dolorosas cuando esto sucede, a menudo se realizan alivios grandes en las prótesis, pero no disminuyen el dolor que experimentan estos pacientes; refiriendo un dolor quemante. (14)

Por lo general el dolor se alivia al quitar la prótesis, pero la mera presión digital sobre la zona sensible desencadena nuevamente dolor. (8)

Los exámenes radiográficos deberán hacerse con exposiciones bajas, con la finalidad de revelar los delicados osteofitos cerrados que sobresalen en la cresta del reborde.

El reborde generalmente se ve oscurecido por tejido redundante movable sobre la cresta. (3)

TECNICA

La eliminación se realiza mediante una incisión a través del periostio, labialmente en relación a la cresta del reborde flácido y relajando al mínimo el mucoperiostio, para conservar el vestíbulo. (3)

La osteotomía se realiza recortando el hueso con pinzas-guías de corte lateral, eliminando todos los cortes óseos rugosos o filosos y las prominencias. Se alisa el reborde con lima para hueso o fresas quirúrgicas, con estas dos últimas se incluyen solo las espinas y el hueso afilado. Habrá que eliminar un máximo de uno a dos milímetros, puesto que la reabsorción durante la curación provocará mayor pérdida.

El exceso de tejido blácido se reseca y se envía al patólogo. La incisión se cierra sin tensión mediante suturas individuales con la precaución de no disminuir la profundidad del surco vestibular. (8)

Se logra sostén tisular adicional revistiendo la prótesis del paciente con taponamiento periodontal o acrílico blando.

2.7 REDUCCION DE LA LINEA MILOHIOIDEA

La atrofia alveolar pronunciada a veces acentúa la línea milohioidea, la cual puede ser palpada en la superficie lingual de la mandíbula en la zona del segundo y tercer molar. Hay veces que en la línea milohioidea y la línea oblicua externa, se localiza en los puntos más altos de la mandíbula atrofica, por que el proceso alveolar se ha reducido a un surco por efecto de la reabsorción. (8)

Hay que reducir la línea milohioidea toda vez que el reborde se encuentre al mismo nivel, o a nivel más alto que el proceso alveolar. Con frecuencia el mucoperiostio lingual que cubre la línea milohioidea se traumatiza, se ulcera y no cicatriza. En tales casos hay que eliminar hueso propiamente dicho con la finalidad de permitir el cierre del tejido ulcerado, mediante suturas. (3)

TECNICA

La incisión se hace en la encla residual de la cresta del proceso alveolar desde la zona de los premolares hacia la zona del tercer molar. Cuando hay una úlcera mucosa que abarca la prominencia ósea, se adapta la incisión para que incluya la úlcera. De esta manera, el colgajo lingual no tiene forma de ojal la perforación de la úlcera. El mucoperiostio lingual se rechaza con cuidado, exponiendo la línea milohioidea y el músculo.

El musculo milohioideo se inserta al borde de la línea milohioidea y a su superficie inferior, y hay que incidirle cuidadosamente con el bisturí; manteniendo la hoja orientada en sentido lateral hacia la mandíbula. Una vez separados los músculos, el borde óseo se reduce con gubias o limas para hueso.

Suturas individuales cierran la encla y completan la operación. El musculo milohioideo separado se volverá a insertar en la mandíbula a nivel inferior.

Si el paciente ya tiene prótesis, se hará el recorte muscular con compuesto de modelar y se le rebasará temporariamente con material de rebasado blando. El flanco remodelado de la dentadura sirve para mantener abajo el musculo milohioideo, produciendo la profundización del surco lingual.

La reducción de la línea milohioidea es la operación simple más útil de que se dispone para la mandíbula muy reabsorbida, por que no solo se reduce el borde óseo filoso que produce dolor, sino que al mismo tiempo se profundiza el surco lingual. (8)
(Fig. # 16).

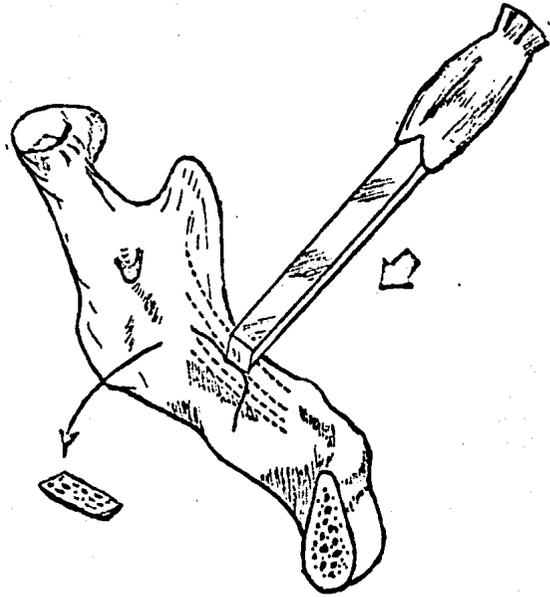


Fig. 16 . Reducción del reborde molarideo afilado .

Técnica con cincel . (Kruger) .

2.8 T O R U S M A X I L A R

El torus es una protuberancia o excrecencia ósea de crecimiento lento y base plana que se presenta en la línea media del paladar duro. Se han propuesto numerosas teorías, pero aún falta la explicación convincente de esta lesión común.

Su etiología es desconocida. Se indican como factores etiológicos posibles; la herencia como una pauta mendeliana dominante; el traumatismo superficial; la maloclusión y la respuesta funcional.

La frecuencia del torus palatino varía entre el 20 y 25 % de la población; las mujeres están mayormente afectadas que los hombres, en una relación aproximada de 2 a 1.

El torus crece con lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera década de vida.

El torus palatino se presenta como una saliente en la línea media del paladar y adquiere varias formas. Desde el punto de vista clínico se ha clasificado como: plano, fusiforme, nodular y lobular. (Fotografía # 10).

La mucosa que recubre el torus está intacta, pero a veces aparece más pálida; en razón de la escasez de tejido conectivo-submucoso, la irrigación de la mucosa es relativamente pobre si se compara con otras zonas de los maxilares.

El torus propiamente dicho se compone de hueso compacto denso o de un caparazón de hueso compacto con un centro de hueso esponjoso, y por lo tanto puede ser visible en la radiografía



Fotografía # 10 . Aspecto clínico del Torus -
Maxilar. (Clínica "Zaragoza").

ñas palatinas intrabucuales. (14) (8)

Los torus no tienen importancia patológica, aunque los torus contra los que choca una prótesis son fuentes de dolorosa irritación crónica que pueden hacer que se produzca una infección, o falle la dentadura postiza o ambas cosas, e incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

Algunos torus se palpan muy ligeramente, mientras que otros alcanzan un centímetro o más.

Cualquier torus que tenga más de tres milímetros de elevación debe extirparse antes de confeccionar una prótesis completa o parcial removible. (3) (6)

Indicaciones que contemplan la confección protética :

- 1) Tamaño exagerado.
- 2) Retención.
- 3) Interferencia en el sellado posterior de la prótesis.
- 4) Inestabilidad de la prótesis producida por el balanceo.

TECNICA

El procedimiento quirúrgico no es difícil y se realiza sin dolor en el consultorio con anestesia local. Si se usara anestesia general, hay que hacer intubación endotraqueal para mantener la vía respiratoria adecuada. En tal caso, es mejor realizar el procedimiento en el hospital.

Se instala al paciente en el sillón dental de modo que su

cabeza quede inclinada hacia atrás y el paladar esté en un plano vertical. Se emplea anestesia local para bloquear los nervios palatino ; anterior izquierdo y derecho y el nervio nasopalatino. Es útil hacer otra infiltración con pequeñas cantidades de solución anestésica tanto para conseguir anestesia regional como para conseguir hemostasia.

Se hace una incisión palatina media de la mucosa en la que abarque toda la longitud del torus y dos incisiones que lleven una dirección divergente oblicua en los extremos anterior y posterior evitando las foráminas vasculares, (incisión en forma de "Y"). Si el torus se extiende hacia la zona posterior del paladar duro, hay que tener cuidado de evitar la penetración dentro del paladar blando hacia la cavidad nasal. Cada colgajo se prepara con el elevador periostico y se sutura a la mucosa del proceso alveolar para mantenerlos lejos del campo operatorio. Se pondrá atención para no traumatizar, desgarrar, o perforar los colgajos, puesto que cualquiera de estos accidentes produce isquemia que termina en necrosis de uno de los colgajos o de ambos.

Si el torus es pequeño y pedunculado, y si el hueso palatino es grueso, es posible desprender el torus del paladar mediante un golpe seco de martillo sobre un escoplo filoso de bicel único. Sin embargo, la mayoría de los torus tienen base ancha, y el cirujano no suele tener conocimiento previo del espesor del paladar. En estos casos, se emplea una fresa de fisura de carbono N° 703, u otra fresa para hueso de tamaño semejante bajo -

corriente constante de enfriador, para hacer surcos en el torus, dándole el aspecto acanalado. Los cortes en hueso se hacen de la profundidad deseada con la precaución de no penetrar hacia el piso de fosas nasales. Una vez dividido el torus, las partes se eliminan con gubias, o con escoplo y martillo, sin peligro de -- fracturar el paladar.

A continuación se alisa el muñon del torus con limas para hueso, cinceles o fresas grandes para hueso. No es preciso reducir el torus hasta el punto de dejar el paladar cóncavo. El paladar plano, o incluso con un leve reborde residual medio es lo -- adecuado en la mayor parte de los casos.

El colgajo al reubicarse, se advierte que no es tan largo -- como al principio, por que los colgajos poseen cualidades elásti-- cas, de manera que acortan algo su tamaño. Las porciones que ex-- ceden son eliminadas con tijeras y después se aproximan los bor-- des de la mucosa sobre la herida ósea y se suturan en posición -- con sutura no reabsorbible. Al suturar se pondrá cuidado pues la mucosa delgada se desgarrará con facilidad. (Fig. # 17)

Se practica la sutura de colchonero para que las superfi-- cies vivas de los dos colgajos se hallen en contacto. Esto produ-- ce una capa mucosa más gruesa en la línea media del paladar. (8)

CUIDADO POSOPERATORIO

El cuidado posoperatorio apropiado determina el éxito o el fracaso de todo procedimiento. El cuidado de rutina incluye el -- uso de analgésicos y el mantenimiento de la higiene bucal. Más --

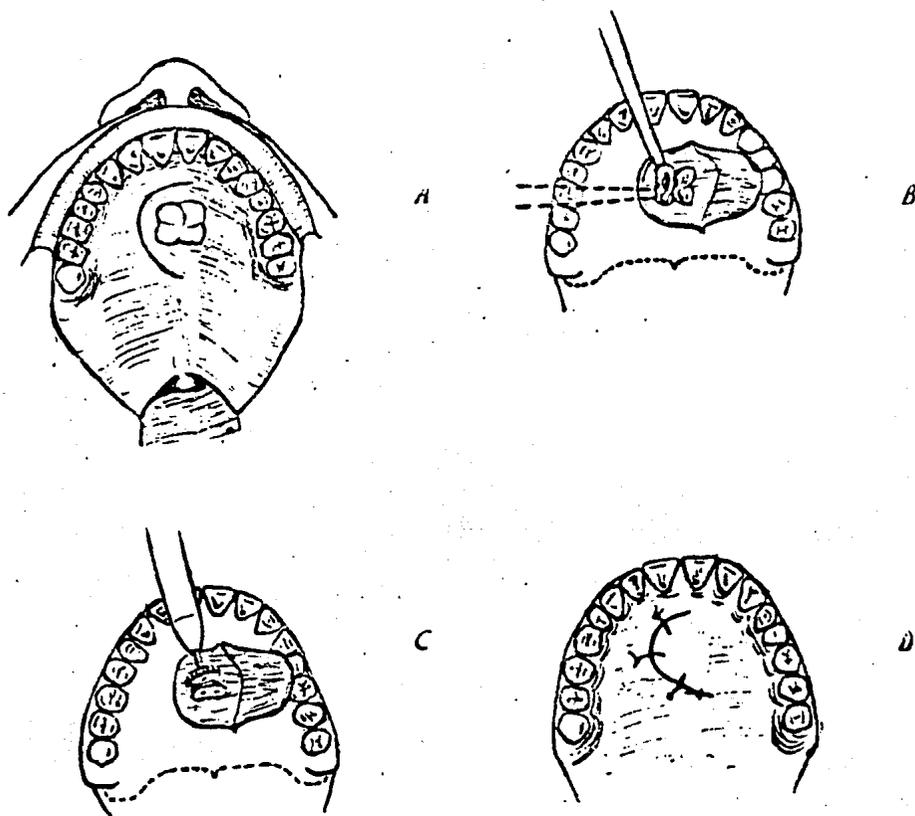


Fig. 17. Extirpación de un torus palatino nodular múltiple. A. Insición semilunar. La línea de furcos en el reborde del paladar duro. B. Se levanta el colgajo y se hace un surco por el medio, con una fresa de fisura. Se elimina la mitad del torus cortando a través de su pedículo con un escoto. C. Se elimina la otra mitad remanente del mismo modo. Se alisa el paladar con una nueca redonda, y se elimina el exceso de mucosa. D. Se sutura el colgajo.

tarde, sin embargo es la prevención de la formación de hematomas mediante el uso de un drenaje de goma o mediante una férula o matriz. Se usa la matriz para adaptar y sostener los colgajos mucosos en contacto con el hueso eliminado así los espacios muertos en los cuales pueda acumularse sangre y suero y además sostiene la mucosa contra el hueso subyacente. Algunos operadores usan antibióticos como rutina para reducir la posibilidad de infección que pudiera producir éxtasis vascular y el desprendimiento de la mucosa.

Se puede confeccionar una matriz antes de la operación, con resina acrílica, e inmediatamente después de la operación cubrir la con pasta de óxido de zinc y eugenol, resina acrílica de autopolimerización, resina acrílica blanda, gasa envaselinada, o cualquier material similar. Algunos acondicionadores de tejido y materiales de revestimiento pueden tener un grado bajo de viscosidad y el material fluirá a través de la incisión y se dispersará por debajo de los colgajos de tejido, esto puede prevenirse poniendo gasa con vaselina o adaptic (Jonson & Jonson), sobre la incisión antes de colocar la matriz revestida.

Se debe dejar la matriz por una semana o hasta que remita la hemorragia y el edema.

Se pueden cortar apósitos intrabucales adhesivos del tamaño adecuado y dejarlos durante varios días con excelente resultado.

2.9 TORUS MANDIBULAR

El torus mandibular es una exostosis o saliente ósea que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula. (Fotog. # 11)

Como en el caso de torus palatino, se ha pensado en numerosas causas, pero la etiología del torus mandibular es, en realidad desconocida. Aunque se ha expresado la opinión sobre la posible naturaleza hereditaria; también se cree que es causa de una reacción funcional a las fuerzas masticatorias. (13)

Esta proliferación ósea en la superficie lingual de la mandíbula se presenta sobre la línea milohioidea, por lo común a la altura de los premolares. Al igual que el torus palatino su tamaño y forma varían considerablemente. Aunque los torus mandibulares en proporción suelen ser bilaterales, también son unilaterales aproximadamente en 20 % de los casos. Tanto las protuberancias unilaterales como las bilaterales pueden ser únicas o múltiples, con frecuencia son visibles en las radiografías dentales periapicales.

No hay correlación en la frecuencia de la presencia simultánea de torus palatino y torus mandibular.

La incidencia varía entre el 6 y 8 % sin diferencia por sexo. Es raro ver un torus mandibular en la primera década de la vida, pero suele tener su comienzo a la edad de 30 años. (15)

Indicaciones que contemplan la confección de la prótesis :

1) Cuando se agrandan tanto que generan dificultades en la - -



Fotografía # 11 . Aspecto clínico del Torus Mandibular. (Clínica "Zaragoza").

dicción o dificultad en la alimentación.

- 2) Cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de la traumatización y no cicatriza.
- 3) Para facilitar la confección de la prótesis removible ya sea parcial o completa. (8)

TECNICA

La remoción del torus mandibular no es difícil. Se realiza fácilmente con anestesia local en el consultorio dental, muchas veces al mismo tiempo que la extracción de los dientes posteriores.

Se anestesia la zona mediante bloqueo del nervio alveolar inferior y lingual, y la infiltración vestibular con solución anestésica.

La incisión se realiza sobre la cresta del reborde desdentado o alrededor de los cuellos de los dientes, para lograr un cierre apropiado, desde la zona de molares hasta la región de los incisivos. (3)

Las incisiones deben ser lo suficientemente largas para proporcionar exposición adecuada y permitir retracción suficiente del colgajo para evitar lesionarlo al desprender el torus. Nunca debe hacerse una incisión sobre la prominencia del torus mandibular, por que podría presentarse problemas al reflejar y retraer el colgajo y sería difícil suturar, debido al inadecuado sitio de la incisión y a la interferencia de la lengua, además, las

incisiones a mitad del camino sobre el borde alveolar o el márgen gingival y el piso de la boca curan lentamente.

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

Puesto que la mucosa que cubre el torus es muy delgada y se rompe con facilidad hay que tener cuidado al rechazar el colgajo. El colgajo se protege con un separador ancho; se coloca una gasa en el campo operatorio entre el colgajo lingual, el cuerpo de la mandíbula y el espacio quirúrgico que se extiende debajo del torus. Esto evitará que el hueso resecaado se pierda en las estructuras profundas del piso de la boca. (14)

Se recorta un canal con la fresa, en el torus expuesto para desarrollar un plano desde el cual se le dividirá.

La mayoría de los torus mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco de martillo sobre un cincel afilado. En caso de que se encuentren torus grandes o fusiformes, es útil emplear una fresa quirúrgica para establecer un plano de desprendimiento antes de usar el martillo y el cincel. Así mismo, es de utilidad que el ayudante quirúrgico sostenga la mandíbula cuando se haga uso del martillo. Una vez reducido el volumen del torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñon mediante limas para hueso y fresas. El hueso del torus es muy denso, como marfil y no puede sacarse con gubias.

Se irriga el área con solución salina y se aspiran los de

sechos. Se coloca el colgajo en su lugar, y si los bordes se superponen, se recortan con tijeras curvas de tipo mayo, hasta que los bordes se aproximen.

Se remueve las gasas de la profundidad del campo operatorio.

Después, se hace una sutura continua o discontinua, para cerrar la línea de incisión, con Dexon 3 (0). (Fig. # 18)

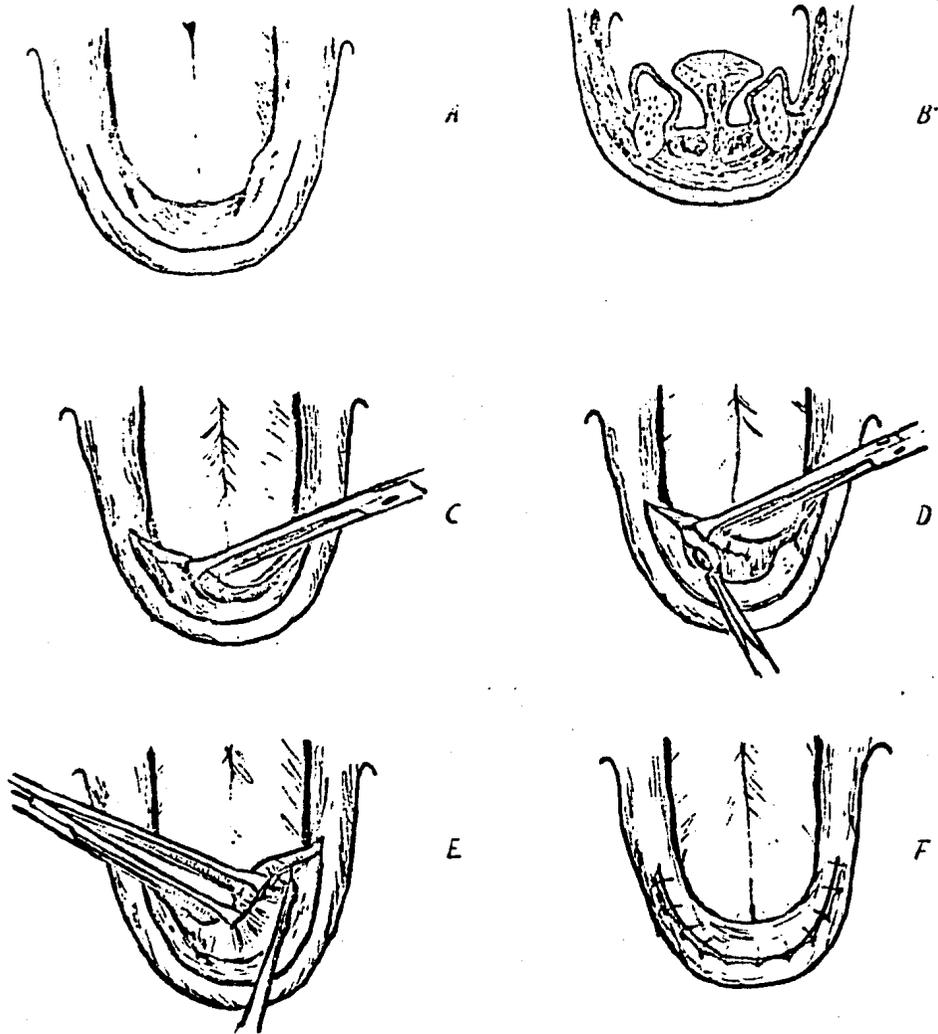
CUIDADOS POSOPERATORIOS

Aunque raras veces necesaria, la matriz resulta útil para sostener el mucoperiostio en contacto con la superficie lingual de la mandíbula, reduciendo así la hinchazón y la posibilidad de la formación de un hematoma. Así mismo es útil derretir trozos de hielo en la boca el día de la cirugía.

Los analgésicos aminoran el dolor; y el uso de antibióticos previenen la inflamación, y algunos cirujanos también recetan enzimas para eliminar el edema sublingual. (8)

Si el paciente usa placa inferior, se debe cubrir con material de revestimiento blando o con acondicionador de tejidos y colocarla para ayudar a adaptar el colgajo a la nueva superficie.

El cuidado de la matriz; es el mismo que se usa para el caso de el torus del maxilar superior. (6) (3)



in. 13 . Eliminación quirúrgica de torus mandibular. A . Línea de incisión sobre la cresta alveolar en maxilar inferior desdentado. B . Corte seccional a través de las coronas dentarias en la zona de los premolares. C . Se levanta el colgajo lingual. D . Eliminación de hueso sobre el lado derecho del maxilar inferior, con un escorlo. E . Eliminación del hueso con un escorlo sobre el lado izquierdo. F . Colgajo aproximado con sutura continua.

CAPITULO III

CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS

C A P I T U L O I I I
C I R U G I A D E T E J I D O S B L A N D O S

Los tejidos blandos que más interfieren en la colocación de las prótesis, son las inserciones bajas o hipertrofia del frenillo labial, como también las adherencias del ala de la nariz y buccinadores. Además, pueden estar interfiriendo las bandas de tejido fibroso cicatrizal presente, resultante de un trauma o infección de tejidos blandos vecinos de los maxilares. Las hiperplasias del surco vestibular, sobre la cresta del reborde o sobre el paladar duro o blando, se ven con frecuencia en pacientes que usan prótesis incorrectas durante muchos años.

En el maxilar inferior, las interferencias en la construcción de una prótesis satisfactoria, resultan de las adherencias altas o hipertrofia del frenillo lingual, los músculos geniogloso, borla de la barba, cuadrado del mentón y buccinadores. Las hiperplasias y bandas de tejido fibroso cicatrizal similares a las vistas en el maxilar superior, también pueden estar presentes en el maxilar inferior. (14)

Estas deformaciones pueden ser congénitas o adquiridas; en casos más graves, se encuentran; estomatitis ulcerosa masiva que puede llegar a producir cicatriz en carrillos o arcadas, las quemaduras eléctricas, accidentes automovilísticos y heridas con arma de fuego.

La cirugía de tejidos blandos en cavidad bucal, suele realizarse para corregir estos defectos congénitos o adquiridos, o

eliminar algún estado patológico.

La cirugía desde luego, debe planearse y hacerse de tal manera que se obtenga el mejor resultado desde el punto de vista - fisiológico, cosmético y planear la colocación adecuada de la prótesis. (6)

La corrección quirúrgica de diversos tejidos blandos normales y anormales ayudan al dentista en la confección de las prótesis y al paciente en el uso más favorable de ellas.

Las intervenciones quirúrgicas abarcan la corrección de tejidos hipertróficos, labio doble, hiperplasia papilar del paladar, hiperplasia submucosa de las tuberosidades del maxilar, paladar, almohadillas retromolares, extensión del reborde y vestibulo. (8)

3.1 FRENILLO LABIAL

El frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. En el nacimiento, ocupa un lugar prominente bajo el labio superior, conectando el labio con el paladar. Sin embargo, cuando los dientes temporales son reemplazados por los permanentes, el frenillo parece alejarse hacia el borde alveolar. Cuando los dientes permanentes han hecho erupción, el frenillo apenas se nota. (6)

La posición normal del frenillo, se encuentra en la encía alveolar, algunos no terminan a este nivel, sino que descienden hasta el borde alveolar, rodean este borde y van a terminar en la papila interdientaria en la bóveda palatina. Fotografía # 12)

Cuando el labio está en reposo se dirige este frenillo hacia arriba y adelante para, pasando por encima del surco vestibular, ir a perderse en el espesor del labio superior. Apartándose de la línea media se encuentra la inserción del músculo mirtiforme e inmediatamente afuera de este la inserción del haz inferior del orbicular de los labios; más hacia afuera y generalmente algo más alto, se encuentra la inserción del músculo canino, por lo general queda exactamente sobre la inserción del frenillo lateral. (7)

Jacobs describe cuatro tipos de frenillos anormales :

- A) Ancha base en forma de abanico en el labio.
- B) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.



Fotografía # 12 . Aspecto clínico de un frenillo anormal al cual se indica la frenilectomía con fines ortodónticos. ("Clínica Zaragoza").

C) Ancha base en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.

D) Amplio frenillo difuso adiposo. (7)

Anomalías que ocasiona el frenillo:

Cuando el frenillo traspasa la encía alveolar y se implanta en la encía insertada, estará en una posición aberrante, y en los movimientos de deglución, fonación y masticación va a ejercer una tensión constante sobre la encía insertada y la encía marginal produciendo una entidad patológica denominada fisura de Stillman. (16)

El frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa y desplazar a esta en los movimientos del labio. (Fotografía # 13)

Este frenillo a menudo es ignorado en un arco anterior desdentado. Al construir una dentadura postiza, se toman medidas para evitar el frenillo, pero esta estructura es frecuentemente una fuente de irritación una vez que la dentadura está colocada en su lugar. Estos problemas pueden evitarse poniendo el frenillo en su posición normal al extraer los dientes anteriores. (6)

FRENILECTOMIA

El procedimiento se lleva a cabo mediante anestesia local o general, en unos pocos minutos. Si se usa anestesia local, se infiltra en el frenillo labial en su origen o inserción.



Fotografía # 13 . Aspecto clínico de un frenillo labial; el cual se opone a la correcta ubicación de la prótesis. (Clínica "Zaragoza").

Se levanta el labio, se lo da vuelta y se mantiene en tensión para que el frenillo destaque. (14) Es un recurso útil que un segundo ayudante se localice de pie por detrás del paciente y eleve los dos extremos del labio, si no, el cirujano levantará un lado y el asistente el otro. Antes de hacer incisiones es preciso recordar que la finalidad de la frenilectomía es la eliminación de la parte fibrosa del frenillo y que la mucosa debe ser devuelta en posición de manera que cubra el defecto quirúrgico.

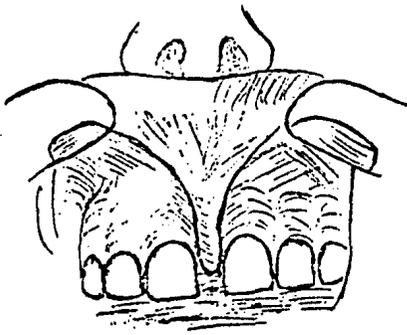
(8)

Se coloca una pinza hemostática paralela a la superficie labial del borde alveolar. Se cierra la pinza sobre las fibras del frenillo. Coloquese una segunda pinza hemostática paralela al labio elevado y traccionado (en ángulo recto con la primera pinza hemostática); se pinza este instrumento sobre las fibras del frenillo donde estas se introducen en el labio, y se extienden los mordientes de la pinza hasta el fondo del surco vestibular.

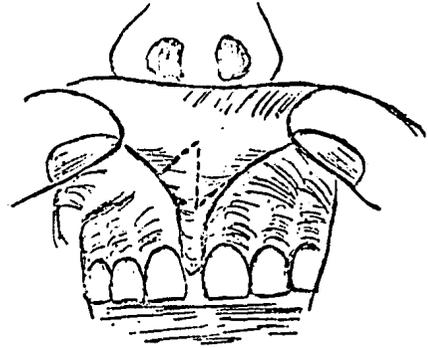
(14)

Las puntas de las mordientes de las dos pinzas deben tocarse mutuamente; el frenillo labial entre ellos forma una "V" invertida. El ayudante sostiene absolutamente quietas las pinzas, sin ejercer tracción. Con un bisturí afilado Bard - Parkeer # 11 se corta alrededor de la superficie exterior de las dos pinzas, de modo que cuando el corte esté completo, las dos pinzas salgan con el tejido del frenillo. (Fig. # 19)

Cuando la frenilectomía tiene fines protéticos, el vértice de la "V" ha de corresponder a la extensión inferior del freni -



A



B



C

Fig. 17 . Operación plástica en Z . A . Una cinta que interfiere, en este caso un frenillo tirante , B . Diseño para una técnica de operación plástica en Z . C . Colgajos ungulares B y E transportados a sus nuevas posiciones.

llo. Cuando el frenillo es separado del hueso con el periostotomo, gran parte de las fibras de tejido conectivo se repliegan hacia arriba en el labio. (8) (Fig. # 20)

Los márgenes laterales de la herida al ser debridados permitirán un movimiento deslizante de la mucosa, de manera que pueda ser aproximada y suturada sin tensión. Si el corte hubiera sido hecho en el interior entre las dos pinzas, habría quedado tejido lacerado y magullado después de retirar las pinzas hemostáticas. - Este tejido dañado es propenso a necrosis, retracción lenta y bordes débiles a través de los cuales la sutura puede deslizarse y cortarse malogrando así el mantenimiento de los labios de la herida hasta que la cicatrización se produzca. Por estas razones, - siempre se corta por fuera de las dos pinzas hemostáticas.

El cierre de la herida se realiza con suturas independientes. El primer punto debe de ir a través de la mitad de la herida (por lo común en su parte más ancha) y debe tomar bordes mucosos y periostio en la línea media. Esta sutura fijada en profundidad mantiene la altura del surco vestibular en la línea media y reduce la formación de hematoma debajo de la mucosa alveolar.

Se hacen otras suturas para cerrar la herida en la línea vertical. Coloquese algunas capas de dos centímetros de gasa yodo formada gruesa entre la superficie labial del borde alveolar y el labio. Instruyase al paciente para que mantenga este apósito de gasa en su lugar durante dos horas después de retirar la gasa, el paciente debe hacer enjuagatorios cada hora. (14)

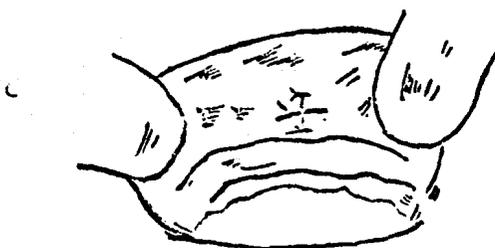
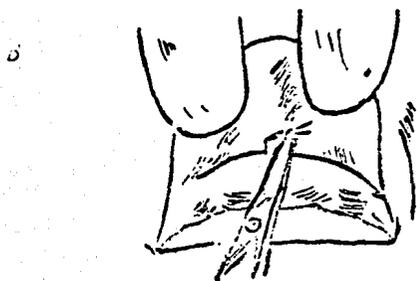


Fig. n^o 20 A, Frenillo labial superior que hubiera causado un problema en la construcción de la prótesis si no se hubiera modificado.

B, Se hace un corte transversal con tijeras

C, Se han aproximado los bordes de la herida.

El cuidado posoperatorio consiste en la aplicación de bolsa de hielo sobre el labio, de 20 a 30 minutos por cada hora, el día de la cirugía, para aminorar la hinchazón. Algunos cirujanos prefieren un vendaje a presión con tela adhesiva o Elastoplast sobre la superficie externa del labio para inmovilizarlo y reducir el movimiento, la formación de hematoma y el edema. La higiene bucal se mantiene mediante enjuagatorios. Las suturas se retiran a los 7 días.

3.2 FRENILLO LABIAL POSTERIOR

El frenillo vestibular posterior, se encuentra compuesto -- principalmente por pliegues de mucosa con sólo un delgado estroma fibroso. Se presenta en las zonas de primeros premolares en los -- dos maxilares. Su corrección se puede hacer mediante la "V - Y -- plastia" o la "V - diamante - plastia" si los frenillos son grandes. Puesto que la mayoría de los frenillos son pequeños, una incisión transversal a través del frenillo, con un bisturí o tijeras, es todo lo que se precisa para producir una herida con forma de diamante, cuyos márgenes se socavan y se cierran en sentido -- longitudinal, o perpendicular a la incisión original.

Al corregir el frenillo vestibular posterior el cirujano ha de recordar que es frecuente descubrir el paquete vasculonervioso mentoniano dentro del tejido conectivo y que es necesario evitar la traumatización del nervio mentoniano.

En razón de que la incisión del frenillo se hace en un tejido con libertad de movimiento, la molestia posoperatoria persiste durante varios días. Los pacientes deberán ser advertidos sobre -- todo por adelantado, por que la magnitud y la duración de la molestia parece ser mayor que la esperada para una incisión pequeña.

3.3 FRENILLO LABIAL INFERIOR

Este frenillo tiene cuando se lo disecca, una estructura y disposición muy semejante a la del superior. A los lados del frenillo se insertan los músculos borlas y por fuera los haces incisivos inferiores del orbicular de los labios.

El frenillo labial inferior compromete ocasionalmente la salud de los tejidos periodontales en lado labial de los dientes inferiores anteriores. Esta banda de tejido puede contribuir a aumentar la profundidad del espacio anormal entre la raíz de un diente y la encía, disminuir la cantidad de encía areolar o provocar una fisura gingival anterior. Esta situación se corrige mediante procedimientos que eliminan el frenillo y aumentan la cantidad de encía areolar en la región. Este estado, que también se observa en niños, debe corregirse tan pronto como se descubra.

3.4 FRENILLO LINGUAL

Elemento patológico frecuente; se caracteriza por ser un cordón sólido que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el tercio anterior de su superficie y se vuelve hacia adelante, insertándose en la línea media de la mucosa del suelo de la boca.

Este extremo anterior del frenillo toma asiento en la cara lingual del maxilar inferior y el borde de la arcada, esto significa que este extremo está colocado entre los incisivos centrales. En algunas oportunidades (que es menester recordar) el frenillo aloja un paquete vascular cuya sección, y consiguiente hemorragia hay que prevenir.

Origina el frenillo lingual dos problemas : el primero, la fijación de la lengua al piso de la boca (Anquiloglosia o lengua atada); el segundo, es el diastema interincisivo.

La Anquiloglosia puede ser causada por un frenillo anormalmente corto y / o un músculo geniogloso que restringe de manera notable la amplitud de movimiento de la lengua.

Los pacientes, con el primero de estos problemas, tienen dificultades en la deglución y fonación (sobre todo de las consonantes linguo - dento - labiales). Los movimientos de la lengua están disminuidos, el paciente no puede excursionarla más que un breve trecho y no logra tocar el paladar con ella, estando la boca abierta. En los intentos de movilización, la lengua adquiere una forma helicoidal. (7)

Este movimiento libre e irrestricto de la lengua es importante si el paciente ha de usar con éxito una prótesis inferior. Como prueba simple de la función lingual, se pide al paciente to que su labio superior con la punta de la lengua. Cuando el paciente es incapaz de mover adecuadamente la punta de la lengua o cuando la punta de la lengua está unida al proceso alveolar, está indicada la frenilectomía.

FRENILECTOMIA

El procedimiento se realiza con anestesia local o general. Si se usa anestesia local, se hace el bloqueo bilateral del nervio lingual y se completa con cantidades pequeñas de infiltración para evitar la deformación de los tejidos sublinguales. Se hace una sutura de tracción a través de los músculos de la punta de la lengua para que sea posible levantar la lengua y poner en tensión el frenillo. Se practica una incisión transversal en la mucosa del frenillo a mitad del camino entre la superficie ventral de la lengua y las carúnculas sublinguales. Para la incisión inicial se emplea tijera o bisturí. La disección más profunda se hace con tijeras en la línea media, evitando los conductos de las glándulas salivales submaxilares y las venas sublinguales, las que, por lo general, pasan al costado del campo quirúrgico. Si se comprueba que las fibras del músculo geniogloso están en el campo, se les puede cortar. Se continua la disección hasta que se pueda retraer la lengua lo suficiente como para que toque los incisivos superiores o el proceso alveolar mientras se tiene

la boca abierta. En este punto, hay que señalar que la *incisión-transversal* se ha convertido en una herida en forma de *diamante*. Los *colgajos mucosos* se *socavan con tijeras* y se cierran con una *incisión lineal longitudinal* con *suturas independientes* (seda negra o catgut). Las *venas sublinguales* están más cerca de los bordes laterales de la lengua que de la *línea media*. Si la *disec-* - *ción quirúrgica* se realiza en *línea media*, es posible evitar las *venas*, y con ello se logra *disminuir la hemorragia*. Al *suturar* - la herida hay que tener cuidado en no pasar la *aguja de sutura* a través de la *vena sublingual* pues de hacerlo, se produciría una *hemorragia rebelde*, *equimosis* ehinchazón. (Fig. # 21)

El *sangrado* en el fondo de la herida se controla *fácilmente* por *presión* o *cauterización*.

La *evolución posoperatoria* no presenta *complicaciones*. El *dolor* y las *molestias* se *neutralizan fácilmente* con *analgésicos*. El *edema* de la lengua y el *piso* de la boca es *moderado* y por lo general remite entre los *siete* y los *diez días*. Durante este - - *lapso*, la *movilidad* de la lengua está *restringida al principio*, - pero ésta se *restablece en forma gra-* - *dual*, a medida que el *edema* desaparece. (8)

Al *comienzo*, la *dicción* está *dificultada*, pero la *mayoría* - de los *pacientes* se *adaptan con rapidez*. Debe *empezarse el pro* - *grama de ejercicios tan pronto como sea posible*. Aunque *cualquier* *régimen* que mantenga el *movimiento lingual* es *aceptable*, se *su* - *giere el siguiente* : el *paciente* debe *sostener dulces de menta* - *contra el paladar hasta que se disuelvan* y *repetir esto tan a* -

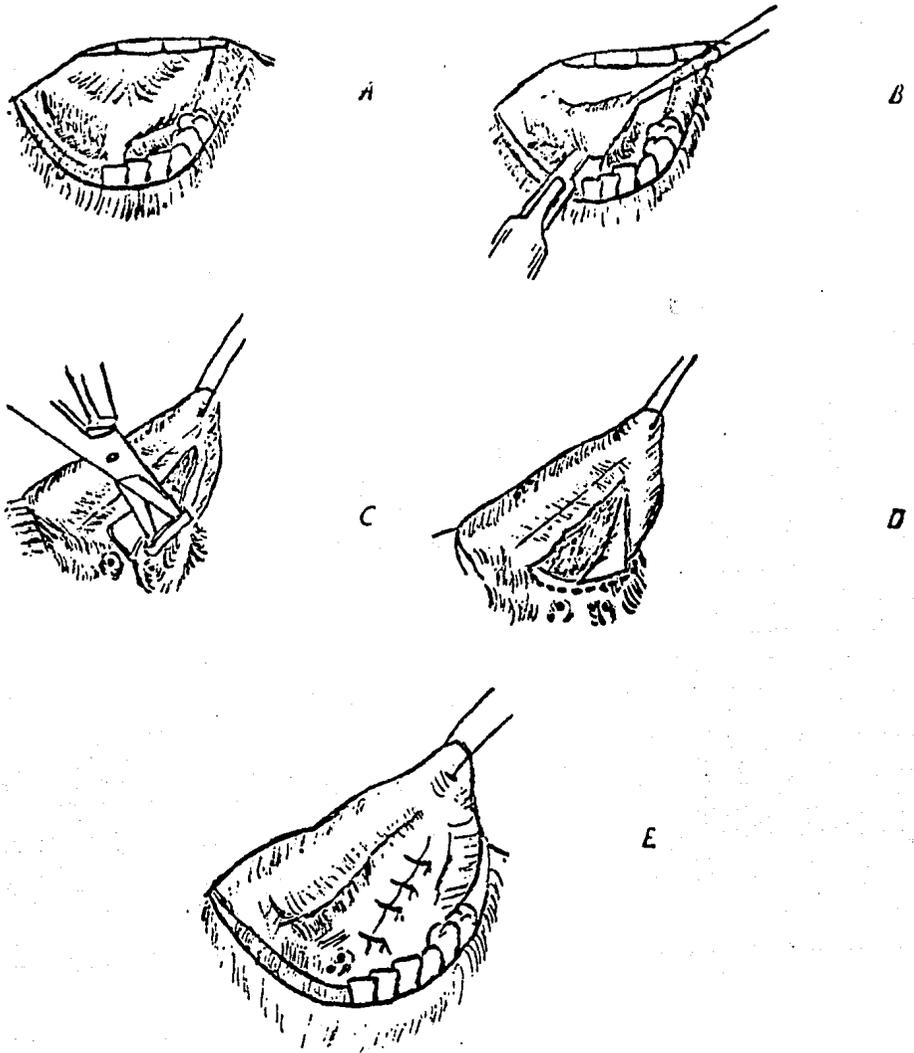


Fig. 21 . Frenilectomía lingual. A . Preoperatorio. B . Se hace una sutura en la punta de la lengua para llevarla hacia atrás y poner tenso el frenillo. Se hace una incisión transversal con un bisturí, o tijeras, a través del frenillo, a mitad del camino entre la superficie ventral de la lengua y las carúnculas sublinguales. Se continúa la disección en profundidad con tijera en la línea media hasta que la punta de la lengua toque el nevorde o los dientes superiores. C . Se socavan con tijeras los bordes de la herida en forma de diamante. D . Se vuelven los colgajos a su posición, y E . Se suturan como una incisión longitudinal media . (Starshak) .

menudo como sea posible durante las horas de vigilia (por lo menos diez veces al día). Este ejercicio debe continuarse durante un mínimo de dos meses. Si la cirugía está indicada para corregir un problema de lenguaje, sería absurdo operar sin tener al alcance tratamiento para el lenguaje. La cooperación estrecha entre el dentista y el terapeuta del lenguaje es esencial. (6)

Después de la evolución posoperatoria inmediata, la mayor movilidad de la lengua y su liberación permite que se tomen impresiones fieles para la prótesis inferior. La prótesis terminada puede resistir el desplazamiento producido por la lengua y el paciente puede utilizar su lengua para estabilizar la dentadura durante los movimientos funcionales. (8)

3.5 LABIO DOBLE

(MACROQUILIA)

El labio doble es una anomalía congénita que se caracteriza por un pliegue accesorio de mucosa excedente que se localiza por dentro del bermellón del labio. También puede ser adquirido como consecuencia de un traumatismo del labio por succión de éste entre los dientes. (8)

Esta masa superflua de tejido aparece, por lo común, en el labio superior, aunque también en el labio inferior y en casos muy raros en los dos. Al tensionar el labio superior, el doble se asemeja a un arco de cupido. Por lo general, si los labios están en reposo, no es posible ver el labio doble. Es visible en el acto de sonreír, y puede llegar a producir gran preocupación psíquica a quien lo padece. (15)

No se dispone de información a cerca de la predisposición familiar, sexo o raza. Ocasionalmente, aparece al azar con otras anomalías bucales. (13)

No se necesita tratamiento; salvo el de la finalidad estética o funcional de la fonación y masticación.

Es conveniente eliminar este defecto estético si al paciente le preocupa su aspecto. Incluso es conveniente eliminar el labio doble antes de confeccionar la prótesis para que sea factible conseguir el resultado estético adecuado de la dentadura.

QUEILOPLASTIA

Se lleva a cabo bajo anestesia local en el consultorio dental. Se hace el bloqueo bilateral del nervio infraorbitario, - efectuada en el fondo del surco vestibular, desde un primer pre molar al del lado opuesto, de modo que se evita la infiltración dentro del labio que produce la deformación del contorno.

La queiloplastia puede dividirse en dos segmentos, pero en el mismo acto operatorio con el objeto de tener bajo nuestro - control el - grado de exéresis necesaria. (7)

La queiloplastia por el lado derecho. Se traza una amplia- incisión en el fondo del surco, desde la línea media hasta el - segmento premolar, incisión que llega profundamente hasta el hue so. Se mantiene fuertemente evertido el labio superior de los - bordes de la incisión y se encuentra el tejido glandular que - forma la esencia del proceso.

Se toma el tejido con pinzas de Kocher o Allis y con manio bras de divulsión a tijeras se separa el tejido vecino hasta las profundidades del músculo orbicular de los labios (debe respe - tarse el músculo y evitar la lesión de la arteria coronaria).

Terminada la enucleación de la masa excedente, se adaptan los bordes para tener un criterio respecto a la necesidad de - eliminar mucosa sobrante. Los pequeños puntos sangrantes se li gan con catgut 3-0. Las heridas se cierran por planos con sutura de catgut 4-0 ó seda para sutura 4-0.

El tejido glandular se envía al laboratorio para un informe

anatomopatológico. (Fig. # 22)

El curso posoperatorio es relativamente normal. El edema es de mínimo a moderado y se controla mediante vendaje externo a presión con tela adhesiva y bolsa de hielo. La molestia se suprime fácilmente con analgésicos.

Las suturas se retiran a los 5 o 6 días. Por lo general, la mayoría mejora su estética notablemente. (7) (8)

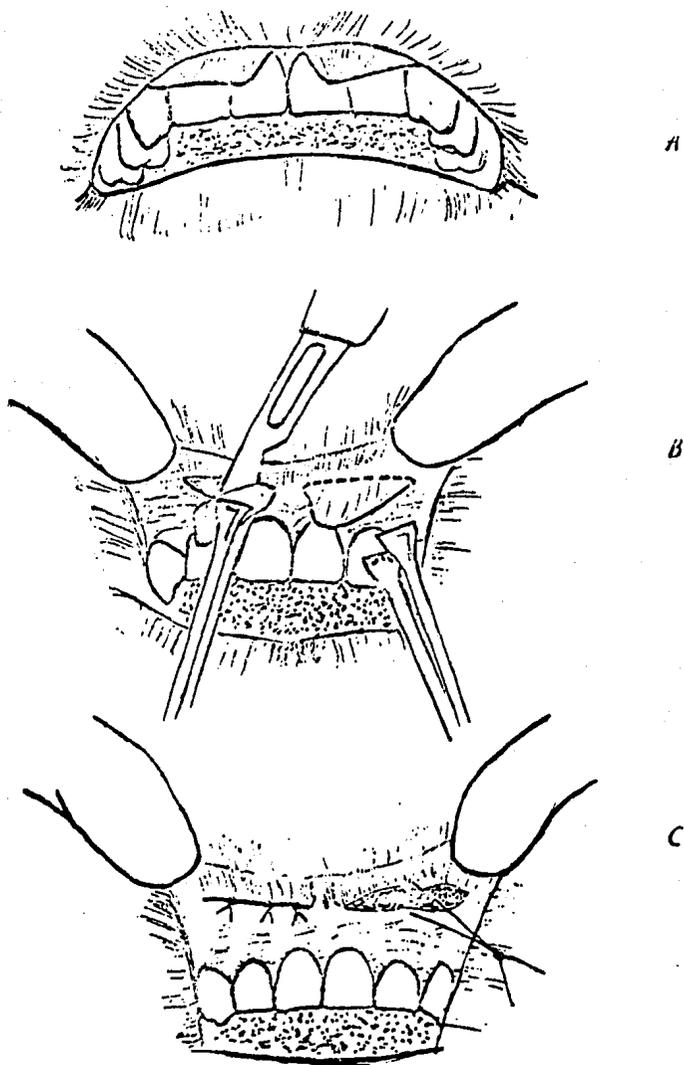


Fig. 22 . Corrección quirúrgica del labio doble. A . Preoperatorio donde se observan dos pliegues hiperplásicos de mucosa labial. B . Se toma con suavidad cada una de las masas de tejido con pinzas _ se rllis y se las corta con un bisturí. C . Se socavan y sudu ran los bordes de la herida, (Starobink 1) .

3.6 HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA

(PAPILOMAS MULTIPLES DEL PALADAR , PAPILOMATOSIS)

La hiperplasia papilar es una lesión que afecta la mucosa del paladar, rara vez se presenta. Es más común en el paladar duro, pero también se observa en pacientes que usan una prótesis superior completa, prótesis superior parcial y en pacientes con dientes naturales sin aparatos protéticos.

Es de etiología desconocida, pero puede ser considerada una forma de hiperplasia inflamatoria, coincidente muchas veces con prótesis mal adaptadas que permiten la irritación por fricción y con un mal estado de higiene bucal. Como muchas prótesis que pueden ser calificadas de mal adaptadas nunca adquieren papilomatosis, habrá factores predisponentes todavía no identificados en las personas que presentan prótesis, o aquellas que no han utilizado prótesis debido a la escasa adaptación de la lengua al paladar.

La etiología es oscura: sin embargo, muchos autores coinciden, por lo menos en parte, sobre una serie de factores contribuyentes:

1. Mala adaptación de la prótesis.
2. Uso de la dentadura durante las 24 horas del día.
3. Higiene bucal.
4. Alivio palatino. (8)

La hiperplasia papilar inflamatoria suele ser una lesión - asintomática e irreversible, si bien algunos pacientes se quejan de dolores o molestias leves. El roce puede dar lugar a la aparición de hemorragias minúsculas y, clínicamente la lesión se compone de numerosas proyecciones papilares rojas, edematosas, dispuestas muy cerca una de la otra, que abarcan casi la totalidad del paladar duro y le dan aspecto verrugoso. Las lesiones pueden extenderse hacia la mucosa alveolar y, a veces, hasta la mucosa alveolar inferior. En raras ocasiones las papilas individuales sobrepasan un diámetro de 1 a 2 mm. El tejido tiene diversos grados de inflamación pero la ulceración es poco frecuente. Los pólipos individualizados se aprecian mejor dirigiendo un chorro de aire comprimido hacia la lesión o pasando por un lado un instrumento explorador. (13) (15)

A veces las proyecciones adquieren un aspecto de moho o aterciopelado en vez de nodular o papilar. Desde el momento que muchos casos de hiperplasia papilar inflamatoria permanecen durante años sin manifestaciones de cambios malignos, habría que considerar a la enfermedad como de naturaleza inflamatoria. Sin embargo, hay que reconocer que la irritación persistente puede transformar una lesión benigna en maligna.

No hay una terapéutica bien reconocida y aceptada para esta lesión. La interrupción del uso de prótesis mal adaptadas o confección de nuevos aparatos, sin la eliminación quirúrgica del tejido excedente dará por resultado la regresión de edema e inflamación, pero la hiperplasia papilar persiste. De preferencia, la

remoción quirúrgica de la lesión, antes de la confección de una nueva prótesis devolverá a la boca su estado normal. El empleo de un nuevo acondicionador de tejido, para rebasar una prótesis vieja suele redundar en mejoría de la lesión, pero raras veces en la regresión completa salvo que haya estado en casos muy excipientes. (15)

TECNICA

La eliminación se logra mejor con el paciente bajo sedación o anestesia con óxido nitroso - oxígeno y anestesia local.

El tejido hiperplásico puede extirparse por disección cortante o electrocirugía usando unidad de electrocirugía totalmente rectificadora y un electrodo de asa. Aunque la operación puede hacerse con bisturí la facilita el empleo de la cureta astral o bisturí de vulcanita en mango. (6)

Con cualquier método que se elija la profundidad de la resección se hace hasta la submucosa. El color gris amarillento de la submucosa es una guía útil para lograr la profundidad adecuada de la resección. Debe evitarse la penetración del periostio para que no se formen escaras óseas que retrazarían la curación.

Se lleva a cabo una biopsia del tejido afectado hacia el final del procedimiento y se envía el tejido al patólogo para confirmar el diagnóstico.

El curso posoperatorio varía con el tamaño de la lesión y la técnica empleada; en todos los casos hay que usar la prótesis del paciente o una férula quirúrgica preparada especialmente

te para cubrir la herida viva.

Se permite que la férula permanezca en su lugar (excepto para las irrigaciones bucales higiénicas) para permitir buen inicio de formación de tejido de granulación. Se cambia el apósito cada semana bajo anestesia tóptica para permitir la curación por granulación y epitelización secundaria.

Posteriormente el dolor que dura una semana puede ser grave. Se recetará un analgésico . Puede producirse hemorragia posoperatoria durante 5 a 7 días cuando las escaras se ablandan y caen durante la comida o al tomar medidas de higiene bucal. Esto se controla presionando la férula o con una compresa saturada en solución de hipoclorito de sodio o anestesiando el paladar adyacente al sitio de hemorragia para lograr presión sobre los vasos y efecto vasoconstrictor. Se requieren de 3 a 5 semanas de curación antes de iniciar el período de construcción de la nueva dentadura. (8) (3)

3.7 HIPERPLASIA FIBROSA

(EPULIS FIBROSO , TEJIDO REDUNDANTE
TUMOR POR TRAUMATISMO PROTETICO)

El tejido blando atrapado entre la aleta de una dentadura postiza y el hueso subyacente, o la oclusión traumática de los dientes naturales opuestos a una dentadura artificial llevará a fibromatosis tisular y cicatrización del surco, lo que se conoce como Epulis de Fisura. (3)

En los maxilares superior e inferior pueden encontrarse - hiperplasia de la mucosa labial, por lo común en labio superior y en el piso de la cavidad bucal como de las comisuras labiales.

Esta proliferación de la mucosa se debe a :

1. Irritación mecánica de la mucosa vestibular por un flanco sobreeextendido de la prótesis, y
2. Extensa reabsorción del reborde alveolar, y, en consecuencia, cambios en la fuerza masticatoria de los flancos protésicos, los cuales se hunden más profundamente en los tejidos blandos del vestíbulo bucal, o en la mucosa del piso de la cavidad bucal. (Fotografía # 14) (14)

La hiperplasia fibrosa inflamatoria generada por traumatismo protético se caracteriza por formación de agrandamientos alargados de tejido en la zona del pliegue mucovestibular a los cuales se adapta el flanco de la prótesis. Esta proliferación de te



Fotografía # 14 . Aspecto clínico del épulis -
fisuratum, el cual fue provocado por una prótesis -
mal adaptada. (Clínica "Zaragoza").

jido suele ser lenta y, probablemente, es tanto producto de la resorción del reborde alveolar como del traumatismo engendrado por las prótesis flojas. (15)

Según la causa original y los factores modificadores de la evolución inflamatoria del influjo traumático irritativo, estas formaciones pueden ser pedunculadas, ampliamente sésiles, hiperqueratinizadas, duras o blandas y ulceradas.

El epulis fibroso se presenta con mayor frecuencia en las 3a. y 5a. décadas de la vida y con una incidencia aproximadamente doble en el sexo femenino. (13)

La inflamación fibrosa puede estar confinada en la porción anterior del maxilar superior o extenderse desde la línea media hacia distal, a la tuberosidad; a veces los colgajos de tejido hiperplásico se encuentran a lo largo del borde posterior de la prótesis que estuvo traumatizando el paladar blando. (14)

Estos procesos tienden hacia la forma tumoral; persisten, crecen y permanecen, mientras exista y perdure el factor irritante. (7)

Es necesario eliminar por cirugía la hiperplasia fibrosa inflamatoria, y confeccionar nuevas prótesis o rebasar las viejas para dar una buena retención. Si la prótesis es reemplazada o reparada, la lesión no residiva. Sin embargo, no habrá una remisión completa, ni siquiera luego de instalar aparatos nuevos, si bien la región de la inflamación produce cierta mejoría clínica de la lesión. (15)

TECNICA

Mucosa Palatina : La hiperplasia fibrosa aparece con menor frecuencia en la submucosa palatina. Cuando ataca la bóveda, la mucosa de los dos lados, derecho e izquierdo; se agranda tanto que la ojiva palatina se torna muy estrecha, las retenciones de los tejidos blandos y el volúmen de tejido blando hace que sea imposible confeccionar la prótesis. (15)

El tratamiento de elección es la excisión de las masas mucosas. (8)

La operación se realiza con anestesia local. Una vez extraídos los dientes, la mucosa excedente se incide con un bisturí. Se eliminan los espacios muertos retentivos y se reduce el volúmen de la mucosa palatina.

Estas superficies dolorosas al descubierto se protegen colocando en el paladar un apósito de gasa yodoformada enrollada, después de lo cual se cubre la superficie palatina con una mezcla de chirle de óxido de zinc y eugenol. El apósito se sostiene en su lugar con suturas que pasan sobre él y a través de los tejidos mucoperiosticos con el reborde alveolar derecho e izquierdo o bien, puede usarse una matriz quirúrgica preparada con anterioridad, recubierta con una pasta o unguento analgésico para cubrir la herida. La cicatrización se completa entre la 3a. y 4a.-semana. (8) (14)

Reborde y Tuberosidad Maxilar : La hiperplasia fibrosa de la encía palatina no es común. Cuando esta lesión existe, la encía del paladar presenta un agrandamiento que se extiende por debajo del plano oclusal superior parte de aumentar el potencial para la enfermedad periodontal. La hiperplasia fibrosa - - suele ofrecer problemas para el paciente o el odontólogo. Sin embargo, al extraer los dientes superiores, la masa de tejido blando se convierte en la cresta del reborde residual. A veces, la encía superior posterior es blanda y excesivamente móvil. Cuando está alargada, la encía de la tuberosidad maxilar suele entrar en contacto con la almohadilla retromolar inferior. (8)

Las tuberosidades voluminosas del maxilar superior desdentado o zonas del tercer molar inferior reducen el espacio intermaxilar en tal extensión que puede resultar imposible la construcción de prótesis eficientes. (14)

Esta lesión se debe corregir por las siguientes razones :

1. La remoción de la encía blanda o excesivamente móvil deja un reborde maxilar firme para la buena estabilidad del aparato protético.
2. La encía palatina se remodela para quitar espacios muertos en los tejidos blandos.
3. Se acorta la cresta del reborde maxilar y se obtiene espacio para la base de la prótesis. Esto es particularmente importante en casos en que la encía de la tuberosidad maxilar hace contacto con la almohadilla retromolar inferior cuando los

dientes se encuentran en oclusión. (8)

Aunque el espacio intermaxilar no sea interferido, estas fibromatosis voluminosas tiene tales profundas depresiones por vestibular ocasionalmente por palatino que impiden la extensión del flanco vestibular de la prótesis u obstruyen la adecuada estabilidad palatina y el sellado posterior del aparato. Esto significa mala retención para la dentadura.

A veces, en casos de personas parcialmente desdentadas, la tuberosidad es tan amplia que interfiere en la masticación y así se traumatiza e inflama. A causa de que la fibromatosis de la tuberosidad es tan densa, la mucosa dura puede ser confundida con hueso. Se hará un exámen radiográfico de las tuberosidades (por lo común estan afectadas ambas) antes de la cirugía, para determinar si es un tejido denso, duro, semejante a cartilago, o si se trata de un tercer molar retenido o hueso. (14)

En ocasiones, si la radiografía revela el piso del seno maxilar próximo al reborde alveolar y a la tuberosidad, la cirugía para reducir la altura o el ancho y eliminar las retenciones daría por resultado una apertura del seno maxilar, y de esta manera está contraindicado. (14)

La reducción quirúrgica de la submucosa hiperplásica del reborde de la tuberosidad maxilar se realiza en el consultorio dental bajo anestesia local. El punto de partida consiste en estimar la cantidad de tejido que debe eliminarse para lograr este resultado. Antes de hacer una incisión a través de la masa de tejido, se puede dibujar con lápiz endeleble las líneas de la inci

sión sobre la tuberosidad o sobre el tejido fibromatoso en la zona del tercer molar inferior para así marcarla correctamente.  Se hacen incisiones elípticas alrededor de las masas gingivales. El corte cuneiforme de esta incisión comienza en el mismo punto en que la zona de la cresta del reborde se une al reborde normal y comienza el fibromatoso y finaliza en el punto más posterior en la zona de la tuberosidad. Estas incisiones se profundizan hasta llegar al hueso, para poder retirar bloques de encía de espesor total mediante pinzas de Allis o pinzas gubia. Hay que adelgazar los tejidos blandos por vestibular y palatino, se hacen incisiones submucosas en el tejido conectivo palatino y vestibular en sentido paralelo a la superficie mucosa, y se las profundiza hacia el hueso. La razón por la cual estas secciones no son eliminadas con las incisiones originales se debe a que hay que eliminar una o varias por medio de pruebas hasta que los colgajos se encuentren en la línea media sin ejercer tensión, evitando que la mucosa vecina interrumpa el suministro sanguíneo y, en consecuencia ello cause la necrosis de ese colgajo. Se quitan los bloques de tejido conectivo submucoso, dejando los colgajos vestibular y palatino de grosor adecuado, los cuales se vuelven a su lugar y se sutura.

El curso posoperatorio es relativamente normal. El dolor que es entre leve y moderado, se domina fácilmente mediante analgésicos. Por lo común, la hemorragia y la hinchazón son mínimas. Las suturas se retiran entre el quinto y séptimo día.

Las impresiones se pueden tomar a las 2 o 3 semanas posteriores a la cirugía. (6) (8) (14)

3.8 VESTIBULOPLASTIA

La colocación del aparatos protéticos en muchas ocasiones se ve perturbada, por que el vestibulo bucal, a donde deben llegar las alas del aparato, no existen, (7) pues posteriormente a la extracción de los dientes naturales el remodelado del proceso alveolar produce la reducción de la altura y el ancho del reborde residual. A medida que la zona de asiento se empequeñese, disminuyen la estabilidad y la retención de la prótesis. (8) Por último muchos pacientes comprueban que no pueden usar sus prótesis.

La ausencia del surco vestibular se debe a varias razones : procesos inflamatorios del vestibulo bucal, exodoncia y alveolotomía excesiva, resorción exagerada de los maxilares desdentados.

No existiendo el surco vestibular, se debe rehacer para que sea permitido colocar la prótesis. (7)

Para que la extensión del surco vestibular y sublingual sea positiva, tanto el tejido óseo como los tejidos blandos deben quedar tapizados de epitelio. Si el surco extendido ha de ayudar a la confección de la nueva prótesis, la mucosa del surco debe estar libre de cicatrices. (8)

Hay tres técnicas generales de Vestibuloplastia :

1. Se adelanta la mucosa adyacente al surco para recubrir ambos lados del surco extendido.
2. Se adelanta la mucosa vecina para que cubra un lado del surco mientras el otro lado cicatriza por granulación y epiteliza-

ción secundaria.

3. *Se trasplanta epitelio, sea piel o mucosa, como injerto libre para cubrir un lado del surco extendido.*

1. ADELANTAMIENTO DE LA MUCOSA

(VESTIBULOPLASTIA SUBMUCOSA DE OBWEGESER)

Este es el primer procedimiento que se elige cuando se desea extender el surco vestibular; se aconseja para pacientes con un pequeño reborde clínico y mucosa sana sin fibrosis submucósica, hiperplasia ni cicatrización excesiva.

Obwegeser propone la técnica para determinar si se dispone de mucosa suficiente que soporte la extensión del surco. Cuando los labios se encuentran en posición de relajamiento, se coloca un espejo en el surco hasta la profundidad que se precisa desde el punto de vista protético. Si el labio superior no se desplaza hacia arriba o desciende por efecto de la maniobra, se puede suponer que hay suficiente mucosa para el procedimiento de adelantamiento; de forma contraria, si el labio se invierte o se lleva hacia arriba fuertemente, existe mucosa insuficiente.

Este procedimiento puede realizarse bajo anestesia local, en el consultorio dental.

Antes de realizar la incisión, con el objeto de facilitar la disección de la mucosa y la submucosa separandola, se inyecta una copiosa cantidad de solución salina, o solución anestésica diluida, suficientemente en la submucosa del surco, labio y carril

llo.

Se hace una incisión en la línea media del surco a través de la mucosa únicamente, que se extiende desde la unión mucogingival hasta un nivel del labio que corresponde a la extensión propuesta del surco. Con el labio revertido en plano horizontal, se introduce una tijera en la incisión, y por disección roma se separa la mucosa de la submucosa en los lados derecho e izquierdo. Se forma un túnel entre la mucosa y la submucosa, que se extiende desde la unión mucogingival hasta dentro del labio y los carrillos de manera que la mucosa queda completamente liberada. Este túnel se prolonga atrás hacia la apófisis cigomática del maxilar y las zonas del agujero mentoniano del maxilar inferior.

Se realizan incisiones verticales para facilitar la extensión posterior de la disección.

Una vez completados los túneles submucosos, se profundizan las incisiones verticales hasta el hueso y la línea media. Si la espina nasal anterior es prominente, se la reduce mediante una incisión medial o se reseca con osteotomo.

Se hacen túneles supraperiosticos hacia la derecha y la izquierda con tijeras, separando el tejido conectivo y los músculos del periostio. La disección supraperiostica debe extenderse hasta la distancia que la extensión del surco requiera.

Entre los dos túneles queda una banda de tejido conectivo con forma de cuña. Esta banda de tejido puede ser cortada cerca del hueso con tijeras. El tejido puede eliminarse, o se lo puede rechazar hacia el labio y los carrillos.

La mucosa de movimiento libre se adapta hacia el surco pro

fundizado mediante presión digital y se elimina la sangre del campo quirúrgico mediante succión.

Se sutura la incisión vertical con Dexón 3-0.

Se coloca un rollo de gasa dentro de cada surco para sostener temporariamente la mucosa y prevenir la formación de hematomas mientras se confecciona la prótesis.

Se realiza una impresión de compuesto de modelar del nuevo surco usando la prótesis que tenía el paciente o una férula preparada con anterioridad. Se enfría y se recorta el compuesto de modelar. La prótesis o férula con los flancos extendidos se asegura al maxilar superior o inferior durante una semana con alambres perialveolares o pins o con alambres circuncingomáticos o circunmandibulares. (6) (Fig. # 23)

El curso posoperatorio va acompañado por dolor e hinchazón moderados, que remiten a los 4 ó 5 días. (3) (8)

La nueva prótesis se puede comenzar a las 2 ó 3 semanas.

2. VESTIBULOPLASTIA POR EPITELIZACION SECUNDARIA

(TECNICAS KAZANJIAN Y CLARK)

Cuando hay hiperplasia inflamatoria y tejido de cicatrización, los procedimientos de adelantamiento de mucosa están contraindicados. El procedimiento de elección es la vestibuloplastia por epitelización secundaria.

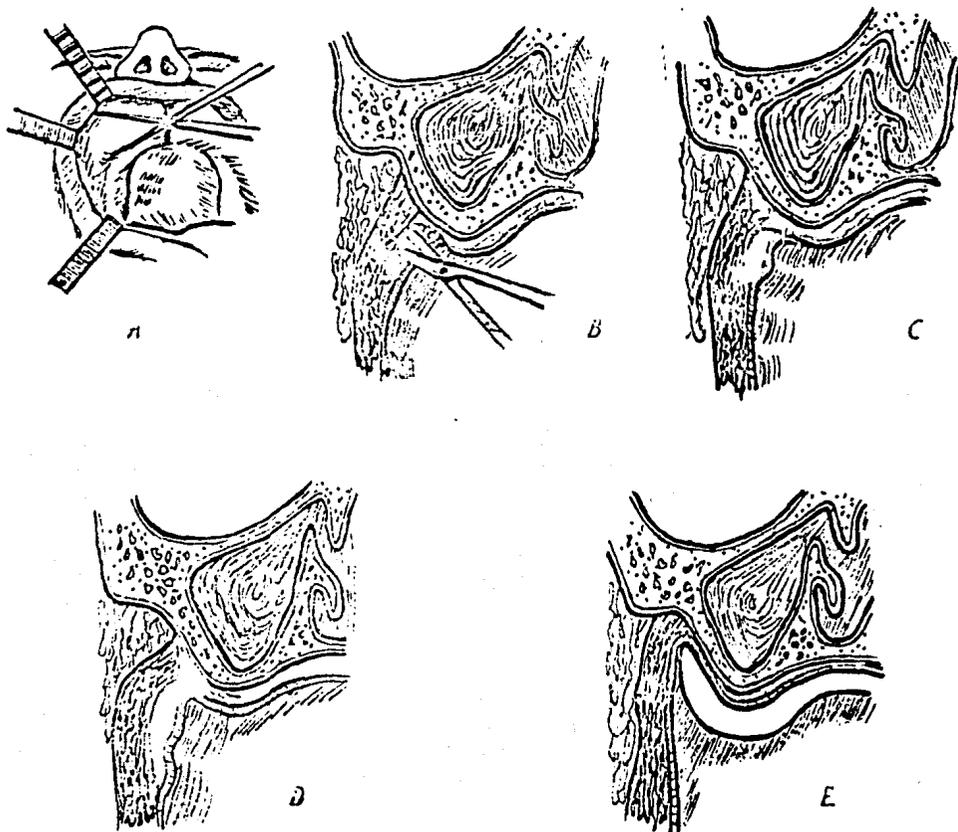


Fig. 23 . Versión ortusila simétrica. A . La incisión vertical proporciona acceso para socavar la mucosa y cercenar los músculos de su inserción. B . Socavado de la membrana mucosa. C . y D desprendimiento supra-orbitario del músculo. E . Retención de la profundidad ad del surco con férula acrílica. (Kruger).

TECNICA DE KAZANJIAN

Hace una incisión en la mucosa del labio y rechaza un colgajo grande de mucosa vestibular y labial. Luego, realiza una disección supraperióstica para profundizar el surco. El colgajo mucoso es llevado hacia abajo de su inserción y colocado directamente contra el periostio, al que se lo sutura. (8)

Para mantener levantado el nuevo surco vestibular así creado, el autor del método coloca un tubo de goma flexible, a nivel de dicho surco, en la posición más alta que le permita el tejido gingival sobre el cual se encuentra. Este tubo se fija por suturas que lo rodean, atraviesan el labio y se fijan sobre la piel, encima de un trozo de gasa.

El tubo se retira a los siete días. El lado donador labial fué pintado con tintura de benzoina y queda descubierto para que granule y cicatrice por epitelización secundaria. (3) (7) (14)

TECNICA DE CLARK

Esta técnica puede ser considerada al inverso de la técnica de Kazanjian. Clark basaba su operación sobre cuatro principios de cirugía plástica :

1. Las superficies vivas sobre tejido conectivo se contraen, mientras que las mismas superficies experimentan contracción mínima cuando se encuentran cubiertas por epitelio.
2. Las superficies vivas que cubren hueso no se contraen.

3. Los colgajos epiteliales deben ser socavados lo suficiente como para permitir el desplazamiento y la fijación sin tensión.
4. Los tejidos blandos operados plásticamente tienen tendencia a retornar a sus posiciones previas de modo que es necesario sobreextenderse y hacer fijación firme.

Se hace una incisión en el reborde alveolar y se realiza la disección suprapariostica hasta la profundidad deseada.

La mucosa del labio se socava hasta el borde bermellón.

Se hacen tres suturas de colchonero en el margen libre del colgajo mucoso, se los pasa por la piel y se los ata sobre un rollo de algodón. El lado de tejido blando del surco se cubre con mucosa, mientras que el lado óseo se deja que la superficie periostica viva, granule y epitelize. Esta técnica es particularmente aplicable en el surco vestibular inferior.

Otros investigadores aplicaron las técnicas de Kazanjian y Clark y encontraron que no había mayor contracción de la cicatriz con la técnica de Kazanjian que con la de Clark, pero que la operación de Clark era más afectada por la tensión del colgajo y la sutura de lo que lo estaba la técnica de Kazanjian. Las dos operaciones experimentan pérdida de la profundidad del surco. La mayor parte de la contracción se producía en las dos primeras semanas después de la cirugía y luego de la tercera semana hubo cierta relajación de la herida.

De esta información se puede concluir :

1. El procedimiento de Clark, que deja una superficie pariostica

que no puede contraerse es preferible a la técnica de Kazan--jian, que deja un labio vivo que se contrae,

2. El colgajo mucoso debe ser sometido a tensión y debe quedar fijo durante un periodo prudente para prevenir la recidiva.
3. Se puede reducir al mínimo la recidiva si se sacrifica periortio en la base del surco.
4. El flanco de la prótesis no irrita la superficie periostica en granulación.
5. La nueva prótesis se hará a las 4 o 5 semanas . El flanco de la prótesis deberá tener la longitud suficiente como para someter y mantener la nueva profundización del surco.
6. A pesar de los mejores esfuerzos por evitar la recidiva, ella se produce entre el 30 % y el 50 %, de manera que toda vez que sea posible hay que hacer una intervención sobreextendida.
7. Si el reborde óseo es demasiado pequeño y no permite la sobreextensión, o el defecto vivo es grande, es preciso colocar un injerto epitelial libre sobre la herida para cubrirla. (8)

3. INJERTOS LIBRES

VESTIBULOPLASTIA CON INJERTO DE

MUCOSA BUCAL

Los injertos de mucosa libres, trasplantados de un sitio de la cavidad bucal a otro no son nuevos. Se aconseja su uso para problemas quirúrgicos específicos, pacientes afectados por-

heridas de guerra en el maxilar superior, que provocan cicatrización excesiva y pérdida de substancia, es preferible substituir el tejido perdido por tejido similar, siempre que sea posible.

Steinhauser encontró que la mucosa masticatoria por estar queratinizada, soporta tensiones, puede obtenerse fácilmente del recubrimiento del paladar duro; por lo tanto es el trasplante tisular preferido para el maxilar superior, cuando se requiera mayor altura vestibular.

TECNICA

Por lo regular esta operación se realiza bajo anestesia general en el hospital; aunque puede hacerse un injerto localizado y de corta duración en el consultorio dental.

Se anestesia el lecho recipiente con lidocaína al 2 por 100 y solución de adrenalina al 1 / 100 000, para distender los tejidos y facilitar la disección al proporcionar hemostasia.

Se realiza la incisión a través de la mucosa adherida con la libre, de un cojín malar al otro. Se desarrolla un colgajo supraperibístico, se lo lleva hacia arriba y afuera, de la fosa canina a la región del nervio suborbitario. La disección en la posición anterior, llega a la abertura piriforme, sin perforar la mucosa nasal. Si la espina nasal anterior es prominente, se le diseca.

El colgajo se sutura al periostio con Dexon # 4-0 para delinear la nueva altura vestibular. Esto normalmente terminarla el procedimiento en una vestibuloplastia de epitelización secundaria

pero colocar una dentadura sobre este tejido cruento tiende a acelerar la granulación secundaria y contribuye a la recalda ; para evitarla puede usarse injertos de mucosa para asegurar el colgajo en su nueva posición.

El procedimiento para obtener el injerto de mucosa donadora es el siguiente : Se mide el tamaño de la mucosa donadora sobre el lugar recipiente, usando una hoja de estaño esterilizada. La hoja se adapta al paladar, previamente anestesiado.

Se corta el contorno del injerto hasta la submucosa, pero - sobre el periostio. La disección submucósica se inicia movilizan- do el injerto bajo tensión con un gancho, con bisturíes periodon- tales y tijeras se extrae el injerto, el cual es cortado en su ba- se.

Obtenido el injerto se coloca sobre una compresa humedecida con solución salina fisiológica. La hemostasia del lecho vascular es la primera consideración a tomar después de extraer mucosa do- nante, ya que el paladar contiene muchos vasos; esta hemostasia - se logra con electrocauterización y suturas.

Se prueba el ajuste de una tablilla palatina preparada con anterioridad o una dentadura preferentemente sobreextendida.

Después de haber probado y medido el injerto para cubrir el lecho recipiente, especialmente a la altura del surco sobreexten- dido, se recorta y se fija al periostio con Dermalon # 6.0 cuando se ha logrado la hemostasia. Si el lecho recipiente presenta ten- dencia a rezumar, se colocan puntos de colchonero horizontales en

la parte media del injerto para mantenerlo en su lugar.

El injerto se cubre con una férula acrílica revestida de compuestodental, gutaforma o acondicionador de tejidos blandos, y se fija al maxilar superior con alambres perialveolares o suturas de nylon. Con este método puede producirse áreas de necrosis localizadas debido a la presión excesiva del injerto.

El cuidado posoperatorio consiste en comprobar la curación del sitio donador y la viabilidad del injerto aproximadamente de siete días después de la operación, en este momento la mucosa estará cubierta por un coágulo blanco de células de descamación que al lavarse o frotarse suavemente caería dejando una superficie granulosa hemorrágica, lo cual es normal y comprueba la viabilidad del injerto.

En menos de dos semanas, el injerto tomará nuevamente aspecto de mucosa normal. El paciente lleva la férula como una dentadura postiza durante el período de curación. Se toma una impresión con cera blanda en cuanto la curación lo permita, y la férula se recubre con acrílico, según sea necesario. Puede hacerse una prótesis final aproximadamente cuatro semanas después de realizado el injerto.

Procedimiento para el Maxilar Inferior :

Este procedimiento está indicado en pacientes con surco o bliterado por altas inserciones musculares, extensa cicatrización local, extensa atrofia ósea del maxilar inferior con los nervios

mentonianos, emergiendo en la cresta del reborde, o con extensión del surco normal de canino a canino, resultado de pérdida dental prematura causada por enfermedad periodontal.

TECNICA

El procedimiento es igual al del injerto de mucosa del maxilar superior, excepto en la manera de tratar el surco lingual.

Se usa una férula acrílica palatina para cubrir el lugar donador. Para el maxilar inferior, de modo especial el parcialmente desdentado, se usa una férula sobreextendida con relieve sobre el nervio mentoniano. La férula se usa para tomar una impresión compuesta del vestibulo extendido, y se alivia para acomodar un revestimiento de gutaforma. Se sutura el injerto en su lugar al igual que en el maxilar superior, se inserta la férula sobre el injerto, y se inmoviliza con puntos de sutura con Mersilene o Teydek # 2-0, colocados circunferencialmente alrededor del hueso y férula. Esto reduce al mínimo la necrosis por presión del injerto al colocar la ligadura circular. [Fig. # 24]

El cuidado posoperatorio consiste en retirar a los siete días ambas férulas, y se revisan la curación del sitio donador y la viabilidad del injerto. Si la férula palatina estaba cubierta por apósito periodontal, se cambia semanalmente para permitir que el proceso de granulación siga su curso libre de trastornos.

Se reviste la férula para el maxilar inferior, se extiende a 1 ó 2 mm en la periferia, y se lleva como dentadura temporal.

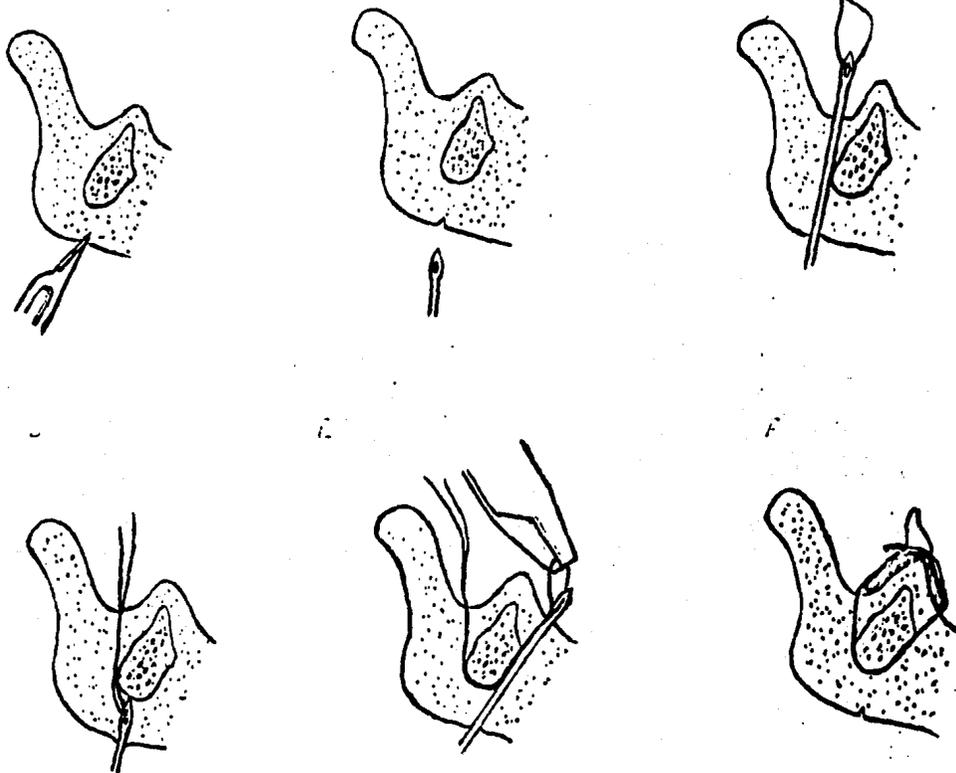


Fig. 24

Técnica de alambre electroteréutico. ... se hace una pequeña incisión en la piel en la parte superior de la lesión a tratar. Se pasa un alfiler o lesna de obuse por el orificio para introducir el alambre de níquel. Por el otro extremo se introduce una sonda de madera gruesa u otro alambre. El alfiler y el alambre se vuelven a introducir como antes en parte el instrumento en contacto con el tumor. Se hace pasar a un lado el alfiler con el alambre hacia arriba, en dirección al sitio de origen. Se cambia el alfiler del alfiler y se deja del lado el instrumento. Se coloca la sonda o la lesna sobre la amígdala, se asegura con el alfiler, no se remueve con fuerza, pero sí ahusa excesivo.

En el maxilar inferior, se requiere un curso posoperatorio muy vigilado para evitar puntos de presión y granulaciones que predispondrían a recalda por contracción. A las tres o cuatro semanas puede iniciarse la construcción de la dentadura definitiva.

Aunque algunos autores prefieren usar injertos de trasplante de mucosa libre, por tener la mucosa ventajas definidas sobre la piel, no siempre puede conseguirse suficiente mucosa para cubrir toda el área del surco extendido. Para pacientes que necesitan grandes injertos es necesario usar piel, lo cual puede hacer la diferencia entre el fracaso y el éxito al agregar cualquiera de estos dos injertos.

Los siguientes son algunos principios del injerto de piel:

1. El injerto de piel se debe tomar de alguna zona sin pelos (zona interna de los muslos o nalgas).
2. Es preferible un injerto fino a uno grueso. El injerto de espesor dividido "prenderá" mejor que un injerto de espesor total, pero el injerto de espesor total se contrae menos que el de espesor dividido.
3. El receptor, o huésped debe encontrarse libre de infecciones.
4. La zona receptora debe tener buena irrigación.
5. Antes de colocar el injerto hay que conseguir la hemostasia de la zona receptora.
6. El injerto se coloca sobre periostio, no sobre hueso.
7. El injerto debe cubrir toda la zona viva expuesta y debe ser inmovilizado hasta que se produzca la cicatrización. (3) (8)

VESTIBULOPLASTIA CON INJERTO DE PIEL BUCAL

Cuando se trasplanta un injerto de piel de espesor dividido para cubrir un defecto de los tejidos bucales, se forma una cicatriz contraída en la unión de la piel injertada y la mucosa bucal. La contracción es mínima cuando la unión mucocutánea se encuentra apoyada sobre hueso. Por esta razón Obwegeser prefiere colocar injertos de piel sobre hueso y no sobre tejido que tiene libertad de movimiento.

Obwegeser hace injertos cutáneos casi exclusivamente en la vestibuloplastia inferior, por lo general combinados con el descenso del piso de la boca (surcoplastia lingual).

TECNICA

Se procede a preparar el área para obtener el injerto. En la parte externa del muslo se colocan los lienzos de campo. Se obtiene una porción de piel de 4 X 10 cm, laminado de 0.49 a 0.625-cm con un dermatómo de Brown o Padgett.

Se conserva la piel, hasta necesitarla en gasa de malla fina humedecida con solución salina fisiológica.

En el sitio donador se coloca un apósito de gasa de malla fina y se cubre con un apósito de presión temporal durante el resto de la operación.

Se reducirá al mínimo el cuidado posoperatorio del sitio donador al exponerse éste a una lámpara de calor seco en el período

posoperatorio inmediato. Esto dará por resultado un sitio donador seco, con pérdida de apósito a las dos o tres semanas, al producirse reepitelización bajo éste.

Los primeros pasos para la operación son los mismos de la vestibuloplastia por epitelización secundaria en la cual se sutura un colgajo vestibular al periostio en la parte más apical del surco profundizado. Cuando la vestibuloplastia con injerto de piel se combina con la surcoplastia el borde libre del colgajo vestibular no se sutura al periostio sino al margen libre del colgajo lingual con suturas de catgut crómico que pasan por debajo del borde inferior de la mandíbula.

El injerto de piel de espesor dividido se coloca dentro de una férula preparada de antemano y se la asegura mediante una sustancia adhesiva. La férula y el injerto de piel se aseguran a la mandíbula durante una semana mediante alambres circunferenciales o suturas gruesas de nylon.

La férula se retira a la semana. El injerto se ha unido al periostio. El exceso de piel se puede eliminar mediante tijera.

Se coloca nuevamente la prótesis temporaria o la férula para prevenir la contracción y la pérdida del surco recién profundizado. A las 4 ó 5 semanas se pueden confeccionar las prótesis nuevas. (13) (8) (14)

3.9 SURCOPLASTIA LINGUAL

Para el paciente con gran reabsorción de la mandíbula, la extensión del surco lingual o descenso del piso de boca, puede extender el apoyo de la prótesis y mejorar la estabilidad y retención.

Los músculos milohioideos y genioglosos y la mucosa del piso de boca se pueden desplazar hacia abajo sin entorpecer la función.

TECNICA DE TRAUNER

Está indicada cuando la mucosa del piso de boca nace a la misma altura del reborde inferior cuando se levanta la lengua y cuando el músculo milohioideo está insertado a la altura del reborde.

Se hace una incisión en la mucosa del piso de boca cerca de la mandíbula, desde la zona del tercer molar de un lado hasta la misma zona del lado opuesto. Si se desea, la incisión puede ser interrumpida en la línea media, según sea la altura del reborde inferior anterior.

Se expone el músculo milohioideo. Se pasa un instrumento a través de él en la zona del canino y se lo orienta hacia atrás bajo el músculo, cerca de la mandíbula.

Se cortan las fibras musculares que se encuentran sobre el instrumento, pero sin lesionar el periostio.

El nervio lingual se encontró en el extremo posterior de la disección y se lo rechazó.

Por disección roma se separa el tejido conectivo del perios^{to} hasta que se llega al borde inferior de la mandíbula.

La mucosa del piso de la boca y el músculo milohiideo se suturan con puntos de colchonero con hilo de nylon a través de la piel hacia los botones de la mandíbula.

Se deja al descubierto la superficie perióptica de la mandí**u**bula para que granule y epitelize. Puesto que este proceso llevaba dos meses y el piso de boca quedaba bastante sensible hasta que no se completara la cicatrización. Trauner propone que podría usarse un colgajo de piel de espesor dividido o una férula para cubrir las superficies periópticas expuestas. El resultado de los injertos de piel fueron favorables. (Fig. # 25)

El tiempo total de cicatrización se acortó algunas semanas. Se produjo hinchazón posoperatoria considerable y dificultad para deglutir, pero estos síntomas remitieron a la semana. Se receta - ron antibióticos y analgésicos. (8).

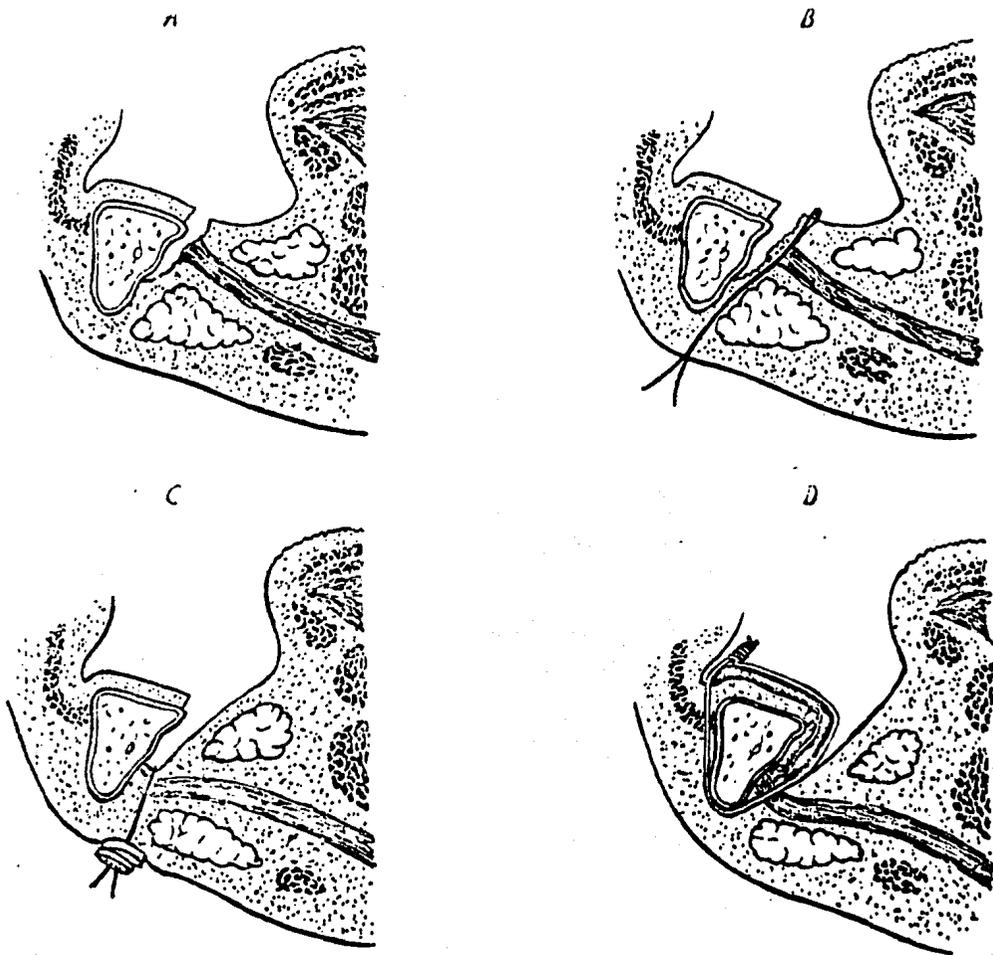


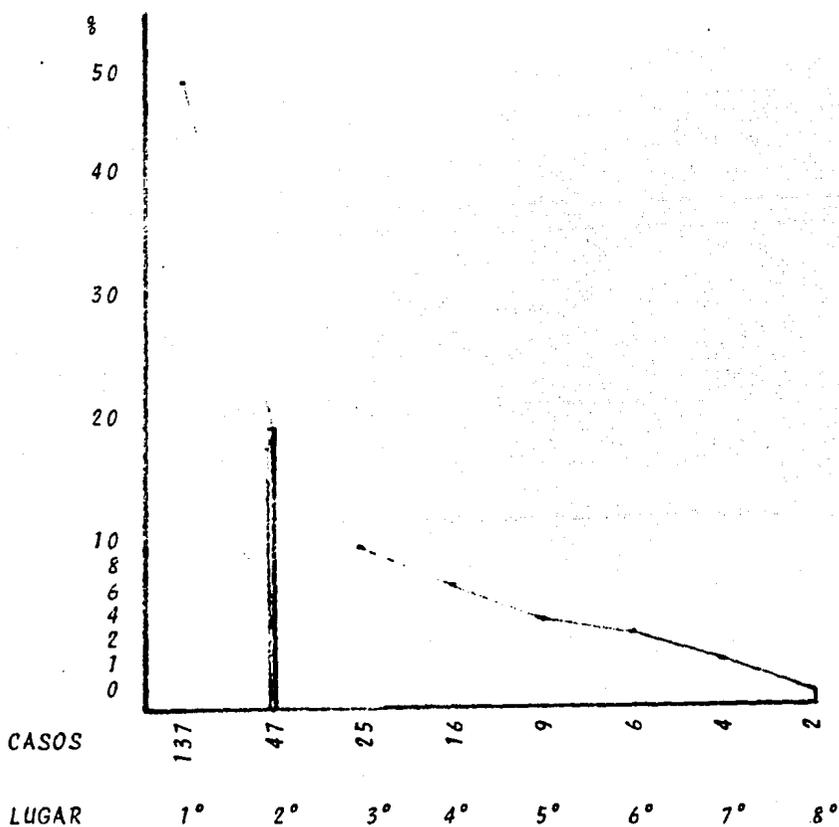
Fig. 21. Surcoplastia lingual y descenso del piso de la boca. A. Técnica de Trueman. Se hace una incisión larga en la mucosa del piso de la boca, ceñida de la mandíbula. Se hace continuar la incisión — hasta el lado opuesto o interrumpida en la línea media. Se examina la superficie media de la mandíbula con disección osmoperforante. Se secciona el músculo milohioideo cerca de su inserción ósea. Al momento media incisión. B. Se hacen suturas de nylon grueso a través de la mucosa y los músculos y se las rasan a través de la piel detrás de la mandíbula. C. Al apurar las suturas se eleva el piso de la boca descendiendo. D. Se puede cubrir el peristio expuesto con un interno de piel y matriz.

C A P I T U L O I V

R E S U L T A D O S

CAPITULO IV
RESULTADOS

Se da a conocer como resultados de una estadística realizada en la Clínica de "Zaragoza" de ENEP - ZARAGOZA; una gráfica que refleja la importancia que tiene para nuestra población los tratamientos quirúrgicos y especialmente para este trabajo de tesis los procedimientos preprotésicos.



Esta estadística se llevó a cabo con un total de 279 casos del período escolar de 1982 - 1983 y recopilando datos de tratamientos realizados por tres grupos de alumnos.

La gráfica está representada por 279 tratamientos quirúrgicos que equivalen a 100 %.

1°. lugar : Cirugía de terceros molares superiores e inferiores con un total de 137 casos, dando un 49 %.

2°. lugar : Cirugía preprotésica : Cirugía de tejidos duros que abarcó; extracciones múltiples y regularización de proceso, acción de tuberosidades hipertrofiadas, exostosis, torus mandibular y palatino. Cirugía de tejidos blandos; que abarcó : frenilectomías principalmente labiales, excisión de epulis fisuratum y tejido redundante, profundización del vestíbulo utilizando la técnica submucósica.

Estos tratamientos quirúrgicos dan un total de 47 casos siendo 18 %.

3°. lugar : Caninos impactados con 25 casos que dan 9 %.

4°. lugar : Incisivos impactados con 16 casos y un 6 %.

5°. lugar : Toma de biopsias con 9 casos dando 3%.
Exodoncia complicada 9 casos dando 3%.
Mesiodents 9 casos dando 3%.

Premolares retenidos con 9 casos dando 3 %.

6° lugar : Cirugía endodóntica con 6 casos dando 2 %.

Quistes con 6 casos dando 2 %.

7° lugar : Autotrasplantes dentarios 4 casos en 1 %.

8° lugar : Cierre de fístulas por oronasal y nasal con 2 casos para un 0.5 %.

Conforme a la estadística realizada y a la bibliografía que se consultó se encontró que existen alteraciones en los procesos maxilares; estas alteraciones fueron causadas por diferentes factores como son :

Mala higiene bucal, secuelas de caries dental, enfermedad periodontal, pérdida dentaria, reabsorción ósea, atrofia alveolar - excesiva, traumatismos, maloclusión, prótesis mal adaptadas, tejidos blandos anormales, reducción de la altura y ancho del borde residual, etc..

Para que el paciente que padece alguna alteración de las--arriba mencionadas, que le impida la correcta adaptación de la prótesis es indispensable se someta a los beneficios que puede proporcionarle la Cirugía Preprotésica con el propósito de que pueda llevar su prótesis con entera satisfacción.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Después de haber elaborado este trabajo de tesis y apoyadas en nuestra corta práctica clínica, podemos concluir :

Es necesario realizar una completa historia clínica de cada paciente con el fin de diagnosticar, pronosticar y efectuar un adecuado plan de tratamiento por sencillo que este sea.

Tomando en cuenta que el procedimiento odontológico que se lleva a cabo con mayor frecuencia, es desgraciadamente la extrección dentaria, es nuestra obligación considerarla por las complicaciones que a esta suceden; enfocando siempre nuestro trata - miento a los niveles de prevención.

La pérdida de todos los dientes no es un mero accidente, - comporta una serie de modificaciones, en gran parte irreversi - bles que alteran las condiciones de vida. Siendo tratamientos - preventivos de la edentación todos los que justifican la Odontología preventiva y todos los que desarrolla la Odontología con - servadora.

Pese a dichos procedimientos, la edentación total en la so ciedad va en aumento, provablemente debido al crecimiento de nú mero de ancianos.

Perdidos los dientes, el odontólogo encuentra en los maxila res la principal base de sustentación para las piezas de reempla -

zo. Esta base no siempre se presenta en buen estado, debido a factores orgánicos, patológicos y también quirúrgicos. Resulta de ello una razón más para proponer a todos los odontólogos y en especial a los cirujanos, extremar las medidas de conservación de los maxilares, orientando sus intervenciones una vez que los dientes no pueden conservarse, en el sentido menos mutilante y en aquel que ofrezca mayores oportunidades a la regeneración ósea. Hemos de volver sobre este importante punto preventivo.

Mencionando nuevamente la importancia de los niveles de prevención, el clínico debe considerar al paciente desdentado como una unidad psicobiológica ligada a múltiples lazos comunitarios y no como una unidad aislada.

La prótesis completa procura la conservación de la salud de los desdentados mediante aparatos artificiales colocados en los maxilares, que tienen por objeto restaurar la masticación, fonética y demás deficiencias que provoca el desdentamiento, ya sea eligiendo una prótesis convencional o una inmediata.

Muchas dentaduras postizas que se llevan con molestia, desagrado y vergüenza podrían hacerse cómodas y funcionales si se sometieran a intervenciones quirúrgicas para mejorar, conservar y reconstruir los maxilares.

Los pacientes que han probado los beneficios que proporciona algún tratamiento quirúrgico preprotético, se sienten muy agradecidos al poder llevar una prótesis satisfactoriamente.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Todo paciente que ingrese por primera ocasión al consultorio dental, debe llenar un cuestionario médico. El cirujano dentista hará un análisis detallado; especialmente si desea emplear anestesia general.

El cirujano deberá tener destreza manual, además de basarse en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los estados patológicos más frecuentes. En todos los campos de la cirugía bucal es esencial el diagnóstico correcto. Hay solamente un diagnóstico, el exacto, mientras que pueden emplearse distintos métodos de tratamiento, cada uno con resultados satisfactorios.

Ningún dentista deberá hacerse cargo de un procedimiento quirúrgico de cuya habilidad para realizarlo no se sienta seguro; tampoco deberá operar cuando tenga alguna razón para sospechar que pueden surgir dificultades que hagan necesario un conocimiento y habilidad superior a la suya. En estas situaciones, el dentista deberá enviar al paciente a un cirujano bucal que pueda llevar a cabo el acto quirúrgico.

Para realizar cualquier tipo de operación es menester contar con los instrumentos y materiales quirúrgicos apropiados, además de llevar a cabo los métodos de asepsia y antisepsia requeridos.

Debemos pensar que el trabajo protético comienza desde el momento de una extracción y sujeta nuestra obligación a aplicar

medidas preventivas con criterio conservador para evitar que el paciente sea sometido a intervenciones posteriores con estos fines y obtener soporte protético.

En biología es imposible estandarizar. El paciente es una unidad biológica y por ende, no existe la técnica capaz de solucionar sus problemas. Las técnicas posibles como medio de tratamiento, podrán ser varias, pero la verdadera importancia es el concepto psico - biomecánico en que se fundamentan. Cada ser humano es, para nuestro enfoque, una unidad, pero no una unidad - aislada, sino ligada a los demás por los múltiples lazos comunitarios de familia, educación, afectos, trabajos, obligaciones, leyes, costumbres, alimentación, habitación, conservación, diversión, etc. La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del ser humano; transforma el aspecto facial, trastorna la dicción, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión, repercute en la mente y en los sentimientos y afecta a la vida de relación.

No es fácil una estimación objetiva de la importancia que tiene para la humanidad el desdentamiento y sus secuelas. No solo abarca su consideración a los sujetos ya desdentados, sino también a aquellos que aún en posesión de los dientes los tienen condenados o deben considerar las ventajas e inconvenientes de su reemplazo. Es el momento de planear la alternativa de colocar una prótesis inmediata por sus ventajas anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas.

La prostodoncia tiene por meta restaurar las funciones estéticas y funcionales del sistema gnatólógico perdidas o ausentes congénitamente. Como una dentadura postiza no puede ser mejor, su cimientto de hueso basilar, con recubrimiento tisular adecuado, es evidente que el clínico haga todo esfuerzo posible por reparar, mejorar, conservar y reconstruir los maxilares para que el paciente pueda usar una dentadura postiza durante mucho tiempo.

Si un paciente ha sido sometido a una intervención quirúrgica preprotésica, se recomienda que el tejido reseado durante la operación, se envíe al patólogo con el propósito fundamental de asegurar el pronóstico de ese paciente.

CAPITULO V

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Luigi Segatore
Diccionario Médico Teide
Editorial Teide.
Quinta Edición, Barcelona, 1980.
2. Niels Bohr Jorgensen
Anestesia Odontológica
Editorial Interamericana
Primera Edición, 1980
Pags. 75 a 88.
3. Kruger Gustavo O.
Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana
Cuarta Edición , 1978
Pags. 1 a 8, 26 a 37, 38 a 66,
100 a 129.
4. Enciclopedia Práctica Jackson.
Editorial W.M. Jackson, Inc.
Decimotercera edición, 1973.
5. Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Editorial Interamericana
Primera Edición. Pags. 91 a 215.

6. *Costich - White*
Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana
Primera Edición, España 1974.
Pags. 1 a 21, 24 a 40, 66 a 82, 93 a 105, 111 a 131.
7. *Ries Centeno Guillermo H.*
Cirugía Bucal
Editorial "El Ateneo"
Octava Edición (
Pags. 413 a 568
8. *Starshak Thomas J.*
Cirugía Preprotética
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Primera Edición, Paraguay 1974
Pags. 18 a 160.
9. *Prostodoncia Total*
Pedro Saizar
Editorial Mundi
Buenos Aires.
Pags. 77 a 90, 456 a 462.
10. *Osawa Degucho y S.*
Prostodoncia Total
Editorial UNAM
Cuarta Edición 1981
Pags. 39 a 79, 95 a 120.

11. R.D. Lockart, G.F. Hamilton
Editorial Interamericana
Anatomia Humana
Primera Edición 1965
Pags. 45 a 54, 153 a 164, 310 a 317.
12. Dunn Martín J. Cindy Shapiro
Anatomía Dental de Cabeza y Cuello.
Editorial Interamericana
Primera Edición , España 1978.
Pags. 98 a 107.
13. Thoma K.H. Robinson
Robert J. Gorlin y Henry M. Goldman.
Patología Oral
Editorial Salvat. S.A. 1975.
Pags. 30, 947- 948.
14. Archer Harry W.
Cirugía Bucal
Editorial Mundi
Tomo 1, Segunda Edición, 1978.
Pags. 269, a 281.
- 15, William G Shafer
Tratado de Patología Buccal.
Editorial Interamericana
Tercera Edición, 1977
Pags. 12, 155-156.

16. Luis Legarreta Reynoso
Clínica de Parodoncia.
Editorial Prensa Medica Mex.
Mexico, 1967.
Pags. 39, 125 ; 128, 156.
17. Dr, Malcolm A. Lynch.
Medicina Bucal de Burket
Editorial Interamericana
Séptima Edición, 1980.
Pags. 520 a 523.
18. Aprile H., M. E. Figun
Anatomía Odontológica.
Editorial El Ateneo".
Cuarta Edición. 1967
Pags. 760-778-780.
19. Birn H., L.E. Winter
Atlas de Cirugía Oral
Editorial Salvat.
Primera edición, España 1977.
Pags. 110.
20. Guralnick Walter C.
Tratado de Cirugía Oral
Editorial Salvat
Primera Edición 1971 . Pags 1-8 , 160-171.

21. Laurence Cohen
Medicina para estudiantes de Odontología.
Editorial el Manual Moderno S.A.
Primera Edición, 1980.
Pags. 223-224.
22. Meyers Federik H,
Manual de Farmacología Clínica.
Pags. 316 1 328
23. Mitchel, Standish Fast.
Propedeutica Odontológica
Editorial Interamericana
Segunda Edición , 1973,
Págs. 143.
24. Waite Daniel E.
Clínica Bucal Práctica
Editorial C.E.C.S.A.
Primera Edición, 1978.
Pás. 269,256,258,260,271,279,281.
25. Durante Avellanal.
Diccionario Odontológico.
26. Diccionario de Especialidades Farmacológicas PLM
29a. Edición.
27. Diccionario Quillet.