



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ZARAGOZA"

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

VIAS DE ACCESO EN CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

CANSECO MORALES LUIS

CHAVEZ RANGEL MARIA DEL REFUGIO

GONZALEZ MORALES MARIA MAGDALENA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
FUNDAMENTACION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
OBJETIVOS.....	3
HIPOTESIS.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	3
DESARROLLO DEL TRABAJO:	
CAPITULO I HISTOLOGIA Y ANATOMIA ORAL Y MAXILOFACIAL..	6
a) Vestíbulo.....	6
b) Cavidad bucal.....	6
c) Labios y mejillas.....	7
d) Paladar.....	8
e) Músculos del paladar blando.....	9
f) Inervación de los músculos del paladar..	9
g) Acción de los músculos del paladar.....	9
h) Vasos y nervios sensitivos del paladar..	9
i) Lengua.....	10
j) Músculos de la lengua.....	10
k) Papilas linguales.....	10
l) Piel.....	11
m) Músculos y vasos faciales.....	13
n) Generalidades anatómicas del cráneo y de los maxilares.....	14
CAPITULO II AISLAMIENTO QUIRURGICO.....	16
a) Ropa para el cirujano y sus ayudantes...	16

	Pág.
b) Asepsia.....	16
c) Aislamiento del paciente.....	17

CAPITULO III VIAS DE ACCESO A LA CAVIDAD ORAL Y

MAXILOFACIAL.....	18
a) Toma de bisturí.....	18
b) Incisión.....	18
c) Condiciones que debe de reunir una - incisión.....	19
d) Medidas locales para realizar una -- incisión.....	20
e) Extracción con alveolectomía.....	22
f) Incisión para el tratamiento de Oper culectomía.....	23
g) Incisión en apicectomía.....	23
h) Incisión en tratamiento de prótesis- inmediata.....	25
i) Acceso submandibular a rama ascendente y cuerpo de la Mandíbula.....	26
j) Acceso a la articulación temporoman- dibular.....	28
k) Colgajo mucoperióstico.....	29
l) Clasificación y acceso a dientes im- pactados inferiores.....	30
m) Clasificación y acceso a dientes im- pactados superiores.....	33
n) Extracción quirúrgica de caninos re- tenidos.....	35

n) Extracción quirúrgica de caninos retenidos bilaterales vía palatina.....	36
o) Extracción quirúrgica de caninos retenidos en posición vestibular.....	37
p) Extracción quirúrgica de caninos en <u>ma</u> xilares desdentados.....	37
q) Alveoloplastia.....	37

CAPITULO IV VIAS DE ACCESO EN INFECCIONES AGUDAS DE LOS MAXILARES.....	39
a) Absceso periapical.....	39
b) Infecciones pericoronales.....	39
c) Absceso periodontal.....	40
d) Celulitis aguda.....	40
e) Planos aponeuróticos.....	41

CAPITULO V VIAS DE ACCESO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MAS COMUNES DE LOS MAXILARES.....	43
a) Odontoma.....	44
b) Ameloblastoma.....	44
c) Osteoma.....	45
d) Torus palatinus.....	45
e) Torus mandibular.....	46
f) Mixoma y Condroma.....	46
g) Sarcoma.....	46
h) Tumor de Ewing.....	47
i) Tumores Centrales de células gigantes...	48
j) Tumores periféricos de células gigantes.	48
k) Papiloma.....	49
l) Fibroma.....	49

m) Tumor del embarazo.....	50
n) Lipoma.....	50
ñ) Mioma.....	51
o) Tumores mixtos.....	51
p) Tumores mixtos de glándulas salivales...	51
q) Adenocarcinoma.....	52
r) Carcinoma de la cavidad bucal.....	53

CAPITULO VI TRATAMIENTO DE QUISTES EN LA CAVIDAD

BUCAL Y DE TEJIDOS ADYACENTES.....	56
a) Clasificación.....	56
b) Quiste del conducto tirogloso.....:	56
c) Quiste branquial.....	57
d) Quiste dermoide.....	57
e) Quiste nasoalveolar.....	58
f) Quiste de la línea media.....	58
g) Quiste del canal incisivo.....	58
h) Quiste globulomaxilar.....	59
i) Mucocele.....	59
j) Ránula.....	60
k) Quistes periodontales.....	60
l) Quistes primordiales.....	61
m) Quistes dentígeros.....	61

CAPITULO VII MATERIALES Y TECNICAS DE SUTURA.....

a) Materiales de sutura.....	64
b) Técnicas de sutura.....	64
c) Tipos de técnicas de sutura.....	65

	Pág.
CAPITULO VIII CICATRIZACION.....	67
a) Componentes de la cicatrización.....	67
b) Fases de la cicatrización.....	67
c) Tiempos de la cicatrización.....	68
CAPITULO IX GENERALIDADES.....	69
a) Inflamación.....	69
b) Edema.....	70
c) Infección.....	70
d) Farmacología.....	71
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	90
CONCLUSIONES.....	90
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.....	92
B I B L I O G R A F I A.....	93

*

INTRODUCCION

La Cirugía Bucal y Maxilofacial integra un aspecto de gran importancia dentro de la Estomatología, ya que su realización es muy frecuente en la actualidad debido a los altos índices de patologías orales, deformaciones dentofaciales, traumatologías, etc.; por ello, un gran porcentaje de nuestra población requiere intervenciones de esta índole.

Hemos elegido este tema, porque consideramos que a nivel licenciatura el Cirujano Dentista debe obtener conocimientos más amplios sobre las posibles cirugías que podría atender dentro del consultorio o la canalización de aquellas que así lo requieran.

Nuestro principal enfoque será con respecto a las formas de acceso, ya que consideramos que éstas representan un factor muy importante para llevar a cabo cualquier cirugía.

Tenemos grandes deseos de aportar, mediante un compendio, y en la medida de nuestras posibilidades y conocimientos, un panorama, quizá escueto, pero fidedigno y actual sobre los tipos de accesos más frecuentes en la realización de cirugías bucales y maxilofaciales.

Ante todo, deseamos trabajar, deseamos investigar, y con ello brindar a nuestra Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza", a la Universidad Nacional Autónoma de México, y a México, nuestro agradecimiento por todo cuanto hemos recibido, y qué mejor forma que científicamente, como ellos nos han formado.

FUNDAMENTACION

Es fundamental para cualquier profesional que ejerza la

Estomatología, tener conocimientos, al menos básicos, sobre algunas vías de acceso en procedimientos quirúrgicos que se realicen en Cirugía Bucal y Maxilofacial, ya que siendo la Estomatología parte integral de las ciencias de la salud, -- existe un contacto directo con la sociedad, implicando ello una gran responsabilidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Actualmente, en Cirugía Bucal y Maxilofacial, se están utilizando las vías de acceso más adecuadas?

Creemos que no es así, por lo siguiente:

Las vías de acceso en el inicio de la Cirugía Bucal, se limitaron al empleo de procedimientos sencillos y elementales; los Cirujanos Dentistas los consideraban difíciles y -- muy traumáticos.

A través de la historia de la Cirugía Bucal, vemos como cada autor fue aportando técnicas nuevas o modificando las -- ya existentes, hasta lograr tener conocimiento y dominio de muchas de ellas, llegándolas a considerar como actividades -- necesarias y fundamentales.

Actualmente existen muchas técnicas para la realización de una vía de acceso, sin embargo, debido a la poca divulgación de ellas, el Cirujano Dentista no las utiliza adecuadamente, lo cual repercute en el desarrollo de sus actividades profesionales limitándose con ello a la práctica de procedimientos elementales.

El planteamiento del problema se está realizando a nivel general, ya que cabe mencionar que existen grandes cirujanos maxilofaciales en nuestro país, pero lamentablemente --

es un núcleo muy reducido.

Por lo tanto, es necesaria la aplicación de técnicas -- que no maneje, para el mejor desempeño de sus tareas profesionales, incrementando así su prestancia profesional y aportando mejoras de salud bucal en la población.

OBJETIVOS :

- Identificar la conformación o constitución de los tejidos donde se realizará una vía de acceso.
- Describir los músculos que intervienen en la realización de una vía de acceso.
- Señalar la irrigación e inervación del sitio donde se realizará una vía de acceso.
- Identificar el material e instrumental necesario para efectuar una vía de acceso.
- Aplicar los diferentes tipos de vías de acceso en Cirugía Bucal y Maxilofacial.
- Aportar material de apoyo a los estudiantes y docentes de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza.
- Elaborar una pequeña guía auxiliar para Cirujanos Dentistas, especialmente para los recién egresados.

HIPOTESIS

En Cirugía Bucal y Maxilofacial, actualmente no se están utilizando o se desconocen las vías de acceso más adecuadas.

MATERIAL Y METODOS

Material: Libros, revistas, folletos, dibujos y esquemas.

Método: Método Científico, utilizado de la siguiente manera:

El primer paso será el planteamiento del problema, ya que de él dependerá el éxito o el fracaso de la resolución del mismo, por lo cual se debe definir o delimitar perfectamente; asimismo, se deberá exponer de la manera más clara y sencilla, sin que por ello se emitan los aspectos más relevantes del mismo, o se consideren en el aspecto de poca importancia.

Uno de los pasos del planteamiento del problema será de terminar perfectamente el problema y fijar los objetivos a estudiar o a lograr.

Una vez planteado el problema, la siguiente etapa será elaborar la hipótesis, la cual emanará directamente del problema. En este caso, nuestra hipótesis será una posible respuesta al problema planteado. Ahora bien, nuestra hipótesis será elaborada apoyándonos en juicios deductivos como resultado de experiencias previas. (Durante nuestra formación profesional).

El siguiente punto será la planeación y diseño del trabajo.

La primera parte se realizará a través de la elaboración de un cronograma de actividades; y en este punto se analizarán o determinarán las variables que puedan surgir.

En lo que corresponde al diseño, Este consistirá en seleccionar el material más adecuado para controlar las variables que han sido previamente determinadas en la planeación; en el diseño se incluirán los puntos o temas que contendrá -

la síntesis bibliográfica, los cuales orientarán a su búsqueda.

Como siguiente paso se procederá a la investigación con la cual se verificará o corroborará la hipótesis planteada. En este punto, se observarán y anotarán en forma organizada las anotaciones de los datos o resultados obtenidos, para recabar la información del problema que nos ocupa. Lo anterior se hará consultando la bibliografía propuesta en el presente protocolo y a través de la elaboración de fichas bibliográficas.

Posteriormente se procederá a la interpretación de resultados, que será el conjunto de datos obtenidos en la investigación.

Posteriormente se hará una evaluación de los resultados obtenidos, comparándolos con la hipótesis planteada, determinando si los resultados están de acuerdo con lo dicho en la hipótesis.

Finalmente se elaborará el trabajo de tesis, que comprenderá todos los puntos mencionados anteriormente, así como la bibliografía consultada.

CAPITULO I

HISTOLOGIA Y ANATOMIA ORAL Y MAXILOFACIAL

La cavidad bucal está tapizada por una mucosa que en su mayor parte es estratificada, escamosa y no queratinizada.

El epitelio de las mejillas no está queratinizado; la lengua está parcialmente queratinizada; las encías y el paladar duro están completamente queratinizados.

Vestíbulo:

El vestíbulo es la hendidura que se encuentra entre los labios y las mejillas en su parte externa; internamente se encuentran los dientes y las encías.

El vestíbulo presenta dos pequeños orificios de glándulas salivales.

El conducto parotídeo se abre a nivel del segundo molar superior, estando los dientes en contacto; el vestíbulo solamente se comunica con la cavidad oral en su parte posterior, o sea, al final de los molares y la rama maxilar inferior.

Cavidad Bucal:

La cavidad bucal propiamente dicha, tiene los siguientes límites:

- * Adelante y a los lados de los arcos alveolares, dientes y encías.
- * Atrás, por la orofaringe, mediante el orificio orofaríngeo o istmo de las fauces, el cual a su vez se encuentra limitado a cada lado por los pilares palatoglosos.
- * Arriba o techo de la cavidad, está limitado únicamente por el paladar.

* Abajo o suelo, tiene por límite la lengua, la cual está -- suspendida por músculos y tejidos blandos, llamados en conjunto suelo de la boca o diafragma bucal, conformado por -- los músculos milohioideos.

La lengua en su parte inferior se encuentra unida al -- suelo de la boca por un pliegue mucoso llamado frenillo de -- la lengua, a los lados del frenillo están dos elevaciones o -- papilas sublinguales, en las cuales se abre el conducto de -- la glándula submaxilar.

Labios y Mejillas:

Los labios están formados por dos pliegues de mucosa mo -- vible, constituidos por músculos y fibras, limitando la en -- trada a la boca.

La cara interna de cada labio se encuentra relacionada -- con la encía por medio de un pliegue medio de mucosa llamado -- frenillo labial.

Los labios están recubiertos de piel y conformados en -- parte por los músculos orbiculares y glándulas labiales, to -- do ello recubierto por mucosa.

Las estructuras que integran las mejillas son los múscu -- los buccinador y glándulas bucales. La bola adiposa recubre -- al buccinador y al masetero, el conducto parotídeo perfora -- la bola adiposa y el buccinador, abriéndose a la altura del -- segundo molar superior.

La unión entre mejillas y labios se delimita por un sur -- co nasolabial, el cual se extiende hacia abajo y lateralmen -- te, a partir de la nariz y hasta el ángulo de la comisura la -- bial. (2), (10), (16).

PALADAR:

El paladar forma el suelo de la cavidad nasal, y a su vez el techo de la boca. Es arqueado en sentido transversal y anteroposterior, integrándose de dos partes; paladar duro y paladar blando.

- * Paladar duro: tiene esqueleto óseo formado por las apófisis de los maxilares por adelante, y las láminas horizontales de los palatinos por atrás.
- * El paladar óseo está recubierto por arriba por mucosa nasal y por abajo por la mucosa y el periostio del paladar duro.
- * La lámina mucoperióstica tiene vasos sanguíneos y nervios, además de muchas glándulas palatinas mucosas.
- * Tiene epitelio queratinizado, de tipo escamoso estratificado y muy sensible al tacto.
- * La lámina mucoperióstica tiene vasos sanguíneos y nervios, además de muchas glándulas palatinas mucosas, y presenta un pliegue llamado rafe medio, terminando este adelante de la papila incisiva.
- * Paladar blando: Está formado por fibras y músculos móviles, forma una separación parcial, entre la nasofaringe, por la parte superior, y la orofaringe por la parte inferior. Su epitelio es escamoso estratificado, teniendo en la parte anterior muchas glándulas palatinas. Lateralmente, el paladar blando tiene dos pliegues llamados pilares glosopalatino y faringopalatino.

Vasos y Nervios sensitivos del paladar:

El paladar tiene una irrigación arterial muy profusa, a los lados la arteria más importante, la palatina mayor, la cual forma parte de la arteria palatina descendente. Los nervios sensitivos comprenden a los nervios palatinos y nasopalatinos, las fibras nerviosas se supone van dirigidas al nervio maxilar.

Músculos del paladar blando:

En el palatogloso y el palatofaríngeo, el músculo de la úvula, elevador del velo del paladar y el tensor del velo -- del paladar.

Inervación de los Músculos del Paladar:

Todos los músculos correspondientes al paladar blando -- están inervados por el plexo faríngeo, a excepción del tensor; la inervación está realizada por medio de fibras que se derivan de la porción craneal del nervio espinal (Nervios -- Craneales VIII, IX y XII).

El músculo tensor se inerva en su mayor porción por el nervio mandibular.

Acción de los Músculos del Paladar:

- * Palatogloso o Glosofaríngeo: separan la cavidad bucal de -- la faríngea.
- * Faringostafilino: acercan los pilares posteriores, separan -- do la orofarínge de la nasofarínge.
- * Elevador del velo del paladar: eleva el paladar blando y -- lo lleva hacia atrás, en las funciones de succión y fona-- ción.

- * Tensor del velo: su función es estirar el paladar blando y contribuye a la abertura de la trompa timpánica, se activa en las funciones de deglución y fonación. (1), (2), -- (16).

Lengua:

Está insertada en distintos músculos, también en el hueso hioides, maxilar inferior, faringe y apófisis estiloides.

La lengua es muy importante como órgano de la masticación, gusto, fonación y deglución.

El músculo estriado de la lengua está parcialmente cubierto por mucosa.

La lengua se divide en: borde y vértice, dorso, cara inferior y raíz.

Los músculos de la lengua se conforman en dos tipos:

Intrínsecos: formaciones propias.

Extrínsecos: fibras originales en zonas propias.

Todos los músculos de la lengua son bilaterales, separados por un entrecruzamiento de formaciones musculares transversas.

Músculos Intrínsecos: están ubicados en varios planos, se conceptúan de acuerdo a ellos longitudinal superior e inferior, vertical y transverso.

Músculos Extrínsecos: Hiogloso, geniogloso, estilogloso, condrogloso y palatogloso.

Papilas Linguales:

Son elevaciones de la lámina propia o corion de la mucosa y están cubiertas de epitelio.

Tipos de Papilas Linguales:

Fungiiformes: Su punta o cabeza es rojiza, redondeada y con base estrecha, se les localiza en mayor número en el vértice y borde de la lengua, contienen botones gustativos.

Filiiformes: son prolongaciones cónicas de vértices puntiagudos, son las que existen en mayor cantidad, especialmente en el dorso de la porción bucal de la lengua.

Circunvaladas: pueden encontrarse entre 3 y 14 (en relación a factores hereditarios), tienen forma de V, siendo las de mayor volumen; se encuentran por delante del surco lingual.

Foliadas: son surcos inconstantes y rebordes próximos a la pared posterior del borde lingual. (2), (10), (16).

Piel:

La piel está formada por dos capas: una superficial o epidermis y otra profunda llamada dermis.

Dermis: existen 3 tipos de fibras: colágenas, elásticas y reticulares.

La dermis constituye la parte esencial de la piel, está formada por fibras elásticas y de tejido conjuntivo, entre las que se encuentran diseminados los folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas. En la superficie de la dermis se ven también pequeñas prolongaciones o papilas. Los elementos anatómicos que constituyen el tejido de la dermis son los siguientes: fibras y corpúsculos de tejido conjuntivo, fibras elásticas y musculares, sustancia amorfa, vasos y nervios.

Epidermis: en la superficie de la dermis se encuentra -

otra capa delgada, en la que se descubren salientes y depresiones, Ésta es la Epidermis.

Las capas celulares de la Epidermis son las siguientes:

- a) Estrato Basal: divide la epidermis de la dermis. Contiene células basales y melanocitos.
- b) Estrato Espinoso: o capa de Malpighi, contiene células re dondas.
- c) Estrato Granuloso: Grosor de 3 ó 4 células aplanadas. El citoplasma contiene gránulos basófilos de queratohialina, este estrato generalmente no se presenta en las mucosas, -labios y boca.
 - La mucosa de la boca en estado normal, no posee células granulosas ni corneas.
- d) Estrato Lúcido: sólo se desarrolla en las palmas de las - manos y plantas de los pies.
- e) Estrato Corneo: es la capa más externa. Consiste en células muertas anucleadas, queratina, lípidos de la superficie y suciedad.

Funciones de la piel:

- a) Absorción: es el paso de sustancias del exterior de la - piel por la dermis y epidermis hacia la circulación, ab-- sorbiendo sustancias liposolubles, gases, vitaminas A, D y K, insecticidas, etc.
- b) Sudación: es una función primordial de la piel, por su -- función reguladora de la temperatura corporal, gracias al enfriamiento por evaporación.
- c) Barrera: es muy eficaz contra la pérdida de electrolitos, proteínas, carbohidratos, lípidos y cantidad importante -

de agua en el medio interno.

(1) (16).

Músculos y Vasos Faciales:

Los vasos faciales principales, en cuanto a las incisiones en Cirugía Bucal, siguen el trayecto que a continuación se menciona:

- a) Profundo en relación con los músculos superficiales de la expresión, incluyendo el cutáneo del cuello y excluyendo los músculos canino y buccinador.
- b) Superficial a los músculos de la masticación, y desde luego, a los huesos superficiales y faciales profundos.

En un sentido general, la vena facial anterior drena -- las regiones alimentadas por la arteria maxilar externa y la vena facial posterior drena las regiones faciales más profundas, regadas por las ramas terminales de la arteria carotídea externa. El nervio motor más importante de la cara, además del trigémino o V par Craneal, que inerva los músculos de la masticación, es el VII Par Craneal. El trauma quirúrgico del V Par craneal puede considerarse de importancia secundaria, pues la secuela más importante y probable sería una parestesia, y la posibilidad de regeneración es buena.

Sin embargo, la lesión quirúrgica del VII Par craneal y la pérdida subsecuente de la función de los músculos faciales de la expresión son un problema estético importante y -- sin gran esperanza de regeneración espontánea y funcional.

Es imprescindible tener un conocimiento completo de las relaciones anatómicas de los tejidos que van a separarse. --

(1) (4).

Generalidades anatómicas del cráneo y de los maxilares:

La Cirugía Bucal se realiza en la cavidad bucal, huesos maxilares con sus procesos alveolares y regiones vecinas, -- con los cuales la patología dentaria y peridentaria puede tener relaciones.

Los huesos maxilares forman parte del denominado macizo facial, entidad anatómica formada por varios huesos.

El maxilar inferior, hueso impar, medio y simétrico, está relacionado con el cráneo por medio de la Articulación -- Temporomandibular, cóndilo del maxilar inferior y cavidad -- glenoidea del temporal.

El cráneo está formado además, en su parte anterior, -- por los siguientes huesos: maxilar superior, vómer, huesos -- palatinos, cornetes inferiores, huesos propios de la nariz y el malar. Cabe mencionar que los últimos cuatro huesos y el maxilar superior son huesos pares.

Región labial: forma parte de la pared anterior de la -- cavidad bucal. Está constituida por los labios, repliegues -- musculomembranosos que se encuentran a la entrada de la boca.

Los límites de la región labial están dados:

Arriba: por la extremidad superior del subtabique, el borde -- de las ventanas nasales y el surco labiogeniano.

Abajo: por el surco mentolabial que lo separa de la importan -- te región mentoniana.

Afuera: por el surco labiogeniano.

Bibliografía:

Ham, Arthur W.

Histología

7a. ed.

Ed. Interamericana.

Gardner, E.

Anatomía

2a. ed.

Ed. Salvat.

Ries Centeno, G.A.

Cirugía Bucal

7a. ed.

Ed. El Ateneo

Kruger, Gustav O.

Tratado de Cirugía Bucal

4a. ed.

Ed. Interamericana

Provenza, D. Vincent.

Histología y Embriología Odontológicas.

1a. ed.

Ed. Interamericana.

Archer, W. Harry.

Cirugía Bucal

Tomos I y II

Ed. Mundi, 1952.

CAPITULO II
AISLAMIENTO QUIRURGICO

a) Ropa para el Cirujano y sus Ayudantes:

- Bata o delantal quirúrgico: se coloca en la parte anterior, sujetándolo por la espalda, cubre hasta la rodilla y tiene manga larga; bajo la bata o delantal quirúrgico se usa pijama quirúrgica.
- Cubreboca: su objeto es proteger el campo operatorio de la flora oral del cirujano, y que éste a su vez se proteja de posibles infecciones que puede transmitirle el paciente, además de posibles salpicaduras de pus, sangre, agua de lavado, restos de huesos, etc.
- Guantes quirúrgicos: toda operación requiere del máximo de seguridad en cuanto a esterilización se refiere, por tal motivo son tan importantes los guantes quirúrgicos.
- Botas quirúrgicas: Estas forman parte integral del campo estéril.
- Cofia o gorra quirúrgica: su función principal es la de mantener totalmente aislado el cabello y sudoraciones del craneo. (3) (4).

b) Asepsia:

La asepsia se realiza en la zona gris, en donde se encuentran los lavabos, en los cuales se practica el cepillado quirúrgico, mediante soluciones asépticas y cepillos especiales, auxiliándose el que lo realiza por un ayudante, con la finalidad de no contaminarse al término del mismo, y poder así proceder al vestido y enguantado quirúrgicos. (4).

c) Aislamiento del paciente:

Mediante campos estériles se aislará la cara y el cuerpo del paciente del instrumental y procedimientos que realizará el cirujano y sus asistentes; la zona del cuerpo del paciente en la cual se practicará la cirugía deberá estar previamente aséptica, para lo cual se utilizan regularmente soluciones de cloruro de benzalconio o hexaclorofeno.

El campo inicial puede ser un paño delgado de aproximadamente 115 x 180 cm., el segundo campo o campo delantero mide aproximadamente 115 x 175 cm.; con ellos se acompleta el aislamiento principal; la cabeza del paciente se cubre con el sistema de doble sábana, una por la parte inferior y una toalla para la superior.

Los campos estériles se aseguran con pinzas de campo, - en intervenciones en las cuales sea necesario el movimiento de la cabeza del paciente se suturan a la piel.

B i b l i o g r a f í a:

Ries Centeno, G.A.
Cirugía Bucal
7a. ed.
Ed. El ateneo.

Kruger, Gustav, O.
Tratado de Cirugía Bucal
4a. ed.
Ed. Interamericana.

CAPITULO III

VIAS DE ACCESO A LA CAVIDAD ORAL Y MAXILOFACIAL

a) Toma de bisturí:

Se toma con la mano derecha, a manera de tomar un lapicero; debe apoyarse firmemente entre la cara palmar del dedo índice, cara palmar del pulgar y el borde radial del dedo medio. En el espacio interdigital de los dedos pulgar e índice debe descansar la parte posterior del bisturí. La mano debe de contar siempre con un punto de apoyo; para obtener apoyo se puede hacer lo siguiente: los dedos anular y meñique se pueden apoyar sobre:

- la arcada dentaria vecina
- el arco alveolar
- un plano resistente que puede estar dado por los dedos de la mano izquierda.

Así pues, para que la mano izquierda adquiriera precisión y fijeza, y el trazo de la incisión sea recto y de una sola línea, tendrá que tener siempre un punto de apoyo. (3) - (4).

b) Incisión:

La incisión es una maniobra por medio de la cual se alcanzan los planos más profundos. El corte es necesario para descubrir la línea media de unión entre las capas, permitiendo así la separación fácil, hasta llegar a la región deseada. (3) (4).

c) Condiciones que debe de reunir una incisión según los Postulados de Schiele.

- Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que éste tenga una base lo suficientemente ancha como para proveer la suficiente irrigación evitando de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis. - Al trazarse la incisión debe de tenerse presente el recorrido de los vasos para evitar la sección; a pesar de que la fibromucosa posee gran cantidad de vasos, la sección de los principales vasos implica riesgos innecesarios; por ejemplo: en región del surco vestibular la sección quirúrgica de los vasos importantes de esta zona origina grandes hemorragias.
- Buena visualización: la incisión debe ser trazada de tal manera, que permita una perfecta visión del objeto o zona a trazarse u operarse, la incisión no debe oponerse a las maniobras operatorias.
- La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra ampliamente el campo operatorio, evitando desgarramientos y torturas al tejido gingival, que siempre se convierten en necrosis de las partes blandas; por otra parte, incisiones pequeñas o que no están de acuerdo con los fines de la incisión, impiden y dificultan el acto operatorio.

En la cavidad oral no deben de realizarse incisiones pequeñas, ya que éstas significan dificultades y trastornos. Algunos milímetros más no afectan el proceso de la cicatrización.

- La incisión debe ser hecha de un sólo trazo, sin líneas secundarias. Si el trazo es correcto existirá una buena coaptación y cicatrización. Las dificultades en el desprendimiento del colgajo residen en los ángulos de la incisión, ya que si no se realizaran correctamente podrían existir desgarres.
- La incisión debe de trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo en su lugar, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro. Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo de otra manera los puntos se desprenden, la incisión se abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la cavidad ósea realizada, con los trastornos de cicatrización correspondientes. (3).

d) Medidas locales para realizar una incisión.

Para realizar una incisión en la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de asepsia. - El tártaro, los dientes cariados o restos radiculares presentes, deberán ser extraídos u obturados.

Las infecciones existentes en las partes blandas de la cavidad oral contraíndican una operación, siempre que ésta no sea de urgencia, por ejemplo: gingivitis o estomatitis. En cuanto a las lesiones tuberculosas o sífilíticas, contraíndican toda operación en la cavidad oral, por el peligro que significan las incisiones sobre tales lesiones y el contagio que puede representar para el operador.

Aún en estado normal, la boca debe de ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada o soluciones jabonosas, antes de realizar cualquier tipo de intervención.

Especial atención deberá presentarse a los espacios interdentarios, las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares, antes de la operación.

Estas medidas antisépticas, colocarán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar en ella una operación disminuyendo en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias. La cirugía facial requiere que la cicatriz postoperatoria sea mínima en tamaño, para que sea aceptable estéticamente. Estas incisiones se hacen en las arrugas naturales, la línea de inserción del pelo a lo largo de las uniones mucocutáneas, o en las regiones sombreadas, como el repliegue nasolabial y las zonas submandibulares cervicales. Además, es aconsejable -- hacer las incisiones en piel siguiendo el tejido longitudinal y no transversal a sus fibras denominadas "Líneas de tensión o Líneas cutáneas de Langer". Las incisiones hechas en líneas de Langer, permitirán una exposición más amplia del campo operatorio, ya que son líneas de segmentación de los planos del tejido superficial. En las incisiones perpendiculares a estas líneas de tensión, las suturas tendrán que ser con tensión máxima y es posible la formación de cicatrización antiestética.

Al suturar las incisiones faciales conviene una ligera -- everción de los bordes de la piel.

Los bordes de la incisión en la piel no deben suturarse -- demasiado apretados; las suturas en cara deberán quitarse 3 ó 4 días después para evitar cicatrices; en otras regiones se retiran los puntos alternos a los 7 días.

Para las suturas en piel se utilizan sedas con grosor ca-

libre 3-0, 4-0 ó 5-0, con aguja T-5 que deberá ser atraumática. (4).

e) Extracción con alveolectomía.

Operación por medio de la cual se extrae el órgano dentario, previa eliminación del hueso que lo recubre.

Casos en donde se aconseja la extracción con alveolectomía:

- dientes en posición anómala
- dientes portadores de piezas de prótesis.
- dientes con coronas profundamente destruidas por caries, donde no hay punto útil de aplicación de las fuerzas.
- dientes fracturados en intentos quirúrgicos previos.
- alveolos hipercalcificados en personas adultas.

Vía de acceso por vestíbulo: realizando una incisión tipo Semineumann. La sutura se realizará con puntos aislados.

Incisión en la cara palatina: un colgajo mínimo es suficiente, trazado en la cara palatina para no traumatizar la fibromucosa en las maniobras operatorias; para tal objeto se trazan incisiones paralelas (festonadas), a las bucales y de una extensión de 5 mm. aproximadamente. - -

(2 fig.2)

Incisión en caso de tratamiento de todo el maxilar.

Trazo de la incisión para realizar la extracción de los dientes anteriores, regularización total de la arcada en el maxilar superior:

La incisión desprende los cuellos dentarios, bordeando sus caras mesial, bucal y distal en forma festonada, y se prolonga hacia distal, sobre la arcada en la extensión

que sea necesaria. (Fig. 3), (3), (4).

f) Inciisión para el tratamiento de la operculectomía.

Eliminación quirúrgica del capuchón, cuando está fuera de los períodos agudos de la infección.

Los únicos casos indicados para extirpación quirúrgica -- del capuchón son aquellos en los cuales el tercer molar -- está en posición vertical y su corona a la misma altura -- que la del 2o. molar, es decir, no hay más trabas que se opongan a la erupción, que la lengüeta gingival que cubre la corona del diente retenido.

Incisiones: se realizan dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara oclusal del molar retenido, estas incisiones deben llegar al tejido óseo o al esmalte dentario. Con una pinza se tracciona hacia adelante el capuchón y con una tijera curva o bisturí se secciona a nivel de la cara distal del 3er. molar. -- (Fig. 4) (3) (4) (9).

g) Incisiones en apicectomía.

Apicectomía es la resección quirúrgica, por vía transmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario.

Está indicada la apicectomía en dientes con procesos periapicales en las siguientes circunstancias:

- Cuando ha fracasado un tratamiento endodóntico.
- En dientes con dilaceración
- En dientes que presenten falsos conductos.
- En dientes cuyos conductos se han fracturado y alojado algún instrumento (tiranervios, ensanchadores, etc.)
- En dientes que contengan pivotes, jackets u otras obtu-

ciones.

Son tres las incisiones indicadas: Wassmund, Parsch y Neumann.

La incisión de Wassmund nos ofrece las siguientes ventajas: fácil ejecución, amplia visión del campo operatorio, quedar lo suficientemente alejada de la brecha, para que los bordes de la herida no sean traumatizados y lesionados durante la operación, y permitir que la coaptación de la herida sea sobre hueso sano.

Esta incisión se puede aplicar con éxito para realizar -- las apicectomías en los dientes del maxilar superior, realizándose de la siguiente manera: Con un bisturí de hoja corta se empieza la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente este instrumento hasta el hueso, para seccionar mucosa y periostio, la incisión descende hasta medio centímetro del borde gingival, y desde allí, evitando hacer ángulos agudos, corre paralela a la arcada dentaria y se remonta nuevamente hasta el surco -- vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado.

La maniobra antes mencionada se facilita separando el labio superior con los dedos índice y medio de la mano izquierda, de esta manera la encía queda tensa y el bisturí cumple su cometido sin interrupciones.

En casos de apicectomías de dos o más dientes, se amplía el largo de la rama horizontal de la incisión en la medida necesaria.

Si se va a realizar la apicectomía de los incisivos centrales, se secciona sin inconvenientes el frenillo.

La sutura del colgajo restituirá los tejidos a sus normales relaciones. Para evitar la hemorragia que dan los vasos del frenillo, se pasa un hilo de sutura en el punto más alto posible, con el que se ligan temporalmente estos vasos. (Fig. 5).

Incisión de Neumann: se realiza en casi todos los casos de apicectomías, a excepción de las apicectomías de los dientes portadores de jacket-crown.

Se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las lengüetas gingivales. Las incisiones verticales deben determinar en los espacios interdentarios. La cicatrización es más rápida y no deja huellas.

La incisión de Neumann no se debe de emplear en los casos en que el diente a operar sea portador de coronas de porcelana u otro tipo de prótesis, porque la retracción gingival puede dejar al descubierto la raíz, ocasionando -- trastornos estéticos. (3) (4)

h) Incisión en el tratamiento de Prótesis Inmediata.

La prótesis inmediata está indicada en los siguientes casos: actúa como apósito para controlar la hemorragia, promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos, el paciente realiza la fonación y deglución mejor, acepta más rápido la extracción de los dientes, conserva la dimensión vertical.

Incisión: se trazan dos incisiones desde el surco vestibulo

lar hasta la lengüeta distal, de canino a canino, se seccionan las lengüetas interdientarias y se desprende el tejido gingival del cuello de los dientes.

Por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza una incisión pequeña en distal de cada canino, para preparar un colgajo mínimo, con el objeto de no traumatizar la fibromucosa.

El tipo de incisión indicada es la Neumann. (Fig. 9) -- (3).

i) Acceso submandibular a rama ascendente y cuerpo de la mandíbula.

En esta vía de acceso a la incisión, deberá hacerse en -- una línea de tensión de la piel, y debe de terminarse con anterioridad, marcándola con colorante de anilina.

Como puntos de referencia, deben marcarse el ángulo genial de la mandíbula y la escotadura en el borde inferior (producida por pulsación de la arteria facial); el primero indica el límite posterior del campo operatorio y el último la localización de la arteria facial y vena facial anterior.

La incisión se hace dos centímetros debajo del borde de la mandíbula siguiendo la curvatura del hueso.

La longitud total de la incisión puede ser de 6 a 8 cms.

Una vez marcada la línea de la incisión, se extiende la cabeza del paciente y se le voltea lo más posible a un lado, logrando así la comodidad del operador.

La línea de incisión se atravieza con otra línea perpendicular, ésta deberá estar separada entre sí 1.5 cms. y sír

ve para el acercamiento de los bordes para la sutura y -- que tenga una cicatriz mínima.

Incisión: se tira de la piel hacia arriba para que el trazo de la línea de incisión descansa sobre hueso dando así una base firme que permita realizar una incisión limpia y con un sólo trazo o movimiento. El corte deberá ser perpendicular a la superficie de la piel y atravesará la misma. Una hoja de Bard-Parker núm. 10 ó 15 es útil para la incisión o incisiones necesarias de la piel de esta región.

Sutura: la sutura de los tejidos blandos en la vía de acceso submandibular se hace en capas, colocando los tejidos en relación anatómica adecuada.

En la sutura por capas, es importante la aproximación adecuada para eliminar los espacios muertos. Un espacio muerto favorece el hematoma.

Puede utilizarse catgut simple o crómico; el crómico se reabsorbe con mayor lentitud.

Para aproximar los bordes de la piel, con cicatrización mínima, se utiliza primero sutura subcuticular de catgut-simple. El cierre de la piel se hace con material inabsorbible de pequeño calibre 4-0 ó 5-0, dejando un espacio de 3 mm. entre cada punto.

Los puntos de la piel se ponen en cada una de las rayas perpendiculares para la aproximación exacta.

Los puntos deberán quitarse al 4o. día para evitar cicatrices. La incisión de la piel se cubre primero con una capa de gasa vaselinada estéril; sobre ésta, se coloca --

una almohadilla de gasa estéril de 10 x 10 cm., y se cubre con un apósito a presión para limitar el edema postoperatorio. Es importante que todos los apósitos primarios y secundarios sean estériles, ya que el mayor obstáculo para la cicatrización de una herida es la infección. (4).

j) Acceso a la Articulación Temporomandibular.

Muchas vías de acceso clásicas para intervenir la Articulación Temporomandibular se han complicado por el peligro de dañar el 7o. par craneal.

La vía endaural de Lempet al oído medio, con algunas modificaciones, puede emplearse básicamente como la vía de acceso quirúrgica más segura a la Fosa Glenoidea.

La incisión endaural como medio para llegar a la cavidad-glenoidea, se ha utilizado con éxito para la menisectomía y la condilectomía, pero no se limita obligadamente a estas operaciones.

Se inicia la incisión en la arruga cutánea inmediatamente adyacente al hélix anterior, se lleva hacia abajo a nivel trago, en este punto pasa un hueso hasta llegar a las regiones más profundas del meato auditivo externo, donde se esconde.

El hueso está lleno de la inserción fibrosa de la lámina del trago y cortarlo no es perjudicial. Al salir la incisión del meato auditivo externo, se hace ligeramente visible en la región inferior del trago. En la región superior de esta incisión se encuentran los vasos temporales superficiales y el nervio aurículo temporal. (Figs. 10, 11 y 12).

El espacio entre el hélix y el trago permite separar a éste hacia adelante y abajo para llegar a la articulación temporomandibular.

La incisión endaural permite cortar el trago a nivel de la inserción fibrosa en su borde anteroposterior y separarle hacia adelante y abajo, descubriendo así la cápsula ligamentosa de la articulación temporo-mandibular. (Fig. 13) (4).

k) Colgajo Mucoperióstico.

Un colgajo mucoperióstico está constituido de tejido blando que se corta y retrae a manera de poder retirar hueso-subyacente para exponer raíces, dientes y tejido patológico. Las extracciones y procedimientos de extracción de raíz, llevados a cabo a través del alveolo intacto, se denominan procedimientos abiertos.

Básicamente, la indicación para el colgajo mucoperióstico, es la incapacidad para eliminar la estructura o el tejido sin traumatizar los tejidos circundantes. Si un procedimiento cerrado fracasa se obtiene visualización y acceso apropiado mediante un procedimiento abierto.

Un resto radicular que no pueda extraerse por medios normales, se obtiene por medio de un colgajo mucoperióstico.

Un diente grande engastado en hueso denso, que no se moverá con pinzas, se hace mediante un colgajo mucoperióstico, lo que hace posible su extracción con pinzas.

Sin embargo, existen indicaciones para realizar un colgajo mucoperióstico sin intentar primero el procedimiento cerrado; por ejemplo: si existe la posibilidad de fractu-

ra de un diente debido a caries extensa o grandes restauraciones. Si las raíces de un diente son muy divergentes, están curvas o agrandadas por hipercementosis, se hará un colgajo; si existe anquilosis se recomienda cirugía.

La incisión deberá planearse de manera que el aporte sanguíneo del colgajo sea adecuado.

Los dos tipos básicos del colgajo mucoperióstico intrabucales son: el colgajo envolvente y el colgajo que tiene un componente vertical sobre la superficie bucal o labial. El colgajo envolvente se hace cortando los tejidos alrededor de los cuellos de varios dientes en posición anterior y posterior con relación al área, y extendiendo el colgajo bucal o labial resultante, alejándolo del hueso. Este colgajo se usa para extraer dientes impactados, más que otro tipo de extracciones. El colgajo vertical se usa en un tipo de incisión que se extiende desde el pliegue mucobucal hasta una incisión gingival horizontal, alrededor de los cuellos dentales.

La incisión se hace con una hoja de bisturí núm. 15, se realiza a nivel gingival labial o bucal, rodeando al diente por detrás; Incisión Neumann o Semineumann.

La sutura se realiza con seda núm. 3-0. Deberá hacerse a través del hueso interseptal. (Fig. 14) (4).

2) Clasificación y acceso a dientes impactados inferiores.

Clasificación: mesioangular, horizontal, vertical, distoangular, el diente puede desplazarse a los lados, bucal o lingual; también puede localizarse en su nivel oclusal alto (cerca de la superficie del reborde), o en su nivel --

oclusal bajo.

Un diente que pertenezca a cualquier clase básica, se extrae más fácilmente si se desplaza en posición bucal; y será más difícil de extraer si está situado cerca de la placa lingual u oclusal, incluso directamente detrás del 2o. molar.

Un diente en nivel oclusal alto será más fácil de extraer. Un diente puede no erupcionar por la presencia de hueso (bloqueo óseo), por presencia de un diente adyacente (bloqueo dental), o por ambas. La evaluación preoperatoria cuidadosa permitirá la planeación adecuada para la cirugía. La radiografía deberá estudiarse para localizar la impacción y para precisar formas, números, inclinación de la raíz. (Fig. 15).

Impacción Mesioangular:

Se hace una incisión en los tejidos distales al segundo molar. Es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener ésta sobre el hueso. Una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de la cúspide bucal del 2o. molar, siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera.

La segunda parte de la incisión se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distobucal, extendiéndose hacia adelante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del 2o. molar. El colgajo mucoperióstico se eleva con una cureta Molt núm. 4, empezando la incisión vertical, donde el periostio no está unido al hueso. Cuando el sitio operatorio está ampliamente

te expuesto, se coloca un separador apropiado bajo el col gajo y se mantiene contra el hueso.

El hueso sobre la superficie distal o superior a la impacción deberá eliminarse, a manera de poder extraer la corona después de dividirla.

Entonces se secciona el diente (osisección) y se extrae totalmente. Se coloca una sutura sobre el alveolo del lado lingual al bucal, generalmente es suficiente un punto de sutura catgut n.º. 3-0 (Fig. 16 y 17)

Impacción Horizontal en Maxilar Inferior:

Se realiza una incisión semineumann situada bajo el nivel oclusal, requiere un corte óseo vertical profundo, que -- frecuentemente se extiende hasta el nivel de la punta del 2o. molar. Los cortes horizontales deberán ser suficientes para exponer el cuello anatómico del diente. La extracción de este diente incluye una división en el cuello anatómico para separar la corona de la raíz, la fresa es eficaz para este procedimiento. Si el corte óseo vertical es suficientemente profundo para lograr el acceso del elevador, y se ha eliminado suficiente hueso de la cresta alveolar, la porción radicular puede extraerse con elevador n.º. 14. No deberá ejercerse presión fuerte. Debe seguirse seccionando el diente o el hueso hasta poder retirar -- la impacción con relativa facilidad. (Fig. 18).

Impacción Vertical en Maxilar Inferior:

La extracción de la impacción vertical es una de las operaciones más difíciles.

Se realiza una incisión semineumann, se expone el área --

bajo un gran colgajo mucoperiosteico. Se hace un corte - - óseo vertical y largo para exponer el cuello anatómico, - eliminando hueso por detrás del diente incluido y también sobre la parte oclusal.

Si no es posible lograr acceso, un elevador núm. 14 puede acoplarse al área de bifurcación del diente en el lado bucal, y puede ejercerse fuerza recta hacia arriba. (Fig. - 19).

Impacción Distoangular en Maxilar Inferior:

Esta impacción distoangular es difícil de realizar porque queda en la rama vertical. La corona impactada está situada lejos del segundo molar, lo que hace que no haya ventaja mecánica para el elevador.

Se realiza un colgajo mucoperiosteico amplio, por medio de una incisión semineumann y se realizan los cortes óseos - corrientes vertical y horizontal. Se secciona el diente - en dirección vertical. El elevador número 14 se coloca en el área de bifurcación. El diente entonces se hace rotar - distalmente en el espacio creado para su extracción. - - (Fig. 20) (3) (4).

m) Clasificación y Acceso a Dientes Impactados Superiores:

Impacción Mesioangular en Maxilar Superior:

La incisión se hace sobre la cresta del reborde, desde la tuberosidad hasta el segundo molar y se agrega un componente vertical en forma oblicua hacia arriba y hacia adelante, para terminar sobre la raíz mesiobucal del segundo molar. El colgajo mucoperiosteico se eleva con cureta Molt núm. 14.

Se extrae el diente con elevador núm. 14, se coloca un punto de sutura a través de la incisión de la cresta y otro a través de la incisión vertical. (Fig. 21).

Impacción Distoangular en Maxilar Superior:

Requiere un colgajo mucoperiosteico mayor y eliminación extensa del hueso circundante. Se hace una incisión en la cresta media, extendiéndose desde el segundo molar a la curva de la tuberosidad, y las extensiones verticales a bucal y lingual se hacen distales al segundo molar. Este colgajo expone toda la tuberosidad ósea.

Se hace una incisión ósea vertical, en distal al segundo molar, hasta el área de la punta. Se elimina el hueso de la cresta alveolar y bucal. Se extrae el diente y la herida deberá cerrarse en forma tensa con puntos separados. (Figs. 22 y 23).

Impacción Vertical en Maxilar Superior:

Cuando la corona descansa cerca del cuello anatómico del segundo molar, no permitirá acceso entre los dientes para emisección, ni para hacer palanca con algún otro instrumento.

Se hace un corte óseo vertical, paralelo al borde mesial del diente impactado, la incisión es sobre la cresta del reborde, desde la tuberosidad hasta el segundo molar, haciendo una incisión en forma oblicua hacia arriba y adelante.

Cuando el instrumento puede empujarse en el espacio creado, el diente podrá extraerse. Se colocan puntos de sutura aislados. (Figs. 24 y 25) (3) (4).

n) Extracción quirúrgica de caninos retenidos.

La extracción de los caninos por vía palatina, como en toda intervención quirúrgica, se basa inicialmente en una buena anestesia. La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe prever la duración de la operación.

Retención unilateral.

Llevará una anestesia infraorbitaria del lado a intervenir, anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior correspondiente a dicha operación.

Retención Bilateral.

Llevará una anestesia infraorbitaria en ambos lados, anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino posterior de ambos lados y agujero palatino anterior.

Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando aldescubierto la bóveda ósea. Es decir, preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente. Para conseguir este colgajo, se hace una incisión en la bóveda palatina (festoneada), este colgajo deberá dar una visión del campo operatorio y deberá dar una visión del campo operatorio y deberá estar dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado durante la intervención.

La extracción del colgajo debe estar dada por la posición

del canino retenido, cúspides y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión, Es ta podrá tener dos formas:

La primera que se realiza en pleno tejido del paladar duro y se utiliza para la intervención de los caninos alejados del borde alveolar.

La segunda forma de incisión es la más delicada, se usa un bisturí de hoja corta; el desprendimiento se inicia en la cara distal del segundo premolar y se extiende en sentido anterior hasta llegar a los incisivos centrales o laterales, según el sitio que ocupe el canino retenido. Al llegar al lugar donde falta el diente en la arcada, el bisturí contornea parte de la cara mesial del primer molar. (Fig. 26).

Sutura:

El colgajo se coloca en su sitio, readaptándose perfectamente, de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su ubicación normal.

En los canininos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente.

Terminada la operación se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fi bromucosa. (3) (4).

n) Extracción quirúrgica de caninos retenidos bilaterales, vía palatina.

La incisión más conveniente en el caso de los caninos retenidos bilaterales, es mediante el desprendimiento de la fibromucosa del cuello de los dientes, realizando una in-

cisión en forma festoneada, desde distal del 2o. premolar o del 1er. molar, según la ubicación de los ápices de los caninos. (Fig. 27) (3).

o) Extracción de caninos retenidos en posición vestibular.

La incisión de Parsch se realiza a partir del frenillo labial, hasta el área de los premolares; debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente como para que éste no coincida con la brecha ósea al poner nuevamente el colgajo en su sitio. También son usadas las incisiones Neumann y Semineumann. (Figs. 29, 30 y 31) - (3).

p) Extracción quirúrgica de caninos en maxilares desdentados.

Se utiliza la incisión de Parsch por vía vestibular, sin llegar al borde gingival, con ello se obtiene un colgajo amplio que permite la visualización necesaria. (Fig. 28) (3).

q) Alveoloplastia.

La alveoloplastia o alveolectomía, es la eliminación quirúrgica de una porción de proceso alveolar. Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar deberán tomarse en consideración respecto a necesidades protéticas futuras. El reborde ideal tiene forma de U.

El objetivo de la alveoloplastia es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado. En la alveoloplastia, se realiza una incisión de línea media con liberatrices, a través de las crestas interceptales. El -

mucoperiostio se eleva con una Cureta Molt Núm. 4, o algún elevador de periostio. El colgajo se retrae hasta encontrar hueso, se coloca la pinza gubial universal, a mitad del alveolo vacío y la placa alveolar labial o bucal y se elimina la punta interseptal. Este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas interseptales. Se vuelve el colgajo a su lugar, manteniéndolo fijo con tres o cuatro puntos de sutura. (Fig. 8) (4).

B i b l i o g r a f í a:

Ries Centeno, G.A.
 Cirugía Bucal
 7a. ed.
 Ed. El ateneo

Kruger, Gustav, O.
 Tratado de Cirugía Bucal
 4a. ed.
 Ed. Interamericana.

Mc Carthy, Frank M.
 Emergencias en Odontología.
 3a. ed.
 Ed. El Ateneo.

CAPITULO IV

VIAS DE ACCESO EN INFECCIONES AGUDAS DE LOS MAXILARES

a) Absceso periapical.

Conocido también como absceso alveolar agudo.

Se debe a pulpa devitalizada o degenerada; generalmente empieza en la región periapical.

Cuando el absceso está formado y la infección invade a -- otros tejidos, deberá ser retirada la infección antes de realizar cualquier extracción. Si no se va a extraer el -- diente el absceso debe drenarse. Si el absceso se localiza y se palpa intrabucalmente, la incisión se realiza inferior a la porción más fluctuante del absceso. Si la presencia de órganos anatómicos importantes constituye peligro, se corta con bisturí solamente los tejidos superficiales, después se realiza la disección roma con las pinzas de hemostasia hasta llegar al absceso. Las incisiones pequeñas para el drenaje del absceso no son recomendables porque no permiten que se realice adecuadamente. (4) -- (8), (9).

b) Infecciones pericoronales.

Se presentan en cualquier época de la vida, pero son más comunes en niños y adultos jóvenes. Cuando el absceso es visible y palpable, la incisión y el drenaje seguidos de colutorios salinos calientes sobre la región operada dan alivio rápidamente. En el período de erupción de los dientes permanentes, pueden presentarse estados similares y --

se tratan de la misma forma.

Esta infección es menos frecuente en los adultos, sobre regiones desdentadas.

La infección pericoronaral más frecuente se presenta alrededor del 3er. molar inferior. (4) (9).

c) Absceso periodontal.

Estos abscesos generalmente son la culminación de un largo período de periodontitis crónica. La incisión se realiza desde el fondo de la cavidad hasta la encía, y debe -- atravesar los tejidos blandos hasta la raíz; si ésta se encuentra al descubierto de hueso en más de 1/3 apical, -- está indicada la extracción. (4) (8) (9).

d) Celulitis aguda.

Puede ocurrir un drenado por los linfáticos, o bien, si hay supuración se trata con cirugía. La celulitis aguda de origen dental, suele aparecer en la región de los maxilares; los tejidos los encontramos edematosos y duros.

El paciente puede tener una reacción general grave a la infección; los signos que encontramos generalmente son: -- temperatura elevada, leucocitos aumentados, sedimentación eritrocítica aumentada, pulso aumentado. Frecuentemente -- un antibiótico específico puede producir resolución del -- proceso.

La incisión en una celulitis no localizada puede romper -- las barreras fisiológicas y causar extensión de la infección, la presencia de líquido es difícil de localizar por palpación, en tales casos, la aspiración puede resultar -- un valioso auxiliar de diagnóstico, o para evacuar regio-

nes fluctuantes profundas.

La incisión se realiza en la parte más inferior de la región fluctuante. Se introduce una pinza de hemostasia cerrada en la herida y se abre en distintas direcciones. -- Posteriormente se localiza un dren de caucho en la parte más profunda de la herida, dejando 1.25 cms. fuera de ella. El dren se sutura y se coloca un apósito grande. -- (6) (8).

e) Planos aponeuróticos.

El problema de la evacuación quirúrgica de la pus, es saber la localización y extensión exacta. La región de la boca y maxilares está dividida en compartimientos aponeuróticos.

Schapiro (8), dice que: los espacios aponeuróticos son regiones potenciales entre capas de fascias; estas regiones generalmente están llenas de tejido conectivo laxo que fácilmente se disgrega cuando es invadido por la infección. Según Soldnizki (9), la cabeza y el cuello en relación con las infecciones dentales, tienen infecciones más comunes en los molares inferiores y tienden a difundirse especialmente a uno de los siguientes planos: espacio masticador, espacio submandibular, espacio sublingual y bolsas del temporal. Las infecciones de los dientes superiores son menos frecuentes y tienden a extenderse a las fosas pterigopalatoglosas y subtemporal. (Fig. 32 y 33) (4).

B i b l i o g r a f í a :

Kruger, Gustav O.
Tratado de Cirugía Bucal
Ed. 4a.
Ed. Interamericana.

Chistoper, Davis.
Tratado de Patología Quirúrgica.
10 ed.
Ed. Interamericana.

Shafer, William G.
Tratado de Patología Bucal
3a. Ed.
Ed. Interamericana.

Mc Carthy, Frank M.
Emergencias en Odontología.
3a. ed.
Ed. El Ateneo.

CAPITULO V

VIAS DE ACCESO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MAS COMUNES DE LOS MAXILARES

Los tumores son formaciones de tejido anormal en la cavidad bucal, que pueden presentarse en otras partes del cuerpo. Pueden estar presentes en los labios, carrillos, piso de la boca, paladar, lengua, huesos maxilares y mandíbula. Estas formaciones anormales pueden ser de tejido epitelial, conectivo o nervioso.

Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los benignos crecen lentamente y generalmente están encapsulados y no producen metástasis. Los tumores malignos crecen rápidamente y producen metástasis a través de las corrientes linfática y sanguínea.

El tratamiento de los tumores es quirúrgico y consiste en su extirpación total. La vía de acceso se realiza por medio de una incisión alrededor del tumor (incisión antero-posterior o tipo uso), cuando es lo indicado, ya que existen tratamientos en que es necesario eliminar parte de la mandíbula y entonces las vías de acceso son diferentes como está indicado en los dibujos del carcinoma. (Fig. 33).

Tumores comunes de los maxilares; existen dos clases de tumores de los maxilares, los que no tienen relación con el diente y los que están relacionados con este órgano; pueden adquirir dos formas clínicas, siendo benignos o malignos.

Tumores de los tejidos duros de la cavidad bucal:

Tumores odontógenos; los tumores dentales formados en los

maxilares se dividen en odontomas y ameloblastomas. (4).

a) Odontoma.

Los odontomas calcificados, las perlas simples de esmalte y los cementomas generalmente están formados de una o más clases de elementos dentarios.

Las perlas de esmalte están formadas de esmalte, los odontomas de dentina, los cementomas son de cemento.

Estos tumores dentígeros simples vienen de alguna aberración del germen dentario, en el principio del desarrollo la intervención quirúrgica se realiza a una edad temprana para que no altere a la dentición permanente. En años posteriores pueden aparecer cerca de las raíces de los dientes. Los odontomas compuestos se extirpan, ya que algunos crecen hasta lograr tamaños considerables, pueden interferir en la erupción de los dientes permanentes.

El diagnóstico por medio de radiografías puede ser la única forma de conocer su presencia, también puede haber una ligera alteración de las estructuras vecinas. Estos tumores son enucleados por medio de fresas quirúrgicas o cínceles. En la cavidad se colocan tapones reabsorbibles y se sutura. (Fig. 34) (4) (8).

b) Ameloblastoma.

Es un tumor que proviene de las células embrionarias de los dientes en desarrollo. El crecimiento del tumor puede desplazar las tablas externas, interna y palatina. Los dientes pueden estar móviles y presentar signos de presión. La biopsia debe realizarse antes del tratamiento. La resección radical del tumor y de las estructuras óseas

vecinas es el tratamiento a realizar. (Fig. 35).

Tumores osteógenos.

Los neoplasmas que se originan en los huesos maxilares se pueden clasificar como: Osteomas, míxomas, condromas, sarcomas, tumor de Ewing y el tumor de células gigantes centrales. (4) (8).

c) Osteoma.

Los osteomas son tumores formados por tejido óseo.

Estos tumores pueden presentarse en la cara externa del maxilar superior, en la cara externa o interna del inferior, en el ángulo de la mandíbula, en el seno maxilar, en el suelo de la órbita y en la bóveda palatina (denominados torus palatinos). En general los osteomas son de 2-tipos: centrales (enostosis) o periféricos (exostosis).

Estos tumores crecen lentamente y pueden tener tamaños diferentes, son tumoraciones indoloras y sólo producen molestias en la fonación y masticación.

El pronóstico de los osteomas es benigno.

Su tratamiento debe ser por extirpación quirúrgica. (4) (8) (14).

d) Torus Palatinus.

Malformación que asienta en la bóveda palatina y pueden ser planos, lobulados, fusiformes, únicos o dobles, triples, cuádruples.

La intervención se realiza por medio de una incisión recta en línea media con liberatrices, en toda la extensión del proceso, debe llegar hasta hueso, seccionando fibromucosa y periostio. El colgajo se levanta con legra o espá-

tula de Freer etc., dejando al descubierto la exostosis, - el torus puede eliminarse con fresas, desgastando el torus, o se hacen canales y las paredes se eliminan con martillo y escoplo, una vez extirpado el torus se colocan -- las partes del colgajo a su sitio y se sutura con catgut-3-0 y puntos aislados. (3) (8).

e) Torus Mandibular.

Pueden ser unilaterales o bilaterales; únicos o dobles.

Su ubicación es a la altura de los premolares en lingual- y pueden ser confundidos con dientes incluidos.

La intervención se realiza con una incisión de Parsch o - una incisión circundante, se efectúa la ostectomía y se - sutura igual que en el torus palatino. (Fig. 36) (3) (8).

f) Mixoma y Condroma.

Son tumores de origen embrionario, formados por hueso inmaduro o por células cartilaginosas. Los condromas y mixomas pueden descubrirse clínicamente por el dolor, el aumento de tamaño y la limitación de los movimientos; estos tumores crecen con lentitud. El tratamiento es quirúrgico, mediante la completa enucleación del tumor. (3) (4) - (8).

g) Sarcoma.

Son tumores que se originan en las células óseas embrionarias. Los sarcomas son tumores malignos, estos tumores se apartan del cuadro de la cirugía odontológica y entran en la cirugía general. Generalmente el enfermo sucumbe al --

año o a los dos años de iniciada la enfermedad.

Los sarcomas osteogénicos se desarrollan en todos los huesos.

En lo referente a los maxilares, éstos se desarrollan en mayor porcentaje en el maxilar superior.

El sarcoma pocas veces presenta signos clínicos precoces que permitan su diagnóstico. El lugar donde se presenta el sarcoma aumenta rápidamente de volumen, la extensión y generalización del mismo se realiza por vía sanguínea.

En el examen radiográfico encontramos signos precisos de diagnóstico como son:

La irregularidad de los bordes, la presencia de manchas claras y oscuras de distintas intensidades.

El tratamiento de estos tumores requiere de la resección del hemimaxilar donde se encuentran. Los éxitos de esta operación son relativos.

La irradiación primaria con Rayos X no da resultado.

El pronóstico depende considerablemente del paciente y duración de las lesiones, cuando se comienza el tratamiento.

(3) (4) (8).

h) Tumor de Ewing.

Se cree que se originan del revestimiento endotelial de los vasos sanguíneos. Se considera al trauma como factor común en su etiología. Los síntomas como elevación de la temperatura del cuerpo, dolor, aumento de volumen e interferencia en la función de la mandíbula. Estos tres síntomas últimos son la triada común de los sarcomas del hueso. El tratamiento es principalmente la irradiación, posterior

mente cuando hayan desaparecido los síntomas agudos ocasionados por la irradiación se realiza la operación radical del tumor.

La metástasis se presenta en casi todos los casos de tumor de Ewing, y los sitios principales para las formaciones metastásicas son los pulmones, los ganglios linfáticos, las costillas. (4) (8).

Tumores de Células Gigantes.

Toman dos formas diferentes: Tumores centrales y tumores periféricos.

i) Tumores Centrales de células gigantes.

Es un neoplasma benigno, proviene del hueso de origen cartilaginoso, se cree que el traumatismo interviene en su etiología. Los dientes suelen estar móviles y la biopsia es indispensable para el diagnóstico.

Estos tumores los encontramos tanto en el maxilar superior como en el inferior, en el maxilar inferior los localizamos más frecuentemente en la región mentoniana. (3) (4) (8).

f) Tumores periféricos de células gigantes.

Estos tumores pueden ser sésiles o pedunculados. Los encontramos en ambos maxilares y en la cara bucal o lingual. El traumatismo o la irritación de cuerpos extraños pueden ser el origen de estos procesos.

El tratamiento se realiza por enucleación del tumor, las paredes y el fondo de la cavidad se electrocauterizan totalmente para evitar posibles residivas.

La técnica operatoria sigue los métodos para el tratamiento quirúrgico de los quistes de los maxilares; solamente hay diferencia de formas que residen en el tiempo de la extirpación de la masa tumoral, la cual se realiza con cucharilla para hueso y en el tratamiento de la cavidad - - ósea. (3) (4) (8).

TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL.

k) Papiloma. (Tumores benignos de origen epitelial).

Tumores benignos bien circunscritos, se presentan bajo 2- aspectos: Son sésiles o pediculados. En la boca se le encuentra más comunmente en la lengua, labios, mucosa bucal, encía y paladar.

El papiloma se trata por extirpación quirúrgica y electrocauterización.

Se realiza una incisión curva que circunda al tumor y se extiende lo suficiente para obtener la remoción completa de la base de fijación. La sutura se realiza por coaptación utilizando seda y por medio de puntos aislados, las recurrencias no son frecuentes cuando se realizó una escisión correcta. (3) (4) (8).

l) Fibroma. (Tumor benigno de origen conectivo).

Son tumores raros y benignos, toman 2 aspectos.

Los fibromas centrales y los periféricos (denominados Epulis) que significa tumor de las encías, se desarrollan hacia la cara vestibular aunque en lingual o palatino también pueden aparecer.

El fibroma es un tumor pedunculado o sésil por lo regular

es redondeado y firme. Se pueden clasificar como: fibroli-
pomas, miofibromas, angiofibromas o neurofibromas.

El tratamiento se realiza con una incisión curva (circun-
dante) en el tejido normal alrededor del tumor y enuclea-
ción de la base ósea de implantación, algunas veces es ne-
cesario extraer con el tumor los dientes vecinos. Los bor-
des del colgajo se unen con sutura no reabsorbible con --
puntos aislados. (Fig. 37) (3) (4) (8).

m) Tumor del embarazo.

Estos tumores inician su formación en los tejidos gingiva-
les de los maxilares, durante la gestación por una reac-
ción hormonal desconocida. Se encuentran alrededor del se-
gundo o tercer mes del embarazo y continúan presentes has-
ta el parto cuando empiezan a desaparecer. Estos tumores-
son de color rojo azuloso y se tornan blancos a la compre-
sión, sangran fácilmente, estos tumores alcanzan gran ta-
maño y pueden interferir en la masticación.

El tratamiento consiste en la extirpación del tumor segui-
da de electrocoagulación. (4) (8).

n) Lipoma.

Es un tumor benigno formado por tejido adiposo, crece en-
cualquier sitio de la boca donde se encuentre tejido adi-
poso. Los labios y carrillos son lugares frecuentes de es-
te tumor. El lipoma puede ser único o múltiple y puede te-
ner prolongaciones a los tejidos blandos adyacentes, cre-
ce lentamente. El tratamiento se realiza extirpando qui-
rúrgicamente. El tumor se diseca hasta liberarlo de los -

tejidos blandos adyacentes. (4) (8).

ñ) Mioma.

Son tumores musculares benignos, bien limitados, pueden observarse en la lengua, los labios y el paladar blando. - El paciente percibe el abultamiento doloroso en la lengua, los carrillos y los labios.

El tratamiento es la escisión quirúrgica, el tumor se saca por disección. (4).

o) Tumores mixtos.

Son neoplasias que se forman en los tejidos de las glándulas salivales. Se pueden encontrar en los labios, carrillos, piso de la boca, paladar duro y blando, en las glándulas salivales mayores o menores, casi todos los tumores mixtos se originan en la glándula parótida, son encapsulados y pueden ser lobulados, firmes y ligeramente móviles. La mayoría de los tumores mixtos son benignos, aunque pueden volverse malignos, ya que su recurrencia es frecuente. El diagnóstico se logra con el examen clínico y la biopsia. Cuando el tumor es encapsulado, firme, lobulado y de bordes bien definidos y de crecimiento lento generalmente indica un tumor mixto.

El tratamiento consiste en la completa extirpación quirúrgica, después de la exposición adecuada de la masa tumoral. (4).

p) Tumores mixtos de glándulas salivales.

Se llaman tumores mixtos a los procesos neoplásicos que se originan en las glándulas salivales; crecen en las - -

glándulas mayores como son la parótida, sublingual y submaxilar, se presentan con menor frecuencia en las glándulas salivales que están en la mucosa del paladar duro y blando y en otras regiones de la cavidad bucal como carrillos y vestíbulo.

Estos tumores son asintomáticos y sólo son descubiertos al exámen clínico o cuando dificultan la fonación o deglución por su tamaño.

Tratamiento: después de la anestesia se traza una incisión anteroposterior en todo el ecuador de la tumoración y se busca el plano que permita enuclear el proceso. Se cierra con sutura la línea de incisión. (3) (4) (8).

q) Adenocarcinoma.

Es un tumor maligno que se origina en los tejidos de las glándulas salivales, puede presentarse en las glándulas de los labios, carrillos, paladar y bucofaringe, así como en las glándulas salivales principales. El adenocarcinoma tiene un crecimiento rápido, dolor ocasionado por la compresión de los nervios sensitivos y la inmovilidad del tumor debido a su extensión en los tejidos adyacentes. Este tumor produce metástasis a los ganglios linfáticos de la región, pulmones y esqueleto.

El diagnóstico se realiza por medio de la biopsia.

Su tratamiento consiste en la extirpación radical del tumor y de sus prolongaciones accesibles. La irradiación puede utilizarse para tratar estas lesiones. (4).

r) Carcinoma de la cavidad bucal.

Se inicia en las mucosas de los maxilares, del seno, bóveda palatina, úvula, suelo de la boca, carrillos y encías; cara o labios.

Se ignora su etiología, pero algunos factores como la irradiación o irritación crónica a la luz solar, traumatismos ocasionados por dientes afilados, prótesis mal adaptadas, el tabaco, son considerados como factores predisponentes. Zonas de leucoplaquia suelen preceder al carcinoma, la leucoplaquia es una lesión de las mucosas que se observa como placa indolora y dura de color blanco azulado.

El paciente puede presentar una vesícula en el labio, una úlcera o bien una porción abultada persistente en la boca o también presentar una área ulcerada persistente.

El carcinoma de la boca produce metástasis a los ganglios linfáticos de la región durante su extensión. El diagnóstico se realiza por medio de una biopsia. El 80% de los cánceres de labio se pueden tratar con éxito con una terapéutica inmediata, pero el carcinoma de la boca, lengua, encías, tienen un pronóstico reservado. El carcinoma de la parte posterior de la boca no siempre se diagnostica. Estos carcinomas infiltran rápidamente a las estructuras adyacentes y producen metástasis temprana a los ganglios linfáticos cervicales. Su tratamiento es quirúrgico por medio de la extirpación amplia. (Fig. 33) (3) (4) (8).

B i b l i o g r a f í a :

Ries Centeno, G.A.
 Cirugía Bucal
 7a. ed.
 Ed. El Ateneo

Kruger, Gustav O.
 Tratado de Cirugía Bucal
 4a. ed.
 Ed. Interamericana.

Shafer, William G.
 Tratado de Patología Bucal
 3a. ed.
 Ed. Interamericana.

Revista de la A.D.M.
 Osteoma Compacto
 Vol. XXXVII Núm. 3
 Mayo-Junio 1980
 pp. 182.

Tratamiento Quirúrgico de las Anomalías de Desarrollo de-
 los Maxilares.
 Revista A.D.M.
 Hinds y Kent
 Vol. XXXVII
 pp. 154-190.

Archer Harry W.
 Cirugía Bucal
 Tomo I, 2a. ed.
 Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina.
 pp. 402.

Revista O.M.S.
 Centro Internacional
 Clasificación de los Tumores y Quistes de los Maxilares.
 ed. 1972
 pp. 40-41.

Pinborg, H.J.
Atlas de Enfermedades de las Mandíbulas
Ed. Salvat 1976
Barcelona, España.

CAPITULO VI
TRATAMIENTO DE QUISTES EN LA CAVIDAD BUCAL
Y DE TEJIDOS ADYACENTES

a) Clasificación.

El quiste es una cavidad que se localiza en los tejidos - blandos o duros, con contenido líquido, semilíquido o gaseoso, rodeado de una pared de tejido conectivo o cápsula, y suele tener revestimiento epitelial.

Clasificación basada en Robinson, Thoma y otros:

- Quistes congénitos:

- tirogloso, branquial y dermoide

- Quistes de desarrollo:

De origen no dental:

- Tipos de hendidura: nasoalveolar, en la línea media, del canal incisivo (nasopalatino) y globulomaxilares.

- De retención: mucocele y ránula.

De origen dental:

- Periodontales: periapical, lateral y residual.

- Primordiales (folicular).

- Dentígeros.

(4) (18)

(21) (22)

Quistes Congénitos:

- Quistes del conducto tirogloso.

Se pueden localizar en cualquier sitio del conducto tirogloso.

Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en -

la boca. El conducto tirogloso está en la línea que une la glándula tiroidea y el agujero ciego de la lengua. - El quiste se encuentra en la línea media, en la parte que comprende el istmo de la glándula tiroidea y la base de la lengua, estando en relación íntima con el hueso hioides.

Tratamiento: la escisión completa del trayecto quístico hasta la base de la lengua, frecuentemente incluye una parte del hueso hioides, siendo esto indispensable para su curación.

c) Quiste branquial.

Nacen de la 2a. hendidura branquial. Se encuentran a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, en cualquier parte del cuello.

Su tratamiento consiste en la eliminación completa. (4) (8).

d) Quiste dermoide.

Se pueden encontrar en el paladar blando y duro, en el dorso de la lengua y más frecuentemente en el piso de la boca. Los quistes dermoides se pueden encontrar arriba o abajo del músculo genihioideo; ocurren en la línea media pero pueden desplazarse lateralmente durante el desarrollo.

Los quistes dermoides contienen una secreción amarilla parecida al queso. El color ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la rínula, ya que ésta tiene color azulado.

Su tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica --

del quiste. (4) (8) (22).

Quistes de Desarrollo.

Origen no dental.

e) Quiste nasoalveolar.

Se forma en la unión de los procesos globular, lateral y maxilar superior.

Se forma una tumefacción en la inserción del ala de la nariz y al crecer invade la cavidad nasal.

El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica. - El quiste se elimina intrabucalmente por medio de la incisión cuidadosa de la membrana subyacente, enucleando el quiste. (3) (4) (8) (22).

f) Quiste de la línea media.

Son quistes de hueso que se forman en la hendidura del paladar, debido a restos embrionarios.

Los quistes de la línea media se diferencian de los - - quistes del canal incisivo principalmente por su localización, ya que éstos ocurren más hacia atrás, en el paladar.

El tratamiento es por medio de la eliminación quirúrgica, utilizando la incisión de Parsch; realizando un colgajo mucoperiostico desde la pared labial del maxilar superior. (4) (8).

g) Quiste del canal incisivo. (Nasopalatino)

Se encuentra en el centro del hueso, a veces se forma un quiste de tejido blando en la papila palatina. Para la vía de acceso quirúrgico se hace un colgajo palatino

después de la incisión que se realiza a lo largo de los márgenes gingivales linguales. Elevando el colgajo se pueden conservar los nervios y vasos que están en el agujero y que salen en la papila.

Frecuentemente los nervios y vasos deben ser cortados para lograr mejor acceso al tejido quístico; su remoción es completa. (3) (4) (8) (22).

h) Quistes globulomaxilares.

Se forman en la unión de los procesos globular y maxilar, entre los incisivos laterales y caninos. A veces causan divergencia de las raíces. El diagnóstico depende casi completamente de su localización. Frecuentemente estos dientes responden a pruebas de vitalidad. El tratamiento es quirúrgico; se puede utilizar la incisión de Parsch, levantando un colgajo mucoperióstico de la pared labial para lograr acceso. (Fig. 14-7) (4) (8) (16) (19) (20).

i) Mucocele.

Se forman de la obstrucción de un conducto glandular; puede aparecer en labio, carrillo y piso de la boca. Se pueden localizar también en la porción anterior de la lengua. Son tumefacciones pequeñas, redondas, que tienen generalmente un color azulado. El mucocele es visible y se encuentra debajo de la mucosa. Su tratamiento es mediante la eliminación completa. (4) (8) (19) (20).

- Ránula.

Se forma en el piso de la boca, generalmente de la glándula sublingual. Su formación es similar a la del mucocele, pero tiene un tamaño mayor. Esta lesión no es dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo cual dificulta la masticación y fonación.

El tratamiento es quirúrgico, eliminándola completamente. (4) (8) (19) (20).

QUISTES ODONTOGENOS.

k) Quistes periodontales. (Radiculares).

Formados por restos epiteliales o de la membrana periodontal. Se localizan en el ápice del diente, por lo que reciben el nombre de quistes radicales, pero también se forman a lo largo de la pared lateral y entonces se les nombra quistes laterales.

A los quistes de naturaleza inflamatoria en las regiones desdentadas, se les llama residuales. Estos quistes se deben a la remoción incompleta del tejido patológico cuando se extrae un diente infectado.

El quiste periodontal de pequeño tamaño puede ser eliminado a través de la pared del alveolo, después de retirar el diente afectado; pero es mejor realizar un colgajo para eliminar el quiste desde la cara labial o bucal. En esta forma tendremos mejor visibilidad de la región patológica y así nos permite lograr su eliminación completa.

En regiones quísticas grandes, donde se pueden dañar --

dientes adyacentes, el método de elección es el de - -
Parsch.

El tratamiento quirúrgico para la eliminación del quiste es el método de elección. (Fig. 14-10) (4) - -
(8) (21).

l) Quistes primordiales. (Foliculares)

Se diferencian de los periodontales y dentígeros porque no contienen elementos calcificados. Los quistes primordiales se forman del tejido epitelial bucal primitivo y por lo tanto, están relacionados con el ameloblastoma. Su tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica. -
(Fig. 14-11) (4) (8) (18) (21) (22) --
(23).

m) Quistes dentígeros.

Contienen la corona de un diente que no ha hecho erupción o una anomalía dental, como el odontoma.

Este tipo de quistes pueden localizarse en cualquier --
parte de la mandíbula o de los maxilares superiores, pero se encuentra más frecuentemente en el ángulo de la --
mandíbula, región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y piso de la boca.

Los quistes pueden estar formados por varios gérmenes --
dentales, actuando en conjunto, dando una apariencia folicular múltiple.

Es importante recordar que el quiste primordial o dentígero es un ameloblastoma en potencia.

El tratamiento es por medio de la Técnica de Parsch. --
(3) (4) (8) (19) (21).

B i b l i o g r a f í a:

Ries Centeno, G.A.

Cirugía Bucal

7a. ed.

Ed. El ateneo.

Kruger, Gustav O.

Tratado de Cirugía Bucal

4a. ed.

Ed. Interamericana.

Shafer, William G.

Tratado de Patología Bucal

3a. ed.

Ed. Interamericana.

Archer, W. Harry

Cirugía Bucal

Tomos I y II

Ed. Mundi, 1952.

Revista A.D.M.

Quiste Primordial

Vol. XXXVII Núm. 1

Enero-Febrero 1980

pp. 28-30.

Revista A.D.M.

Tratamiento Quirúrgico de las anomalías de desarrollo de los maxilares.

Hinds y Kent

Vol. XXXVII

pp. 154-190.

Archer, Harry W.

Cirugía Bucal

Tomo I, 2a. ed.

Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina.

pp. 402.

Revista O.M.S.
Centro Internacional
Clasificación de los tumores odontogénicos y quistes de -
los maxilares.
ed. 1972.
pp. 40-41.

Pinborg, H.J.
Atlas de enfermedades de las mandíbulas.
Ed. Salvat 1976
Barcelona, España
Revista de la A.D.M.

Revista de la A.D.M.
Reporte de un caso
Tumor odontogénico adenomatoide
Granados Fraire, N. y Abraham
Vol. XXXV Núm. 2
Marzo-Abril 1978.

CAPITULO VII
MATERIALES Y TECNICAS DE SUTURA

a) Materiales de sutura:

En la cirugía bucal se prefieren los materiales de sutura -- inabsorbibles para piel, mucosa y capas profundas. Sin embargo, se utilizan los materiales absorbibles para las capas no superficiales.

De los materiales absorbibles, el catgut es el más usado; se fabrica simple y crómico, en diversos calibres. (12).

De los materiales inabsorbibles, la seda negra se emplea -- más frecuentemente, ya que tiene fuerza de tensión adecuada, produce reacción tisular mínima, se ve con facilidad y se re tira rápidamente. El calibre 4-0 tiene muchas de las ventajas de la seda.

El catgut es un material reabsorbible que se obtiene del intestino de las ovejas. Químicamente está formado por sustancias proteicas, fácilmente digeribles por los elementos proteolíticos de los tejidos, se emplea para ligadura de vasos seccionados o como simple elemento de sutura.

b) Técnicas de sutura.

Existen dos técnicas de sutura para cerrar, externas y continuas; y la sutura intradérmica para cierre de incisión en -- piel.

La sutura con nylon es la que menos isquemia produce.

Los materiales no absorbibles como la seda, el nylon, el -- alambre, etc.; son los más utilizados en la cirugía de cara.

c) Tipos de técnicas de sutura.

- Sutura de manta o de nudo continuo.
 - Sutura continua.
 - Puntos de colchonero interrumpidos.
 - Método de colocar el primero y el segundo medios nudos en el nudo cuadrado o auténtico.
 - Nudo cuadrado reforzado por un tercer medio nudo.
 - Sutura de colchonero interrumpida, tipo Halsted.
- (Figs. 43 y 44) (12)

MATERIALES DE SUTURA

Absorbibles:

Nombre del material	Forma	Resistencia	Reacción tisular	Absorción	Características	Memoria	Costo
CATGUT simple y crómico	Monofilamentosa	Moderada	Inmunológica	5-6 semanas el simple. 3-6 semanas el crómico	Hidrófilo (absorbe agua)	Mínima y moderada	Alto
ACIDO POLI GLICOLICO	Monofilamentoso	Mayor al Catgut		3-6 semanas	En presencia de infecciones.	Nula	Más alto al catgut

No Absorbibles:

SEDA	Multi filamentosa	Menor al Catgut	Similar al catgut en boca	2-5 años	Produce infecciones granulosas	Nula	Bajo
ALGODON	Multi filamentosa	Menor a la seda	Deshilachamiento	Nula	Infección por deshilachamiento	Nula	Más bajo
MATERIALES SINTETICOS	Mono y Multi filamentoso	Superior al ac. poliglicólico.	Mínima	Nula	Muy deslizable, difícil manejo.	Alta	Muy alto
METAL	Monofilamentoso	Muy resistente.	Nula o Mínima	Nula	Lesiona a los tejidos vecinos.	Muy Alta	Bajo

Bibliografía:

Tesis: Balanzario G., Fausto, Bernabé, Cuevas García Noemí.

Materiales de Sutura en la Cavidad Oral.

U. N. A. M.

E. N. E. P. "ZARAGOZA".

CAPITULO VIII
CICATRIZACION

a) Componentes de la cicatrización.

La cicatrización va a tener dos tipos de tejido conectivo:

- Diferenciado: constituido por hueso, cartílago y tendones.

- Indiferenciado:

a) Células histiocíticas (origen madre), macrófagos, células cebadas (liberan histamina y serotonina que provocan vasodilatación), linfocitos y fibroblastos.

b) Fibras colágenas, reticulares o procolágenas y elásticas.

c) Las células y fibras contenidas en la sustancia fundamental, la cual contiene proteínas y ácidos mucopolisacáridos, principalmente constituidos por ácido hialurónico y condroitin sulfúrico, y por proteínas protocolágenas y tropocolágenas, las cuales posteriormente se transforman en colágena.

b) Fases de la cicatrización.

Primera: al existir lesión hay tejido de inflamación y por lo tanto una vasodilatación a la cual llegan los polimorfonucleares y empiezan a fagocitar.

Segunda: Empieza la reparación del tejido por medio de los histiocitos.

La primera fase es llamada de Sustrato o Productiva y va de horas hasta 5 días.

La segunda fase es llamada de la Colágena y se realiza de 5 a 10 ó 15 días.

c) Tiempos de la cicatrización.

DIAS	ACTIVIDAD CELULAR	VASOS	SUBSTANCIA FUNDAMENTAL
2	Fagocitosis, histiocitos fibroblastos	Vasodilatación	Edema (banda matorómica perivasular).
4	Fibroblastos (mucopolisacáridos)	Neoformación	Edema. Fase de Sustrato o Productiva, de horas a 5 días
6	Fibroblastos disminuidos en tamaño y número	Máxima irrigación	Disminuye el edema, baja de mucopolisacáridos. Fase de la Colágena.
8	Fibrinogénesis	Disminuye el número de vasos.	Haces de colágena
10	Disminuye el número de fibrocitos.	Vasos escasos.	Colágena.

(1) (10)

B i b l i o g r a f í a :

Ham, Arthur W.
 Histología
 7a. ed.
 Ed. Interamericana.

Provenza, D. Vincent.
 Histología y Embriología Odontológicas.
 1a. ed.
 Ed. Interamericana.

CAPITULO IX
GENERALIDADES

a) Inflamación.

La inflamación es la suma total de los cambios en los tejidos del organismo animal, en respuesta al agente perjudicial, incluyendo la reacción local y reparación del mismo. Si la reacción inflamatoria es adecuada, reduce al mínimo el efecto del agente perjudicial, lo destruye y restaura lo más posible la estructura u función normal; si no es adecuada, hay destrucción extensa de tejido, invasión del cuerpo y muerte somática.

Se puede decir también que la inflamación es la reacción del cuerpo a los irritantes y que el más común es el bacteriano.

b) Signos y síntomas de la inflamación.

- Enrojecimiento.
- Calor.
- Dolor.
- Aumento de volumen.
- Tumefacción.

c) Tipos de inflamación.

Se desarrolla en base a: el tejido, tipo de bacteria y resistencia del huesped.

d) Inflamaciones más comunes.

- Piogena.
- Serosa.
- Catarral.

- Fibrinosa.
- Hemorrágica.
- Necrótica.

En cirugía bucal la más común es la piógena. (6).

Edema.

En la cirugía bucal, durante la etapa postoperatoria puede presentarse edema, debido a varias causas, las más comunes son: traumatismo físico, infección, aumento de la presión venosa, disminución del flujo linfático, disminución del flujo arterial, etc.

Para evitar esta complicación o reducirla, se pueden tomar las siguientes medidas:

- Mantener la mesa de operaciones en posición tal que el campo operatorio esté elevado sobre el nivel del corazón.
- Mantener una buena hemostasia con el manejo cuidadoso de los tejidos.
- Administrar corticosteroides en el período pre-operatorio.
- Enfriar el área quirúrgica.
- Comprimir el área quirúrgica.

Las dos últimas se realizan durante el período postoperatorio inmediato.

Infección.

A pesar del problema que ha constituido la infección de heridas desde los albores de la cirugía, aún no existe un acuerdo unánime respecto a los factores que son causa o prevención de ellos.

Algunos autores consideran como infección la presencia de secreción purulenta; otros, como abscesos o eritemas de los bordes de una herida.

Las infecciones son clasificadas según el microorganismo-causal, tipo de operación, tejido u órgano afectado y extensión de la infección. (3) (6).

Farmacología.

Cualquier tipo de cirugía implicará un traumatismo a los tejidos, por ello, e independientemente de la asepsia - - obligatoria que deberá efectuarse, es conveniente suministrar algún fármaco que contrarreste las molestias normales, tales como:

Inflamación, edema, temperatura y posiblemente alguna infección debida a la falta de higiene por parte del paciente.

En dichos casos nos permitimos sugerir: (7)

- Dicloxacina cáps. 500 mg.

Ingerir 1 cápsula cada 8 horas. (1.5 g.)

- Eritromicina cáps. 250 mg.

Ingerir 2 cápsulas cada 8 horas, durante 4 días (1.5 g.)

- Penicilina G. Procaínica 800 000 u.

Aplicar 1 cada 24 horas (6 a 10 días, dependiendo del caso).

- Lincomicina cáps. 500 mg.

Ingerir 1 cápsula cada 8 horas (1.5 g.)

- Cultivo y antibiograma (5)

B i b l i o g r a f í a :

Rosenstein, Emilio Dr.
Diccionario de Especialidades Farmacéuticas
27 ed.
P. L. M.

Chistoper, Davis.
Tratado de Patología Quirúrgica
10 ed.
Ed. Interamericana.

Hoodman, Louis S.
Bases Farmacológicas de la Terapéutica.
5a. ed.
Ed. Interamericana.

FIGURA J

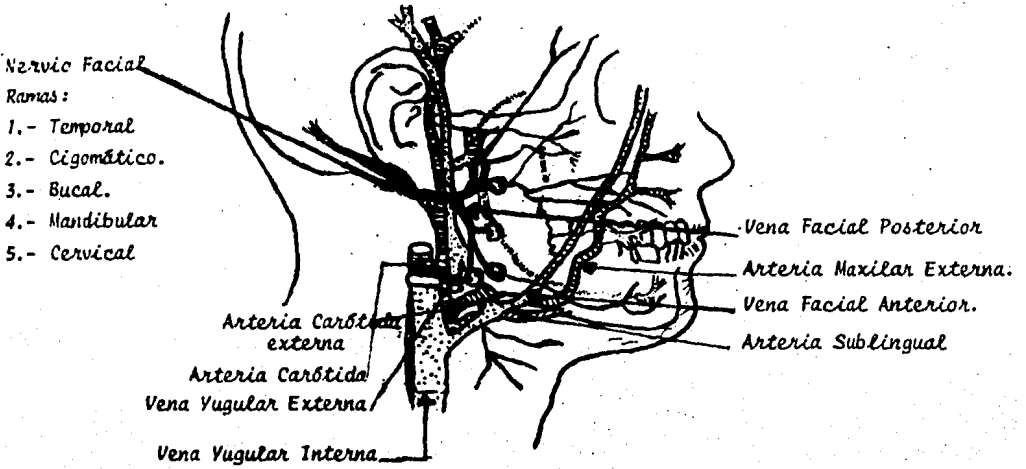
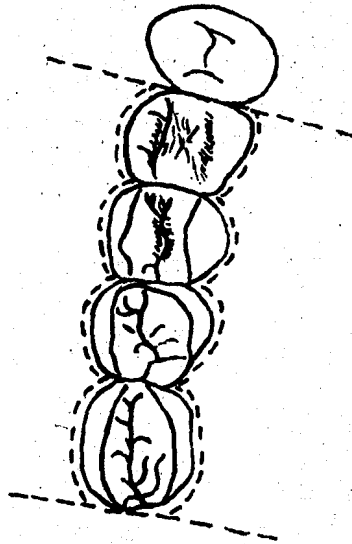


FIGURA 2



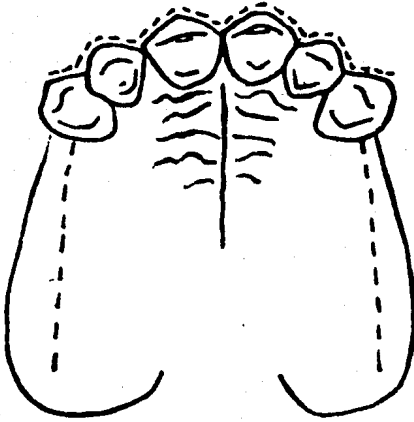


FIGURA 3

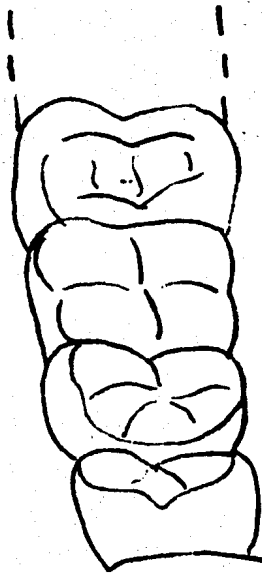


FIGURA 4

FIGURA 5

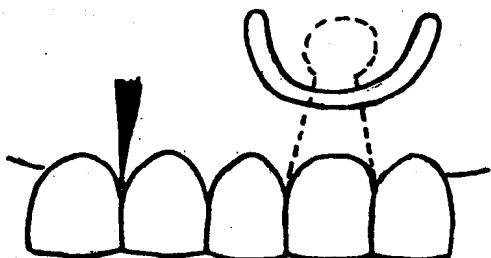


FIGURA 6

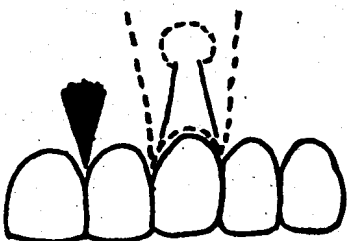
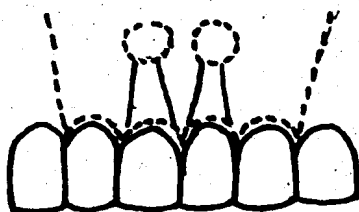


FIGURA 7



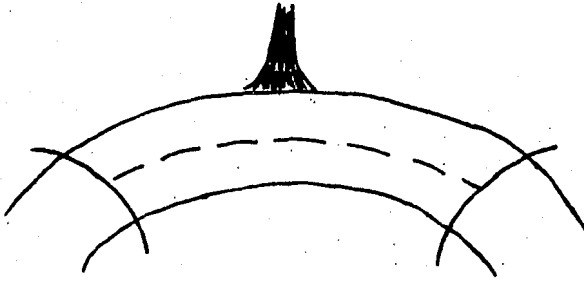


FIGURA 8

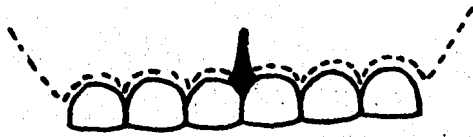


FIGURA 9

FIGURA 10

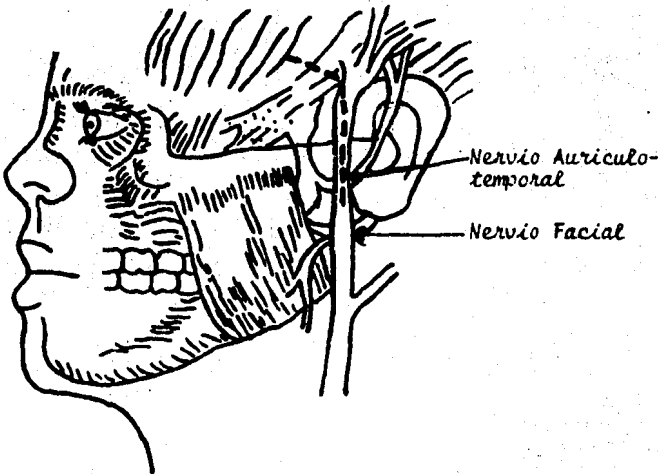
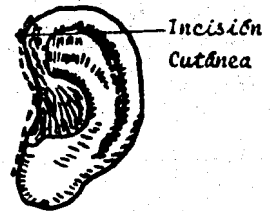


FIGURA 11



B: Vía de acceso empleada para la Articulación Temporomandibular.

: Incisión básica empleada en la operación de la Articulación Temporomandibular.

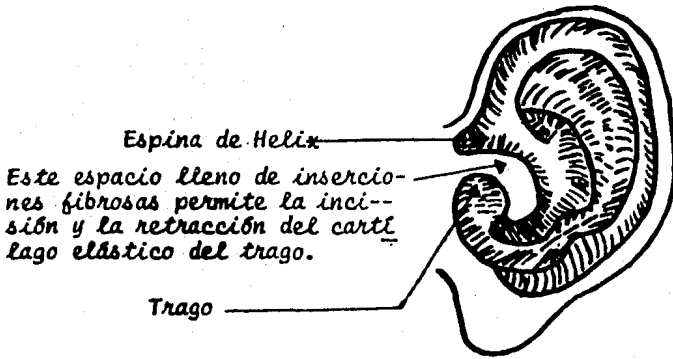
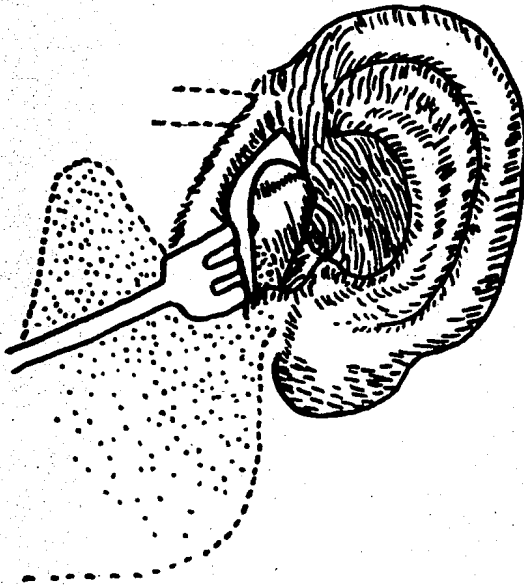


FIGURA 12

El espacio entre el hélix y el trago permite separar a este hacia adelante y abajo para llegar a la articulación temporomandibular.

FIGURA 13



La incisión endaural permite cortar el trago a nivel de la inserción fibrosa en su borde anterosuperior y separarlo hacia adelante y abajo, descubriendo así la cápsula ligamentosa de la A.T.M.

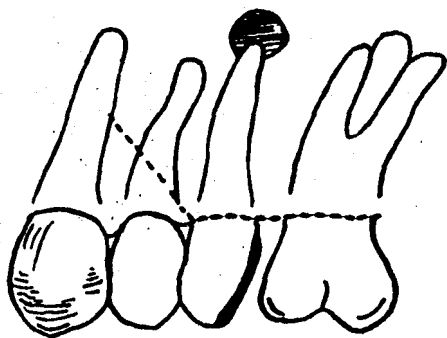
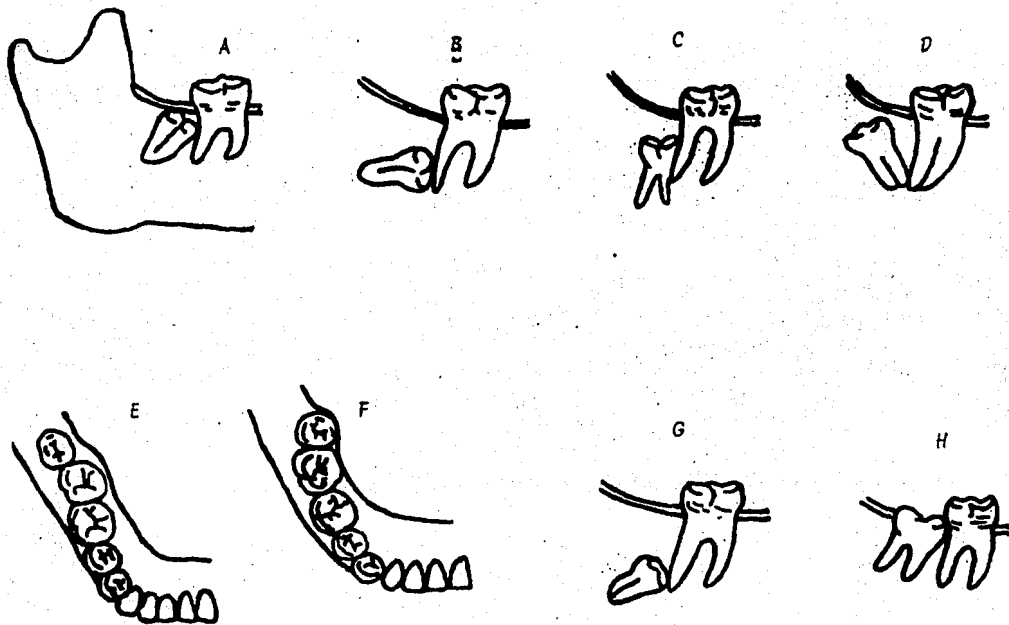


FIGURA 14

Incisión Semineumann.

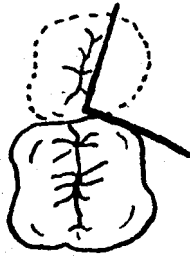
FIGURA 15



Clasificación de dientes impactados en maxilar inferior.

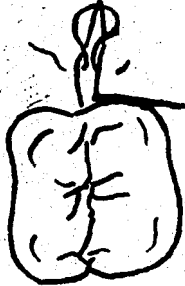
A. mesioangular; B. horizontal; C. vertical; D. distoangular;
E. buccoversión; F. linguoversión; G. nivel bajo; H. nivel alto.

FIGURA 16



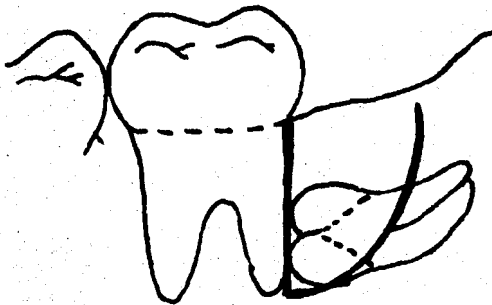
*Impacción mesioangular en
maxilar inferior.*

FIGURA 17



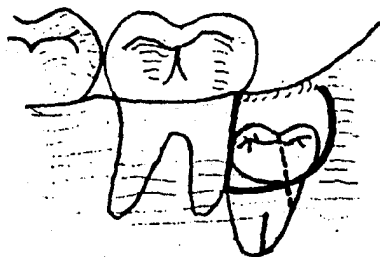
*Colocación del punto de
sutura.*

FIGURA 18



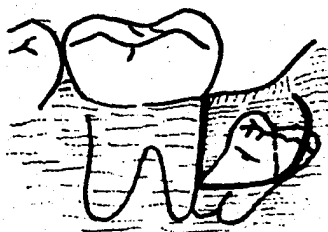
*Impacción horizontal en
maxilar inferior.*

FIGURA 19



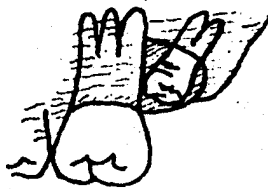
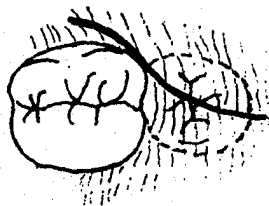
Impacción vertical en maxilar inferior.

FIGURA 20



Impacción distoangular en maxilar inferior.

FIGURA 21



Impacción mesioangular en maxilar superior.

FIGURA 22

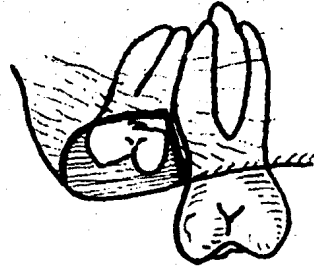
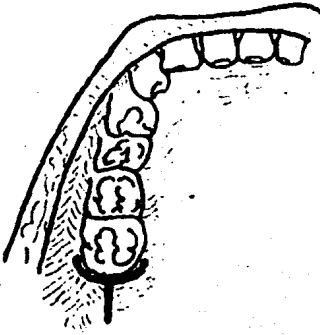


FIGURA 23

Impacción distoangular en maxilar superior.

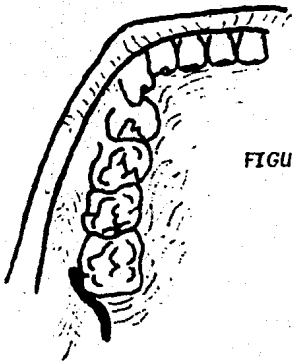


FIGURA 24

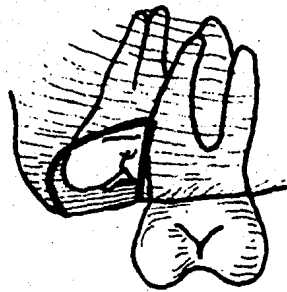


FIGURA 25

Impacción vertical en maxilar superior.

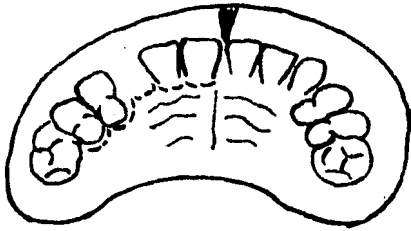


FIGURA 26

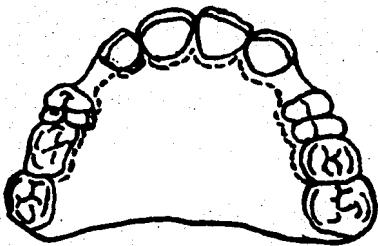


FIGURA 27

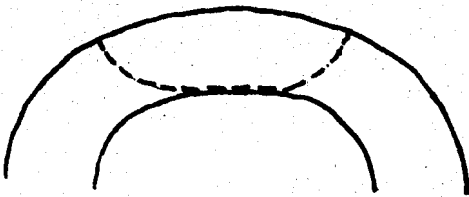


FIGURA 28



FIGURA 29

FIGURA 30

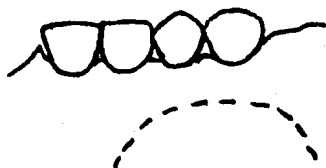


FIGURA 31

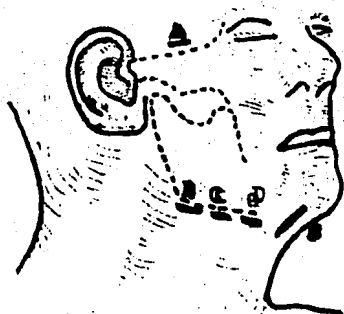
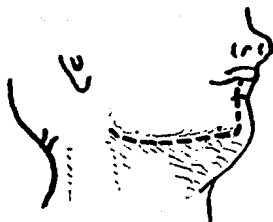


FIGURA 32

Espacios aponeuróticos, incisiones para su drenaje:

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| A. bolsa temporal | B. espacio del masticador |
| C. espacio submaxilar. | D. espacio sublingual |
| E. espacio submentoniano. | |

FIGURA 33

A

A - Línea de incisión para la hemisección de la mandíbula.

B

B - Línea de incisión para los colgajos de piel en una disección radical de los ganglios linfáticos del cuello. La incisión superior expone todo el borde inferior de la mandíbula y las estructuras vecinas.

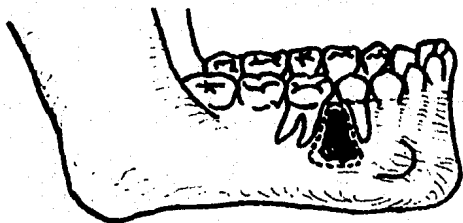


FIGURA 34

Extirpación de un odontoma compuesto. La tabla externa se perfora para lograr un acceso al tumor. Incisión local de un tumor benigno.

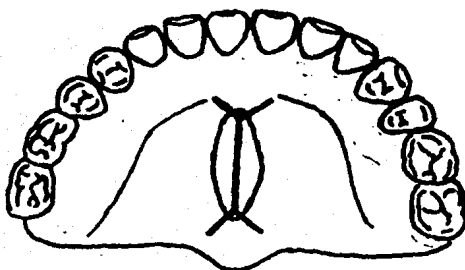


FIGURA 35



La extensión del tumor a través de las tablas compactas es indicación para la resección parcial.

FIGURA 36



Incisión para la operación del torus palatinus.



FIGURA 37

Incisión por vestibular, para el tratamiento quirúrgico de un épulis.

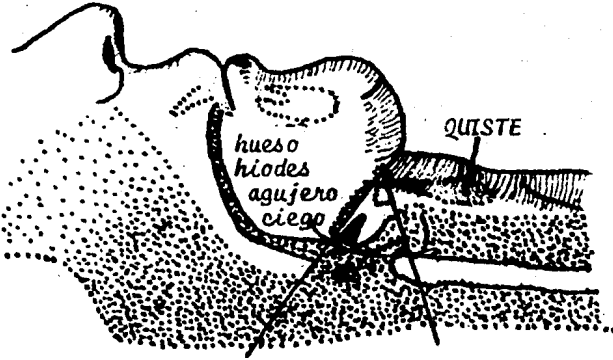


FIGURA 38

Quiste tirogloso.

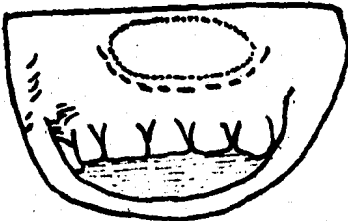
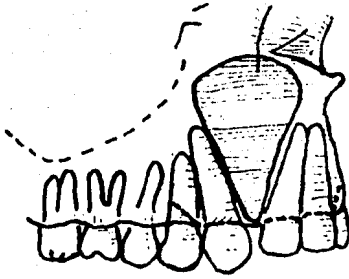


FIGURA 39

Quiste nasoalveolar.

FIGURA 40

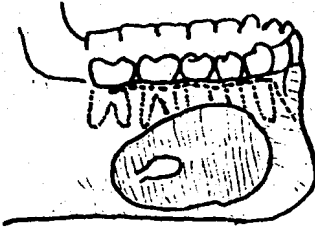


Quiste Globumaxilar.

Radiográficamente se observa el aspecto típico periforme.

Se requerirá drenaje si existe infección secundaria.

FIGURA 41

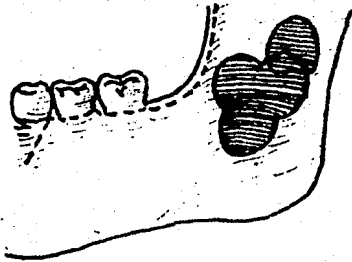


Quiste periodontal.

Incisión para levantar el colgajo mucoperiostico.

La pared cortical bucal sufre adelgazamiento por la expansión del quiste.

FIGURA 42



Quiste primordial multicelular.

Incisión para la extirpación intrabucal del quiste.

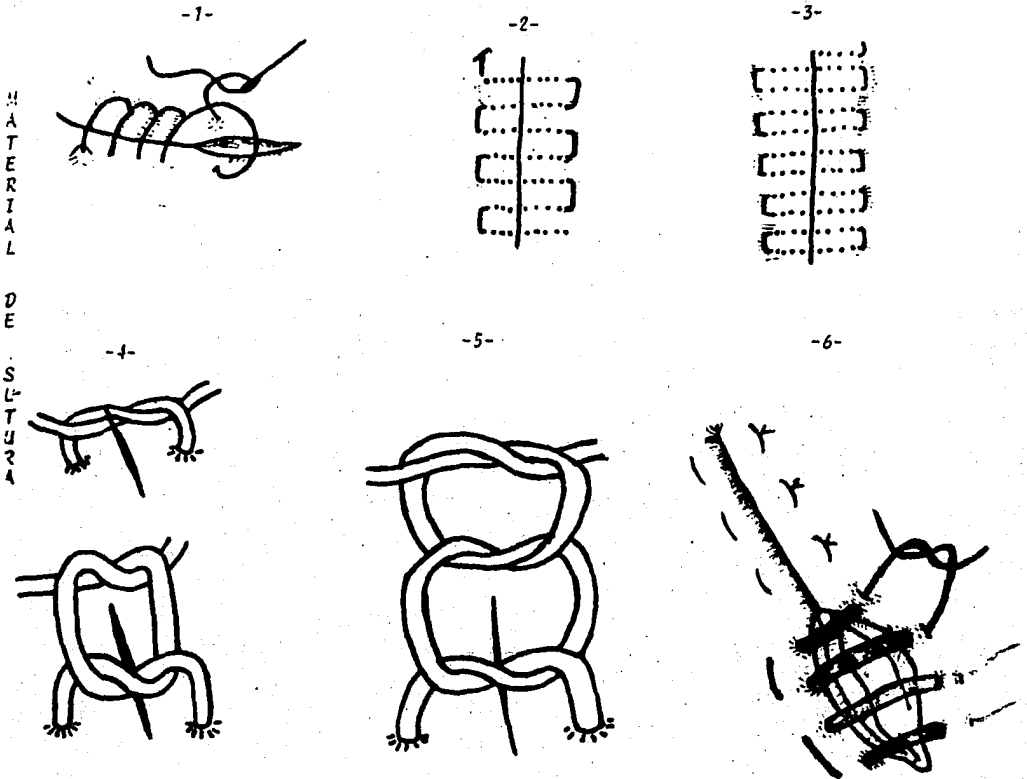
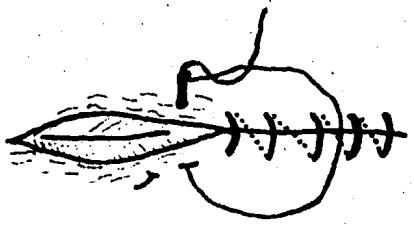


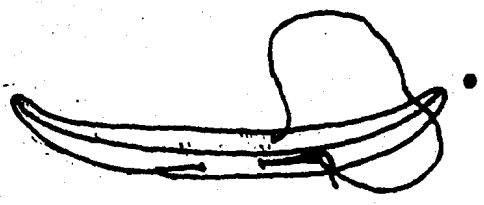
FIGURA 43.

- 1.- Sutura de manta o nudo continuo.
- 2.- Sutura continua.
- 3.- Puntos de colchonero interrumpidos.
- 4.- Método de colocar el primero y segundo medios nudos en el nudo cuadrado o -- auténtico.
- 5.- Nudo cuadrado reforzado por un tercer medio nudo.
- 6.- Sutura de colchonero interrumpida, Tipo Halsted.

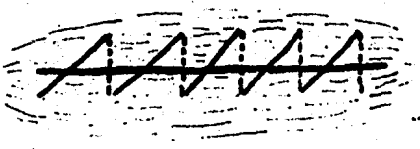
-1-



-2-



-1-



-2-

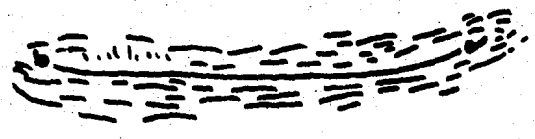


FIGURA 44.

Técnicas de Sutura:

- 1.- Dos métodos de suturas para cerrar, externas y continuas.
- 2.- Sutura intradérmica para cierre de incisión en piel. Se usa un balón perforado para anclar la sutura.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

La finalidad de esta tesis es dar una descripción precisa de los procedimientos actuales en algunas vías de acceso en cirugía bucal y maxilofacial.

Este trabajo se elaboró para las necesidades del estudiante de licenciatura, pero los odontólogos generales y cirujanos bucales también pueden encontrar utilidad en él. Se ha hecho hincapié en los fundamentos básicos y técnicas en las vías de acceso, incluso si el Cirujano Dentista no va a realizar todos los procedimientos quirúrgicos descritos, deberá tener una idea clara de qué se hace y cómo se hace. El conocimiento fidedigno del estado de salud que guarda cada paciente será determinante en los resultados que se obtengan; con ello y habiendo estudiado detenidamente el caso, estamos seguros que aplicando la ética profesional que debe caracterizar al Estomatólogo, los resultados serán óptimos.

CONCLUSIONES.

- El conocimiento histológico es fundamental para conocer -- con qué tipo de tejidos trabajaremos y las reacciones de los mismos.
- La anatomía bucal y maxilofacial deberá conocerse muy bien, y en cada caso que requiera intervención, es recomendable repasar los conocimientos adquiridos y profundizar un poco, ya que con ello adquiriremos seguridad, la cual es muy importante y repercutirá en el trabajo a realizar.

- La asepsia aplicada correcta y debidamente, nos evitará -- riesgos innecesarios.
- Un buen estudio radiográfico es indispensable para un buen diagnóstico.
- Los exámenes de laboratorio, en los casos que así lo re- -- quieran, no deberán olvidarse, recordemos que gracias a -- ellos podemos llegar a evitar un deceso, ya que desgracia- -- damente a nivel de quistes y tumores malignos, como los -- carcinomas, este tipo de pruebas son básicas.
- Se han mencionado varias técnicas de sutura e ilustrado -- gráficamente, con lo cual queda a criterio del cirujano la utilización de cualquiera de ellas, así como el tipo de ma- -- terial que se utilice.
- La cicatrización dependerá en gran parte de la forma como- -- sea efectuada la intervención.
- La farmacología será necesaria, por ello nos hemos permiti- -- do sugerir algunos fármacos de elección, pero este campo -- es muy vasto y regularmente cada cirujano receta los fárma- -- cos que considera más indicados.
- Todo deberá ir en base al tipo de cirugía realizada, a la- -- edad del paciente, a su estado somático y en muchos casos -- al sexo.
- El éxito o fracaso de cada cirugía siempre irá íntimamente -- relacionado con los conocimientos y la aplicación de técni- -- cas que se efectúen en cada caso.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

En nuestra Tesis presentamos algunos problemas quirúrgicos como pueden ocurrir en la práctica diaria y las soluciones que consideramos indicadas.

La elaboración de este trabajo corre paralela al concepto que tenemos de cómo debe realizarse la cirugía bucal, sea practicada por un alumno o un estomatólogo; pretendemos que nuestra Tesis esté relativamente al día en conceptos quirúrgicos, en las diferentes vías de acceso bucal y maxilofacial, así como de problemas de patologías orales.

Las indicaciones y descripciones de métodos y técnicas se concretan en una modalidad práctica para poder elevar nuestro nivel profesional.

Cualquier curso o asesoramiento que se pueda efectuar sobre cirugía, será de gran utilidad, ya que con ello obtendremos mayor capacidad y conocimiento.

Esperamos que este libro tenga un fin práctico y positivo para todas aquellas personas que recurran a él.

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

- 1.- Ham, Arthur W.
Histología
7a. ed.
Ed. Interamericana.
- 2.- Gardner, E.
Anatomía
2a. ed.
Ed. Salvat.
- 3.- Ries Centeno, G.A.
Cirugía Bucal
7a. ed.
Ed. El Ateneo.
- 4.- Kruger, Gustav O.
Tratado de Cirugía Bucal
4a. ed.
Ed. Interamericana.
- 5.- Rosenstein, Emilio Dr.
Diccionario de Especialidades Farmacéuticas
27 ed.
P.L.M.
- 6.- Chistoper, Davis.
Tratado de Patología Quirúrgica
10 ed.
Ed. Interamericana.

- 7.- Hoodman Louis S.
Bases Farmacológicas de la Terapéutica
5a. ed.
Ed. Interamericana.
- 8.- Shafer, William G.
Tratado de Patología Bucal.
3a. ed.
Ed. Interamericana.
- 9.- Mc Carthy, Frank M.
Emergencias en Odontología
3a. ed.
Ed. El Ateneo.
- 10.- Provenza, D. Vincent.
Histología y Embriología Odontológicas
1a. ed.
Ed. Interamericana.
- 11.- Lagman, Jan.
Embriología Médica
3a. ed.
Ed. Interamericana.
- 12.- Tesis: Balanzario, G., Fausto, Bernabe, Cuevas García,-
Noemí.
Materiales de Sutura en la Cavidad Oral.
U.N.A.M. E.N.E.P. "ZARAGOZA"

- 13.- Revista de la A.D.M.
Reporte de un caso de Osteotomía Horizontal
Vol. XXXVI Núm. 6
Nov-Dic. 1979
pp. 622.
- 14.- Revista de la A.D.M.
Osteoma Compacto
Vol. XXXVII Núm. 3
Mayo-Junio 1980
pp. 182.
- 15.- Revista de la A.D.M.
Tumor Adenomatoides Odontogénico (adenoameloblastoma)
Vol. XXXVII Núm. 5
Sept-Oct. 1980
pp. 274
Granuloma de Células Gigantes
pp. 297
Granuloma Periférico de Células Gigantes
pp. 300.
- 16.- Archer, W. Harry
Cirugía Bucal
Tomos I y II
Ed. Mundi 1952.
- 17.- Lokart, R.D., Hamilton
Anatomía Humana
4a. reimposición
1977.

- 18.- Revista A.D.M.
Quiste Primordial
Vol. XXXVII Núm. 1
Enero-Febrero 1980
pp. 29-30.
- 19.- Revista A.D.M.
*Tratamiento Quirúrgico de las anomalías de desarrollo -
de los maxilares.*
Hinds y Kent
Vol. XXXVII pp. 154-190.
- 20.- Archer, Harry W.
Cirugía Bucal
Tomo I 2a. ed.
Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina.
402 pp.
- 21.- Revista O.M.S.
Centro Internacional
Clasificación de los Tumores y Quistes de los Maxilares
ed. 1972
pp. 40-41
- 22.- Pinborg, H.J.
Atlas de Enfermedades de las Mandíbulas
Ed. Salvat
Barcelona, España. 1976.

- 23.- Revista de la A.D.M.
Tumor Odontogénico Adenomatoides
Granados Fraire, N. y Abraham.
Reporte de un caso
Vol. XXXV Núm. 2
Marzo-Abril 1978.

MECANOGRAFIA E IMPRESION:

J. FELIPE MONTIEL M.

Portal de Santo Domingo No. 10

Interior, Desp. 4.

510 - 86 - 28

MEXICO 1, D.F.