



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"**

ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
VICTORIA V. CORREA PLATAS
GUADALUPE TELLEZ SANZ
SELENE WHITE FIALLO

DIRECTOR DE TESIS

C. D. EDGARDO JORGE ROJAS GONZALEZ

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PROTOCOLO	
FUNDAMENTACION DEL TEMA	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
HIPOTESIS	3
MATERIAL Y METODOS	3
INTRODUCCION	5

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA	7
INTERROGATORIO	7
EXAMEN FISICO	8
EXAMEN RADIOGRAFICO	8
EXAMENES DE LABORATORIO	8
BIOMETRIA HEMATICA	8
FORMULA ROJA	9
HEMOGLOBINA	9
HEMATOCRITO	9
ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS ERITROCITOS	10
FORMULA BLANCA	11
ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS LUCOCITOS	13
PLAQUETAS	14
PRUEBAS HEMORRAGICAS	14
QUIMICA SANGUINEA	15
GLUCOSA EN SANGRE	16
EXAMEN POSPRANDIAL DE GLUCOSA A LAS DOS HORAS	17
HALLAZGO RADIOGRAFICO	18
HALLAZGO RADIOGRAFICO DE TORUS	18

CAPITULO II

CONSIDERACIONES ANATOMICAS	23
HUESOS DEL CRANEO	23

HUESOS DE LA CARA	26
MAXILA	26
HUESO MALAR	26
HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ	28
HUESOS PALATINOS	28
CORNETE INFERIOR	32
VOMER	32
MANDIBULA	32
ARTICULACIONES DE LOS HUESOS DE LA CARA ENTRE SI Y DEL CRANEO	36
ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	36
MUSCULOS	37
MUSCULOS DE LA MASTICACION	37
INERVACION	41
NERVIO TRIGEMINO	41
RAMAS OFTALMICAS Y MAXILAR SUPERIOR	41
RAMA MAXILAR INFERIOR	41
IRRIGACION	44
ARTERIA MAXILAR INTERNA Y PLEXO VENOSO PTERIGOIDEO	44

CAPITULO III

ELIMINACION DE HIPERTROFIA OCLUSAL DE LAS TUBEROSIDADES	49
INDICACIONES	49
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	49
TECNICA DE ANESTESIA	49
INCISION	50
COMPLICACIONES	50
ELIMINACION DE HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES	50
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	50
TECNICA DE ANESTESIA	50
COMPLICACIONES	51
ELIMINACION DE PROTUBERANCIAS EN DISTINTO SENTIDO	51
TECNICA DE ANESTESIA	51
INCISION	52
COMPLICACIONES	53

CAPITULO IV

ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA CON EXODONCIA	59
INDICACIONES	60
CONTRAINDICACIONES	61
CONTRAINDICACIONES LOCALES	61
CONTRAINDICACIONES GENERALES	62
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	64
TECNICA DE ANESTESIA	64
INDICACIONES	64
TECNICA DE ANESTESIA PARA LA MANDIBULA	64
INDICACIONES	66
TECNICA DE ANESTESIA DEL NERVI0 MENTONIANO	66
INCISION	66
OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA	67
EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA	69
TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA	70
TECNICA DE SUTURA	71
COMPLICACIONES	72

CAPITULO V

ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR	83
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	83
INDICACIONES	84
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	84
TECNICA DE ANESTESIA	84
INCISION	84
OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA	85
SUTURA	85
COMPLICACIONES	86
ELIMINACION DE TORUS PALATINO	87
CARACTERISTICAS CLINICAS	87
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	87
TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	88
INDICACIONES	89
CONTRAINDICACIONES	89

TECNICA DE ANESTESIA	89
INCISION	90
OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA	91
SUTURA	91
COMPLICACIONES	91
ALVEOLOPLASTIA DE OBWEGESER	95
TUBEROPLASTIA	95
COMPLICACIONES	96
ALVEOLOPLASTIA	96
ALVEOLOPLASTIA SIMPLE	97
ALVEOLOPLASTIA RADICAL	98
ALVEOLOPLASTIA INTRARRADICULAR	99
RESULTADOS	103
CONCLUSIONES	104
PROPOSITOS SUPERADORES	105
ANEXO COMPLEMENTARIO	106
ACCESO MEDIAL PARA OBTENER HUESO ILIACO	107
CAMBIOS TEMPRANOS DE LA PULPA DESPUES DE OSTEOTOMIA	107
DIFUSION DE UNA HEMATOMA AGUDO COMO UNA COMPLICACION	107
SUBSIGUIENTE A LA CIRUGIA MAXILOFACIAL	108
CORRECCION QUIRURGICA DE LA ATROFIA ALVEOLAR	109
CORRECCION QUIRURGICA DE LA CRESTA ALVEOLAR PARA DAR REALCE A LA ESTETICA DE LA DENTADURA PARCIAL	109
PERMANENTE	109
INVESTIGACION CONTINUA CON CORRECCION QUIRURGICA POR OSTEOTOMIA VISCERAL; DE LA CRESTA ALVEOLAR ATROFIADA	114
BIBLIOGRAFIA	122
FICHAS BIBLIOGRAFICAS	127

FUNDAMENTACION

Es importante que durante nuestra formación profesional, dominemos y conozcamos las nuevas técnicas quirúrgicas preprotésicas que nos ayudarán a devolverle la fisiología, estética y fonética a los pacientes que por alguna razón sufrieron la pérdida de varias piezas dentales.

Es por esto que nosotros hemos querido adentrarnos en este tema, porque consideramos que la Alveolectomía y la Alveoloplastia como un conjunto de técnicas quirúrgicas preprotésicas, han abierto nuevos horizontes a la Cirugía Bucal.

Va que existen criterios diferentes para realizar este tipo de técnicas quirúrgicas preprotésicas, por lo que variará la técnica a efectuar en cada uno de los Cirujanos Dentistas. Es decir, que hay Cirujanos Dentistas que elegirán realizar la Alveolectomía y la Alveoloplastia en la misma sesión, algunos autores recomiendan realizarla quince días después de haber hecho la extracción.

Y consideramos que uno de los aparatos más indispensable del individuo es la cavidad oral y por lo cual el hombre necesita que esté en óptimas condiciones. Va que por medio del aparato estomatognático se realizan muchas funciones que ayudan al individuo a subsistir, tales como: respiración, secreción salival, deglución y masticación.

Consideramos que si el aparato estomatognático no se encuentra en óptimas condiciones llevará al individuo a aislarse o a comportarse de una manera muy diferente en cuanto a la sociedad que lo rodea.

Por eso hacemos mención de la importancia que tienen estas técnicas quirúrgicas para devolverle la fisiología, estética.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTUDIO.

El objeto de estudio que pretendemos es que el Cirujano Dentista conozca - las diferentes técnicas de Alveolectomía y Alveoplastia que frecuentemente se - usan en el consultorio dental.

GENESIS.

Las técnicas de Alveoplastia y Alveolectomía, tuvieron su origen en la - necesidad de regularizar los procesos alveolares de ambos maxilares, es decir, - eliminar los defectos óseos ya sea de orden natural o provocados principalmente por extracciones dentarias.

DESARROLLO.

Estas técnicas han evolucionado en cuanto a disminución de tiempo y molestias al paciente, así como, un desarrollo en el instrumental empleado, brindando al paciente una alternativa de rehabilitación más rápida y eficiente.

ESTADO ACTUAL.

En la actualidad, estas técnicas son de lo más frecuentes en cuanto a cirugía bucal que se emplean en el consultorio dental.

O B J E T I V O S

- 0.T.1.- Describir las técnicas de Alveolectomía y Alveoplastia para eliminar - defectos óseos naturales y/o provocados.
- 1.1.- Describir los procedimientos para eliminar la hipertrofia oclusal de - las tuberosidades.
- 1.2.- Describir los procedimientos para eliminar la hipertrofia lateral de - las tuberosidades.

- 1.3.- Describir los procedimientos para eliminar las protuberancias en distinto sentido.
- 1.4.- Describir los procedimientos para eliminar los torus palatino y mandibular.

H I P O T E S I S

El Cirujano Dentista tiene los conocimientos y capacidad para dominar las técnicas de Alveolectomía y Alveoloplastia, entonces se podrán eliminar los accidentes óseos naturales o provocados durante extracciones dentarias.

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

Básicamente el presente trabajo se realizará mediante investigación bibliográfica apoyada en artículos recientes del CENID y libros de publicación actual habrá un apoyo con ilustraciones exponiendo casos representativos de cada procedimiento, este se realizará mediante el método científico.

C R I T E R I O S

SELECCION

Esta investigación teórica se llevó a cabo bajo el método científico de la siguiente manera:

Se seleccionó el tema: Alveolectomía y Alveoloplastia, el cual consideramos de mucha importancia para nuestra práctica profesional.

La información que obtuvimos para realizar esta investigación es de fuente secundaria (indirecto) ya que esta se extrajo de fuentes documentales con libros de ediciones recientes o publicaciones en revistas del CENID e INDIX MEDICUS del centro médico.

La tesis se realizó partiendo de lo general que en este caso es la Historia clínica y consideraciones anatómicas, llegando a lo particular que serían los temas que se incluyen en la tesis como lo son: Eliminación de hipertrofia oclusal de las tuberosidades; eliminación de protuberancias en distinto sentido; Alveolectomía y Alveoloplastia con exodoncia; eliminación de torus mandibular;

eliminación de torus palatino; Alveolectomía de Obwegeser.

En sí toda esta investigación nos llevó a obtener resultados, conclusiones y propósitos superadores.

Porque consideramos que sí se cumplió con las características que debe llevar todo tipo de investigación bibliográfica basada en el método científico.

ANÁLISIS

La Alveolectomía y la Alveoloplastia como un conjunto de técnicas quirúrgicas han sido consideradas como los procedimientos quirúrgicos de elección para corregir el proceso alveolar atrofiado por defectos óseos naturales o provocados por extracciones mal realizadas.

Nosotros escogimos este tema porque consideramos importantes estas técnicas quirúrgicas para realizarlas en el consultorio dental, ya que éstas las podemos realizar en menor tiempo, menores traumatismos, una mejor rehabilitación protésica para el paciente y una mejor satisfacción para el Cirujano Dentista.

Porque la Alveolectomía y la Alveoloplastia están encaminadas con el propósito de devolverle la estética y función perdidas por las alteraciones dentales y que posteriormente a este tratamiento, el proceso alveolar pueda soportar una prótesis dentaria.

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

En la elaboración de esta tesis el objetivo que pretendemos es concientizar al estudiante y al Cirujano Dentista, de la importancia que tienen la Alveolectomía y la Alveoloplastia como un conjunto de técnicas quirúrgicas preprotésicas encaminadas a devolverle a los procesos atrofiados, la estética y funcionalidad perdidas por defectos óseos naturales o provocados.

Alveolectomía se le denomina a la operación mediante la cual se elimina un órgano dentario, defecto óseo o tumoración previa resección de la tabla de hueso que lo recubre.

Va que la Alveolectomía y Alveoloplastia se realizan para que el proceso esté en condiciones óptimas para poder aceptar una prótesis dentaria.

La Alveoloplastia es un procedimiento quirúrgico complementario a la Alveolectomía, que nos ayuda a darle buena estética y cicatrización a los procesos.

Asimismo consideramos los siguientes procedimientos como son: eliminación de hipertrofia oclusal de las tuberosidades, eliminación de hipertrofia lateral de las tuberosidades, eliminación de protuberancias óseas en distinto sentido, alveolectomía y alveoloplastia con exodoncia, eliminación de torus palatino y mandibular. Describiremos de cada uno de ellos: indicaciones, contraindicaciones, procedimiento quirúrgico y contraindicaciones.

Finalmente anexaremos algunos comentarios sacados de artículos recientes, los cuales tienen, algunos aspectos importantes para la actualización de nuestros conocimientos.

C A P I T U L O I

A.- HISTORIA CLINICA

- 1.- Interrogatorio
- 2.- Examen físico
- 3.- Examen radiográfico
- 4.- Exámenes de laboratorio.

a) Biometría hemática.

Fórmula roja.

Fórmula blanca.

Plaquetas.

Hematocrito.

Hemoglobina.

Tiempo de protombina.

Tiempo de sangrado.

b) Química sanguínea.

Prueba en orina.

Prueba en sangre.

B.- HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

- a) Hallazgos radiográficos de tórax

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

La entrevista entre el C. Dentista y el paciente, es un procedimiento recíproco entre dos partes. Tiene como propósito el desarrollo de una comprensión mutua, que tendrá como resultado un beneficio para el paciente. A través de una entrevista sugestiva, el paciente puede prepararse responsablemente para el cuidado de su salud oral.

Ser un oyente efectivo es el primer requisito para iniciar el procedimiento de la entrevista. El oyente debe reducir al mínimo las respuestas personales a lo que el paciente está haciendo o diciendo, y debe poseer la sensibilidad para entender la comunicación no verbal del paciente. Como entrevistador, el C. Dentista debe de estar capacitado para convertir una receptividad bajo nuevas ideas por parte del paciente, a un nivel más alto de aceptación, de modo que el paciente, sin notarlo, vaya quedando comprometido en el proceso.

Es solamente por contacto personal que la observación de gestos comportamiento y expresiones faciales, que el C. Dentista puede evaluar verdaderamente al paciente. Esto implica un sacrificio de tiempo, pero esto redundará en conocer a fondo el estado médico del paciente, aumentar su confianza en nosotros y reducir la ansiedad y finalmente reducir la incidencia de problemas médicos.

La calidad del interrogatorio viene dada por la competencia del entrevistador, pero también por la capacidad de comunicación del enfermo. El enfermo a su vez, está influenciado por el ambiente en que se realiza la historia clínica.

Durante la entrevista, debe concentrarse la atención en el paciente y se evitarán las interrupciones. Es esencial que el enfermo se encuentre tranquilo durante la entrevista, al realizar la historia, el entrevistador debe animar al paciente a usar sus propias expresiones al describir los síntomas en vez de intentar relatar diagnósticos e interpretaciones de otros médicos.

INTERROGATORIO. - Método de exploración clínica en que, por medio del lenguaje obtenemos datos de salud o enfermedad, recabados directamente del enfermo, de una tercera persona o bien de ambos, deberemos emplear un lenguaje senc

llo, cada pregunta deberá tener un objeto y reportar un beneficio a la investigación, procuraremos que la pregunta no sugiera la respuesta.

El interrogatorio se realizará de la siguiente manera:

a) Datos personales del paciente.

b) Motivo de la consulta.- "Que es lo que le lleva a la consulta", es lógico empezar la historia preguntando sobre la molestia responsable de la vista del enfermo, y anotando los datos que va refiriendo el enfermo. El entrevistador hará preguntas adicionales que definan la naturaleza y duración de la molestia más importante.

c) Padecimiento actual.- fecha de aparición, evolución, signos y síntomas.

d) Antecedentes personales no patológicos.

e) Signos vitales.

f) Antecedentes personales patológicos.- antecedentes sistémicos, antecedentes infecciosos, hemorrágicos, alérgicos, médicos y quirúrgicos.

g) Examen de cabeza y cuello

h) Examen intrabucal.

i) Examen físico.- En si el examen físico del paciente se realiza en cuanto éste entra en el consultorio dental, y todo lo mencionado anteriormente constituyen el examen físico del paciente sea más completo contamos con métodos de exploración clínica tales como: inspección, palpación, auscultación y percusión y así a su vez estos nos ayudarán a realizar un diagnóstico más exacto.

j) Exámenes auxiliares de diagnóstico.- dentro de estos exámenes contamos con examen radiográfico y exámenes de laboratorio de los cuales sólo mencionaremos los más importantes: (biometría hemática y química sanguínea).

BIOMETRIA HEMATICA.- Es el estudio de los valores normales de los componentes sanguíneos.

La sangre está constituida por células hemáticas que están consideradas como células libres del tejido conectivo porque;

a) No están unidas entre si.

b) No están unidas con otro tipo de células diferentes a las hemáticas.

c) Porque no se sostienen en posición mediante sustancias intercelulares.

Quando las células hemáticas entran al torrente circulatorio, quedan suspendidas en el plasma sanguíneo que es la porción líquida de la sangre y es el

medio de transporte de éstas.

Las células hemáticas son de dos tipos:

- a) Células rojas, glóbulos rojos o eritrocitos.
- b) Células blancas, glóbulos blancos o leucocitos.

FORMULA ROJA

a) Células rojas o eritrocitos.- Son discos bicóncavos, capaces de cambiar de forma al atravesar capilares, se forman en la médula ósea de todos los huesos y son destruidos en el bazo. Se encuentran en una proporción de 4 a 6 millones por mm^3 y su función principal es la de captar oxígeno de los pulmones por la hemoglobina que contiene.

HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una albumina cristalizable en prismas de forma romboidal o en láminas de moléculas complejas que en su composición química entran; hidrógeno, el oxígeno, el nitrógeno, el hierro.

La hemoglobina es una proteína, resultante de un principio albuminoide llamado globina, con el hemocromógeno, sustancia ferruginosa. La hemoglobina tiene la propiedad de fijar cuando se pone en contacto con el aire, moléculas de oxígeno y al llegar a los tejidos las oxidadas de éstos privan de dicho oxígeno y ésta fijan bióxido de carbono, que fácilmente es desalojada, por el oxígeno - al ponerse dicha molécula hemoglobina nuevamente en contacto con el aire. Las cifras normales de hemoglobina son: en hombre de 14.5 - 20 grs. % en mujeres de 12.5 - 17 grs. %.

HEMATOCRITO

Es el volumen de glóbulos rojos centrifugados es decir, la sangre aspirada por la punción venosa, hecha incoagulable por la adición de anticoagulantes e inmediatamente centrifugado, se demuestra en varias capas que reflejan su heterogeneidad.

Los elementos figurados sedimentan en dos capas fácilmente identificables - la capa inferior representa el 42 al 47 % del volumen total de la sangre, tiene

color rojo está formado por los hematíes, la capa inmediata superior (1% del volumen de la sangre), tiene color cenizo y se llama capa leucocitaria, representando la capa de sedimentación de leucocitos.

El hematocrito permite calcular el volumen de sangre completa, los valores medios de hematocrito expresando el volumen ocupado por los eritrocitos es en el hombre de 45 a 60% y en la mujer de 40 a 52%.

C.M.H.G.

En la concentración media de hemoglobina globular y se saca conociendo el volumen normal del hematocrito y hemoglobina mediante la siguiente fórmula.

C.M.H.G.

$$\frac{\text{HEMOGLOBINA} \times 100}{\text{HEMATOCRITO}} = \text{Normal } 32 \text{ a } 36 \%$$

V.G. consiste en saber el volumen de glóbulos rojos y se saca mediante la siguiente fórmula.

$$\text{V.G.} \quad \frac{\text{HEMATOCRITO} \times 100}{\text{NO DE ERITOCITOS}}$$

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS ERITOCITOS

ANEMIA.- Es una reducción anormal del contenido de eritrocitos circulantes así como la de hemoglobina, debido a pérdida de sangre, destrucción excesiva de eritrocitos, deficiencia de elementos para la eritropoyesis (hierro, cobre, cobalto, etc), constitución defectuosa de eritrocitos congénita o hereditaria.

ANEMIA MICROCITICA HIPROCROMICA.- C.M.H.G. reducido.

ANEMIA MACROCITICA.- V.G. aumentado.

ANEMIA MICROCITICA.- V.G. reducido.

ANEMIA APLASTICA.- Cantidad de eritrocitos reducida de niveles de hematocrito y hemoglobina.

ANEMIA TREPANOCITRICA.- Disminución de glóbulos rojos por mm^3 . con menor -

nivel de hemoglobina.

ERITROBLASTOSIS FETAL.- Menos de 1'000,000 de eritrocitos por mm^3 . en el nacimiento.

ANEMIA FERROPENICA.- La cantidad de glóbulos rojos está entre 3 o 4 millones por mm^3 . y hemoglobina baja.

POLICITEMIA. Aumento anormal de hematies con aumento de hemoglobina.

FORMULA BLANCA.

b) Células blancas o leucocitos.- Son corpúsculares incoloros que intervienen en las defensas celulares e inmunocelulares del organismo.

Son células esféricas cuando están en suspensión en la sangre circulante, pero capaces de tomar un aspecto amebiforme al encontrar un substrato sólido. Los leucocitos pasan constantemente de los capilares al tejido conjuntivo (diapédesis), siendo tan frecuentes en este tejido que son considerados como células normales del mismo.

El número de leucocitos por mm^3 . de sangre en el adulto normal es de 5,000 a 10,000. Existen leucocitos que contienen granulos en su citoplasma y otros -- que no los contiene.

GRANULOSOS

EOSINÓFILOS
BASÓFILOS
NEUTRÓFILOS

NO GRANULOSOS

LINFOCITOS
MONOCITOS

EOSINÓFILOS

Tienen un diámetro de cerca de 9 micras son células dotadas de movimientos ameboides y capaces de fagocitar.

Los eosinófilos fagocitan de modo más lento pero más selectivamente que los neutrófilos; se encuentran de 1 a 4 % intervienen en fenómenos anafilácticos son numerosos en tejidos o sitios de reacciones alérgicas, la hidrocortisona que disminuye las reacciones alérgicas hace desaparecer de la sangre los eo-

sínofilos, estos también se encuentran secreciones nasales de individuos alérgicos.

Los eosinófilos aumentan en la circulación sanguínea también por infecciones, por parásitos.

BASOFILOS

Miden cerca de 12 micras de diámetro al igual que los otros granulocitos, los basófilos son capaces de movimientos amiboides y de fagocitosis aunque no muy activos, se encuentran de 0 a 1 %, éstos contienen heparina, parece ser que contienen la mitad de histamina que hay en la sangre, abandona el torrente circulatorio por influencia de hormonas de la glándula suprarrenal.

NEUTROFILOS

También se les conoce como polimorfonucleares (p.m.n.) y se encuentran de 60 a 70%, en el desarrollo de los neutrofilos tienen al principio la forma de los cuerpos ovoides indentados en esta etapa del desarrollo de la célula recibe el nombre de metamielocitos o neutrofilos juveniles. Cuando esta célula desarrolla su núcleo va haciéndose endido hasta llegar a la forma de herradura y se llaman neutrófilos en banda.

Los neutrófilos son los leucocitos más importantes en la protección orgánica en la invasión por bacterias, tiene aproximadamente 12 micras de diámetro y puede atravesar con rapidez, las paredes de los capilares por el fenómeno diapédesis. Los neutrofilos tienen la facultad de ingerir o fagocitar partículas extrañas en los tejidos sobre todo bacterias y en menor medida restos de tejido disgregado.

LINFOCITOS

Son células esféricas de un diámetro de 6 - 8 micras, son capaces de fagocitar aunque no sean particularmente activos en esta función.

En las áreas de inflamación solo aparecen tardíamente estando más relacionado con la defensa por medio de anticuerpos que con lo que se efectúa por fagocitosis, son células características de las inflamaciones crónicas mientras que los neutrófilos solo son de las agudas.

Cuando están en los tejidos conjuntivos y bajo el estímulo de antígenos diversos, los linfocitos pueden transformarse en plasmocitos productores de anticuerpos.

Originan también las células rechazadoras de injertos que invaden y destruyen los órganos transplantados de un individuo a otro. Se encuentran de 20 a 30% e intervienen fundamentalmente en reacciones inmunológicas, el monocito logra su madurez funcional cuando abandona el torrente vascular y penetra en los tejidos.

En resumen el linfocito es una célula multipotencial capaz de convertirse en otros tipos de células en toda la economía.

MONOCITOS

Son agranulocitos tienen el diámetro variable entre 9, 12 y hasta 20 micras, después de atravesar la pared de los capilares y penetrar en el tejido conjuntivo, el monocito se vuelve muy activo en la fagocitosis y puede transformarse en una célula difícil de diferenciarse del macrófago del tejido conjuntivo.

Se encuentra en una proporción de 4 a 9 %. Los monocitos fagocitan principalmente, virus, hongos, protozoos, fagocitan desechos celulares, cuando desaparece la inflamación sintetizan y elaboran colágeno para restablecer en todo lo posible las sustancias intercelulares, actúan en infecciones, heridas con pus, las infecciones graves siempre van acompañadas de una leucocitosis.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS LEUCOCITOS

LEUCOPENIA.- Disminución anormal de la cantidad de leucocitos en el torrente sanguíneo, por infección, trastornos hematopoyéticos agentes químicos, etc.

AGRANULOCITOSIS.- Enfermedad grave (por la ingestión de alguna variedad de medicamentos) que afectan a los leucocitos disminuyéndolos.

NEUTROPENIA.- Disminución anormal de agranulocitos y neutrófilos circulantes.

LEUCOCITOSIS.- Aumento anormal de leucocitos.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.- Linfocitos atípicos en sangre.

LEUCEMIA.- Aumento de leucocitos en forma inmadura.

MONOCITOSIS.- Aumento de monocitos.

LINFOCITOSIS.- Aumento de linfocitos.

BASOFILIA.- NEUTROFILIA, EOSINOFILIA.- Aumento de Estos.

HIPOCROMIA.- Disminución de coloración normal de un tejido.

ANISOCITOSIS.- Hematíes de diámetros diferentes, macrocíticos, Microcíticos.

MACROCITOSIS.- Aumento de hematíes grandes.

POIQUILOCITOSIS.- Variación del número y la forma de los glóbulos de la --
sangre.

PLAQUETAS

También llamados trombocitos, son células sanguíneas que se forman en la médula ósea, tienen la función de iniciar el proceso de coagulación de la sangre el número normal es de 150,000 a 400,000 por mm^3 .

ENFERMEDADES DE LAS PLAQUETAS.

Se llama trombocitopenia a la disminución del número de plaquetas en la sangre circulante cuando la cantidad desciende a cifras inferiores de 400,000 por mm^3 . Hay fenómenos hemorrágicos de intensidad variable.

Los defectos más frecuentes en las plaquetas, que nos pueden provocar trastornos hemorrágicos dependen de deficiencias en el número y calidad de los mismos.

Otras enfermedades comunes son:

PURPURA.- Disminución de plaquetas.

TROMBOCITEMIA.- Aumento de plaquetas.

PRUEBAS HEMORRAGICAS.

La cantidad de sangre del adulto es de aproximadamente de cinco litros de los cuales, dos están constituidos por las células sanguíneas, eritrocitos, leu-

cocitos, y plaquetas y los tres restantes por plasma.

El término hemostasia significa prevención de la pérdida de sangre, siempre que un vaso se corta o se desgarrar se logra la hemostasia por diversos mecanismos:

- I.- Espasmo vascular.
- II.- Formación de un tapón de plaquetas.
- III.- Coagulación de la sangre.
- IV.- Crecimiento de tejido fibroso dentro del coagulo sanguíneo para cerrar permanentemente la abertura en el vaso.

Las cifras normales son:

TIEMPO DE SANGRADO.- Según la técnica de Duk es de 1 a 4 min.

TIEMPO DE COAGULACION.- Es de 2 a 8 min.

TIEMPO DE PROTOMBINA.- Normalmente es de 10 - 15 segundos.

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA.- Es de 30 - 55 segundos.

QUIMICA SANGUINEA

Es un análisis por medio del cual se observa el nivel de iones que circulan a través del plasma.

Estos iones junto con moléculas orgánicas e inorgánicas ayudan en el transporte de otras sustancias a diferentes partes del cuerpo.

Entre los iones se encuentran:

H I E R R O.- que es muy importante para la producción de hemoglobina y es fundamental para el transporte de oxígeno.

C O B R E .- Es importante porque ayuda a la absorción de hierro a nivel de tubo digestivo.

Z I N C.- Forma parte de la anidasa carbónica que se haya en concentración elevada en los glóbulos rojos, Esta enzima es responsable, de la rápida concentración de bióxido de carbono.

C A L C I O .- Es importante porque ayuda a la coagulación, contracción -

de los músculos y para el funcionamiento de los nervios, este calcio es el que se encuentra libre y la otra parte de calcio se encuentra unido a las proteínas y en parte es difusible.

ACIDO URICO.- Para determinar hasta que punto el riñon está afectado, en la leucemia mieloide, y en la anemia hemolítica.

Los valores normales son: Hombre 2.5 - 8.0 mg/ml. Mujeres 1.5 - 6.0 - mg/ml.

GLUCOSA.- Carbohidrato sólido, cristizable en el torrente sanguíneo se oxida para suministrar calor y energía a todo el organismo.

COLESTEROL.- El nivel de colesterol plasmático es deprimido por las hormonas tiroideas y por los estrógenos y es elevado cuando obstruye el flujo de la bilis; los niveles elevados de colesterol en el plasma reducen el tiempo de coagulación y la actividad fibrinolítica. Además desempeñan un papel importante en la arteriosclerosis.

PROTEINA PLASMÁTICA.- Son importantes porque dan defensa al organismo por medio de la inmunidad y además ayudan a la coagulación. Estas proteínas plasmáticas son de tres tipos:

a) **ALBUMINA.**- Es un transportador de metales, iones, ácidos grasos, aminoácidos, bilirrubinas, enzimas y medicamentos.

b) **GLOBULINAS.**- Son Alfa, Beta y Gama. Las globulinas Alfa y Beta ejercen una función de transporte de sustancias combinadas por ellas que actúan como sustrato para transportes proteicos.

La globulina Gama son las que protegen al cuerpo, pues son las generadoras de anticuerpos proporcionando la inmunidad.

c) **FIBRINOGENO.**- Tiene importancia fundamental en la coagulación de la sangre.

GLUCOSA EN SANGRE.

VALORES NORMALES.- 80 - 120 mg/100 ml. de sangre (Folin Wu).

70 - 110 mg/100 ml. en sangre (Merbach).

GLUCOSA AUMENTA EN (Hiperglucemia).

GLUCEMIA POSPRANDIAL A LAS DOS HORAS

Tras guardar ayuno toda la noche (12 horas) el paciente recibe un desayuno de 100 g. de hidratos de carbono. Dos horas después se le saca sangre para analizar un valor dentro de los límites normales hace poco probable el diagnóstico de diabetes Mellitus; los valores de glucemia comprendidos entre 110 y 120 mg son sospechosos y los superiores a 120 mg/100 ml. (de glucosa verdadera) hacen muy probable el diagnóstico que debe ser confirmado con una prueba de sobre carga de glucosa esterilizada.

Los límites de una sola determinación de la glucosa a las dos horas pueden ser:

- 1) Absorción lenta, que puede retrasar el nivel máximo;
- 2) Absorción rápida con hiperglucemia temprana, caída rápida de la glucemia. (por liberación de insulina y después una segunda elevación debida a los efectos de la contrarregulación, adrenalina, glucagón, hormona del crecimiento; y
- 3) errores en el tiempo de recogida de la muestra.

Mientras que la determinación posprandial a la hora es más variable para la detección de la diabetes, también origina un mayor porcentaje de diagnósticos falsamente positivos, por lo que es menos específica que la prueba 2 horas después de la comida.

DIABETES MELLITUS, EMOCIONES.

Episodios hipertensivos.

Síndrome de Cushing.

Gigantismo.

Deficiencia de Vitamina B

En el ejercicio.

Choques, quemaduras extensas.

Acromegalia y en la administración de corticoesteroides.

LA GLUCOSA DISMINUYE EN (Hipoglucemia)

En el embarazo normal.

Adenoma o carcinoma de los islotes del páncreas.

En la sobredosis de insulina.

Hepatopatías.

Hiperplasia.

Hipopituitarismo.

Glucosuria renal ideopática.

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

Los hallazgos radiográficos de hipertrofia oclusal de las tuberosidades, hipertrofia lateral de las tuberosidades y protuberancias óseas en distinto sentido radiográficamente no se localizan ni tienen ninguna característica por lo cual se les identifique en examen radiográfico, ya que las alteraciones arriba mencionadas en algunos casos son causadas por las extracciones mal realizadas por el Cirujano Dentista.

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS DE TORUS

Sobre la superficie interna o externa de la capa cortical de los maxilares pueden crecer proliferaciones, las radiografías periapicales muestran sombras radio opacas difusas dentro de los maxilares, la radiopacidad depende del tamaño y grado de calcificación de la masa proliferada.

La exostosis y torus son fácil de identificar cuando se tiene el examen

radiográfico y clínico, las exostosis producen sombras radio opacas irregulares que no están rodeadas por líneas radiotransparentes, se parecen a zonas de osteoesclerosis dentro de los maxilares.

Las proyecciones laterales y posterointeriores de la maxila y mandíbula, proporcionan vistas generales de las estructuras faciales y maxilares que son esenciales en los traumatismos de las enfermedades óseas y presencia de cuerpos extraños y estudios del crecimiento. Ofrecen información muy importante sobre la anatomía tanto del maxilar como de la mandíbula, su desarrollo y la dentición.

También nos auxilian en determinar la lejanía o cercanía con el piso nasal, antro de Highmore y su vecindad con el reborde alveolar, para no perforarlo.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

- 1.- Schijatschy Milan.
"Life Threting emergencies
in the dental practice"
Dic Quentassenz.- 1979.
Pp 9.83,135.
- 2.- Costich White.
"Cirugla bucal."
Edit.- Interamericana.- 1979
Pp 173-174.
- 3.- Mitchell Standish Fast.
"Anamnesis": Correlación con los datos físicos
Técnicas e instrumentos para el diagnóstico.
Planificaci6n del tratamiento y cuidado del enfermo.
"Propedeutica odontol6gica".
Edit.- Interamericana.- 1973
PP 91,93,99,413,882.
- 4.- Bailenson George.
"Evaluaci6n del paciente en la pr6ctica odontol6gica."
Edit.- Labor.- 1976.
Pp 25-4l.
- 5.- B. A. H6ussay.
R. Caldeyro Barcia.
Edit. Ateneo.- 1979.
Pp2-4,16,19,21-25,28,34,35.
- 6.- Guillermo A. Ries Centeno.
"Cirugla Bucal."

Edit.- Ateneo.- 1979.
Pp 544-553.

7.- Editores de Kodak
"Rayos X en Odontología".
Edit.- Kodak
Pp. 59.

8.- PHYSIFAX
"Compendio Médico de bolsillo"
1982.

9.- SMITH
GIPS
"Enfermería medicoquirúrgica".
Edit., Muñoz. 1969.
Pp 743, 744.

10.- Exámenes preoperatorios de laboratorio.
Rev. Odontológica M. Vol., XI., Jun-Jul.
Pp 8 - 10 (1981).

11.- CELIL/LOEB
Tratado de Medicina Interna
TOMO II
Edit., Interamericana.

12.- Todd- Sanford
I. David Sohn.
J. B. Hevry
Diagnóstico Clínico por el laboratorio
Edit Salvat 1977
Pp 542, 543

CAPITULO II

A.- CONSIDERACIONES ANATOMICAS

1.- Estructuras óseas.

a) Huesos del cráneo.

b) Huesos de la cara

Maxila

hueso malar

huesos propios de la nariz

hnguis o hueso lagrimal

cornete

vomer

mandíbula

2.- Articulaciones

a) Articulación de la cara y el cráneo entre sí.

b) Articulación temporomandibular.

3.- Tejidos blandos

a) Músculos de la masticación.

b) Músculos cutáneos.

4.- Inervación

a) nervio trigémino

rama oftálmica

rama maxilar superior

rama maxilar inferior

5.- Irrigación

a) arteria maxilar interna

b) plexo pterigoideo.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

En los huesos de la cara se distinguen dos partes, las del cráneo y cara. El primero forma la caja que constituye el encéfalo y el segundo se encuentra situado por debajo y delante del cráneo, en éste se encuentran las cavidades orbitarias, nasales y bucales.

HUESOS DEL CRANEO

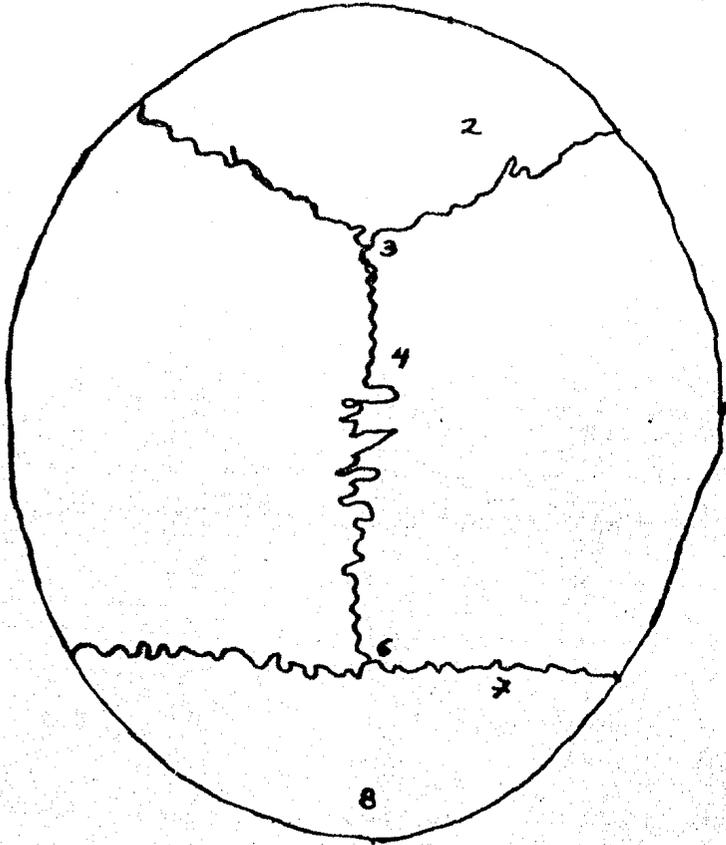
El esqueleto del cráneo está formado por ocho huesos: Cuatro dos temporales y dos parietales, son pares y simétricos colocados a cada lado del plano sagital, los otros cuatro, frontal, etmoides, esfenoides y oxipital, son impares y están situados en la línea media.

(Ver esquemas en la página siguiente)

Figura 1 y 2

BOVEDA DEL CRANEO CARA EXOCRANEANA

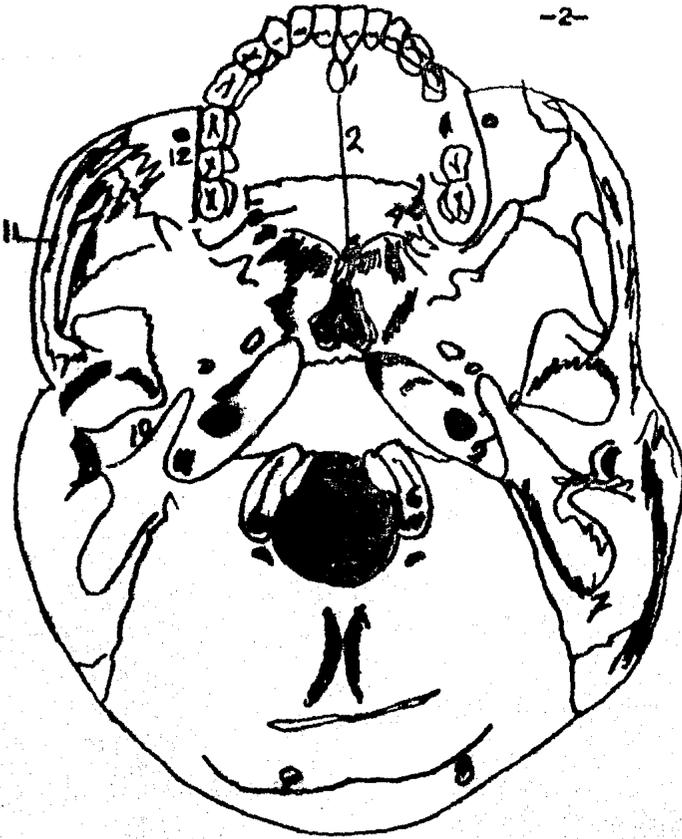
- 1-



- 1.- SUTURA OCCIPITAL
- 2.- OCCIPITAL
- 3.- LAMBDA
- 4.- AGUJEROS PARIETALES
- 5.- PARIETAL
- 6.- SUTURA BIPARIETAL O SAGITAL
- 7.- BREGMA
- 8.- SUTURA FRONTO PARIETAL
- 9.- FRONTAL

BASE DEL CRANEO VISTA EXOCRANEANA

-2-



- 1.- AGUJERO PALATINO
- 2.- SUTURA PALATINA
- 3.- SUTURA DE LOS PALATINOS
- 4.- CONDUCTO PALATINO POSTERIOR
- 5.- AGUJERO CAROTIDEO
- 6.- AGUJERO CONDILIO ANTERIOR
- 7.- CRESTA OCCIPITAL EXTERNA
- 8.- PROTUBERANCIA OCCIPITAL
- 9.- LINEA CURVA OCCIPITAL SUPERIOR
- 10.- APOPISIS ESTILOIDES
- 11.- ARCO CIGOMATICO
- 12.- AGUJERO SUBORBITARIO

HUESOS DE LA CARA

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones, llamadas mandíbula y maxila, esta última es muy compleja y está constituida por trece huesos: doce de ellos están dispuestos en pares, simétricos y a un lado y otro del plano sagital, los cuales son, los maxilares, malares, unguis, cornetes inferiores, los huesos propios de la nariz y los palatinos; el impar es el vómer. (2)

MAXILA

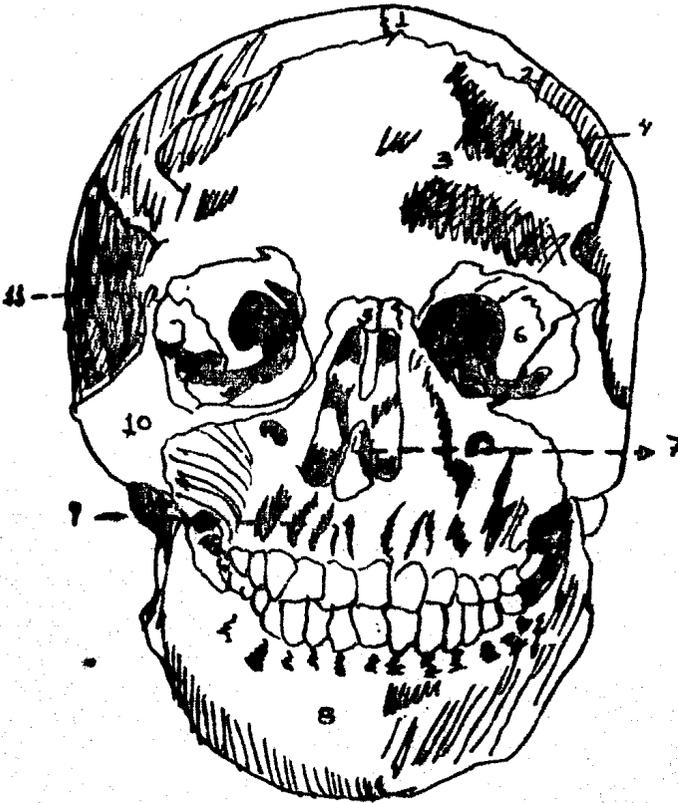
La maxila es un hueso par situado, por debajo de la cavidad orbitaria, por encima de la cavidad bucal, por fuera de las fosas nasales, formando parte en las constituciones de las paredes de estas tres cavidades. (2)

Relativamente voluminosa, sin embargo, muy ligero debido a su amplia cavidad interior, el seno maxilar o antro de Highmore; de forma muy irregular, se le puede considerar sin embargo, dos caras, una externa y una interna y cuatro bordes; anterior, posterior, superior e inferior (cuerpo hueco, las apófisis piramidal ascendente, palatina y el borde alveolar). (98 - 101)

(Ver esquemas en las siguientes páginas).

HUESO MALAR

Forma el esqueleto del pómulos, situado entre el maxilar superior, el frontal y el ala mayor de esfenoides y la escama del temporal. De forma cuadrangular, e puede distinguir dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos. Está formado, por tejido compacto en la periferia y tejido esponjoso en el centro es atravesado por un conducto en forma de Y, nace en la apófisis superior de la cara orbitaria y se divide, en el interior del hueso en dos ramas, una a la cara externa y otra a la cara temporal. Este conducto es el conducto malar, es recorrido por una rama nerviosa procedente de la rama orbitaria, del maxilar, deriva de tres centros de osificación que aparecen en el segundo mes de vida intrauterina y se soldan al quinto mes. (2)



- 1.- SUTURA SAGITAL
- 2.- PARIETAL
- 3.- FRONTAL
- 4.- SUTURA CORONAL
- 5.- HUESOS NAALES
- 6.- CAVIDAD ORBITARIA
- 7.- TABIQUE NASAL
- 8.- MANDIBULA
- 9.- MAXILAR SUPERIOR
- 10.- MALAR
- 11.- TEMPORAL

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ

Son huesos planos, forma cuadrangular, situados entre el frontal por arriba de las ramas ascendentes de los maxilares por arriba y por atrás. Se distingue en ellos dos caras y cuatro bordes, se constituye por tejido compacto están atravesados por un conducto vascular; se origina a expensas de un centro de osificación que aparece al tercer mes de vida intrauterina. (2)

(Figura 4) (Página 30)

HUESOS PALATINOS

El palatino, con forma de letra L constituye la cuarta parte posterior del paladar óseo por su porción horizontal, y parte de la pared externa de la cavidad nasal entre el maxilar superior y el ala interna de la apófisis pterigoides por su porción vertical o perpendicular; además en su porción superior presenta dos apófisis, llamadas orbitaria y esfenoïdal, separadas por la escotadura palatina; el hueso se articula con el esfenoïdes hacia arriba convirtiendo la escotadura del agujero esfenoïpalatino, por el que pasan los vasos y nervios del mismo nombre; en cambio, en su extremo inferior se proyecta hacia atrás la apófisis piramidal, en la unión de las dos porciones y cierra en la escotadura pterigoïdea.

La porción horizontal, cuadrilátera, es lisa en su cara superior y áspera en su cara inferior, en la que observa dispuesta transversalmente la cresta palatina por delante de su borde posterior; el tendón del periostafilino externo se inserta en el borde de la cresta. El borde anterior se articula con la apófisis palatina del maxilar; el borde interno, dentado y que se articula con el borde del lado opuesto, se eleva en la línea media formando la cresta nasal, que se articula con el vómer. Esta cresta que se continúa hacia adelante con la cresta del maxilar, se proyecta posteriormente formando la espina nasal posterior, donde se inserta el músculo de la ávula. El borde externo presenta un surco donde forma el borde interno del agujero palatino posterior.

La porción perpendicular o vertical, más larga, por su cara interna o etmoïdal se articula con los cornetes medio e inferior que limitan dos áreas, una superior estrecha y una media más ancha, cada una de las cuales forman la porción posterior del meato nasal respectivo y está cubierta por mucosa. La cara externa

o maxilar en su porción superior, debajo de las apófisis orbitaria y esfenoidal, forman la pared interna de la fosa pterigomaxilar y por su parte anterior ayuda a cerrar el seno maxilar; en sus demás porciones es áspera y se articula con la porción nasal del maxilar, excepto con el canal palatino posterior, que se une con un análogo situado en la tuberosidad del maxilar y constituye el conducto palatino posterior, que desciende de la fosa pterigomaxilar hasta el agujero palatino posterior, conduciendo vasos y nervios. En el borde superior, estrecho, sobresale la apófisis orbitaria por delante y la apófisis esfenoidal hacia atrás - separadas por la escotadura palatina, que se convierte en agujero sfenopalatino, al articularse el palatino hacia arriba con el esfenoides. Por este agujero, cubierto en estado fresco por mucosa; pasan los nervios y vasos sfenopalatinos de la fosa pterigomaxilar a la porción posterior del meato superior. Los estudios - excepcionalmente se percatan de la situación de este agujero y de los límites de la fosa pterigomaxilar en el cráneo sin tejidos blandos. El borde anterior, delgado que la porción vertical se articula con el etmoides y el maxilar. El borde posterior se une al ala interna de la apófisis pterigoides, se continúa con la - apófisis etmoidal hacia arriba, y hacia abajo se ensancha en la apófisis piramidal.

La apófisis piramidal está dirigida hacia abajo y atrás; su cara posterior, donde se insertan fibras del pterigoideo interno, llena la separación entre las dos alas de la apófisis pterigoides, se articula con la tuberosidad del maxilar por la cara externa, que presenta una pequeña área triangular entre la tuberosidad y el ala externa de la apófisis pterigoides. Los nervios palatino medio y - posterior descienden a través de la apófisis y aparecen en su cara inferior por los conductos palatinos accesorios.

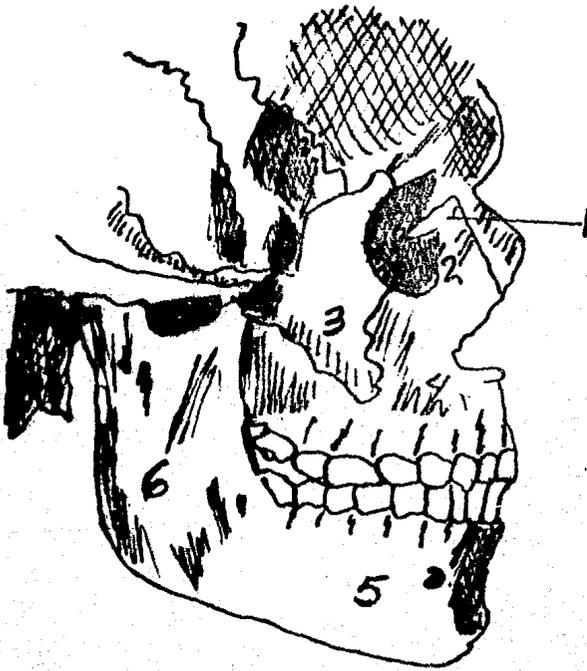
Es importante la porción de la apófisis orbitaria de forma cúbica.

La apófisis esfenoidal describe una curva de dirección superior sobre el - cuerpo del esfenoides y el ala interna de la apófisis pterigoides; su borde interno llega al ala del vómer. En la cara superior presenta un surco que al completarse con los opuestos en los huesos que están por arriba constituye el conducto pterigopaltino.

Este hueso está formado principalmente por tejido compacto, solamente la - apófisis piramidal presenta tejido esponjoso.

CARA VISTA LATERAL

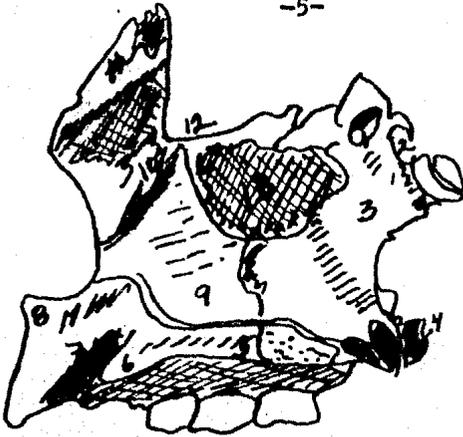
-4-



- 1.- HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ
- 2.- RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR
- 3.- MALAR
- 4.- MAXILAR
- 5.- MANDIBULA
- 6.- RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA

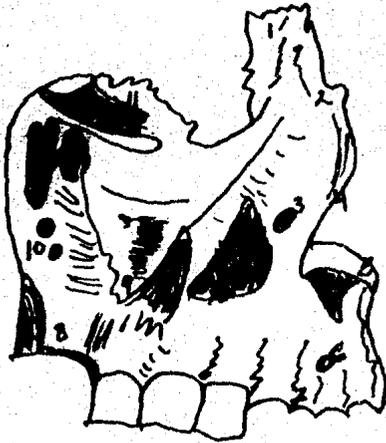
MAXILAR CARA INTERNA

-5-



- 1.- APOFISIS ORBITARIA
- 2.- SURCO O ESCOTADURA PALATINA
- 3.- PALATINO
- 4.- APOFISIS PIRAMIDAL
- 5.- APOFISIS PALATINA
- 6.- CRESTA NASAL
- 7.- CONDUCTO PALATINO ANTERIOR
- 8.- ESPINA NASAL ANTERIOR
- 9.- MEATO INFERIOR
- 10.- CRESTO DEL CORNETE
- 11.- APOFISIS ASCENDENTE
- 12.- SURCO LAGRIMAL
- 13.- SENO MAXILAR

MAXILAR CARA EXTERNA



- 1.- SURCO LAGRIMAL
- 2.- APOFISIS ASCENDENTE
- 3.- ORIFICIO SUBORBITARIO
- 4.- ESCOTADURA NASAL
- 5.- ESPINA NASAL ANTERIOR
- 6.- POSA CANINA
- 7.- BORDE ALVEOLAR
- 8.- TUBEROSIDAD
- 9.- APOFISIS PIRAMIDAL
- 10.- AGUJEROS DENTARIOS POST.
- 11.- CARA ORBITARIA

CORNETE INFERIOR

Es un hueso de forma laminar adherido a la pared externa de las fosas nasales, de contorno ligeramente romboidal, se puede distinguir en el dos caras y dos extremidades, está formado por tejido compacto.

VOMER

Es un hueso impar, situado en el plano sagital junto con la lámina perpendicular del etmoides y del cartílago formando el tabique de las fosas nasales. Es de forma cuadrangular y muy delgado, se distinguen en el dos caras y cuatro bordes. En la edad adulta el vómer está compuesto por tejido compacto en su totalidad.

MANDIBULA

La mandíbula es un hueso par, debido a la soldadura de la línea media de los bordes laterales que la originan, está formado por tejido esponjoso cubierto por una gruesa capa de tejido compacto que se adelgaza a nivel del cóndilo. La mandíbula deriva del esqueleto visceral (primer arco), su osificación es conjuntiva pero se forma a lo larga del cartílago de Meckel, que desaparece.

Esta situada en la parte inferior y posterior de la cara y parece abrazar a la maxila.

Es el único hueso móvil de la cabeza gracias a la doble articulación que lo conecta con la zona media de la base del cráneo, a nivel de las cavidades glenoideas de los temporales, aloja a los dientes anteriores y forma junto con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca.

Cuerpo. Tiene forma de herradura, cuya concavidad se haya vuelta hacia atrás, se distinguen en el dos caras y dos bordes.

Cara anterior lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana. Su parte inferior mas saliente, se denomina eminencia mentoniana. Ha--

cia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, agujero mentoniano, - por donde salen los nervios y los vasos mentonianos. Más atrás aún, se observa una línea saliente, dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del - borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso, se llama línea oblicua externa del y sobre ella se insertan los siguientes - músculos; el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de - la barba.

Cara posterior, presenta, cerca de la línea media, cuatro tubérculos llama- dos apófisis geni, de los cuales los dos superiores sirven de inserción a - los músculos genioglosos, mientras los dos inferiores se insertan los genio- - hioideos. Partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una - línea saliente, línea oblicua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde inferior de esta cara; sirve de inser- ción al músculo milohioideo. Inmediatamente por afuera de la apófisis geni y - por encima de la línea oblicua, se observa la foseta sublingual, que aloja la - glándula del mismo nombre. Más afuera aún, por debajo de dicha línea y en la - proximidad del borde inferior, hay otra foseta más grande, llamada foseta maxi- lar que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

Bordes, El borde inferior es romo y redondeado, lleva dos depresiones o - fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media; en ellas se - inserta el músculo digástrico, el borde superior o borde alveolar, como el in- ferior del maxilar presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios. Mien- tras los anteriores son simples, los posteriores están compuestos de varias ca- vidades, y todos ellos se hayan separados entre sí, por puentes óseos o apófi- sis interdientarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Rama. En número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmen- te y de forma cuadrangular; el plano definido por cada una de ellas es verti- cal y su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás, tie- ne por consiguiente dos caras y cuatro bordes.

Cara Externa. Su parte inferior es más rugosa que la superior, ya que so- bre aquella se inserta el músculo masetero.

Cara interna. En la parte media de esta cara, hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero amplio, denominado orificio superior del conducto dentario; por él se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. Una saliente triangular o espina de Spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, formando el borde anterior de aquel orificio, tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante, hacia el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan los nervios y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Bordes. El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante se haya excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan a nivel de borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; este borde formado el lado externo de la endidura ves tibulocigomática. El borde superior, liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo por sus relaciones con la glándula parótida.

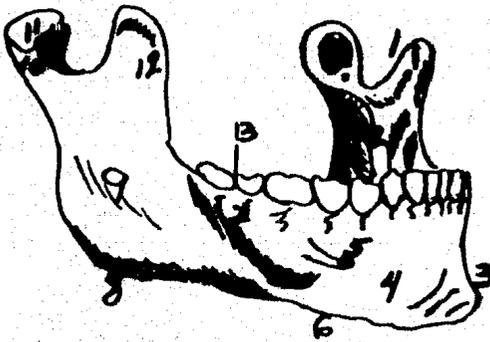
El borde superior posee una amplia escotadura, denominada escotadura cigmoidea, situada entre dos gruesos salientes: La apófisis coronoides por delante y el cóndilo de la mandíbula por detrás. La primera es de forma triangular, con vértice superior, sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal. La escotadura cigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos. El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de adelante a atrás, pero con eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia adelante y afuera; convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso por un estrechamiento llamado el cuello del cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

El borde inferior de esta, rama ascendente se continúa con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo de la mandíbula o gonion.

(Ver figura 6 Pág. 35)

MANDIBULA VISTA ANTEROLATERAL

-6-



- 1.- ESCOTADURA SIGMOIDEA
- 2.- ESPINA DE SPIX
- 3.- SINFISIS MENTONIANA
- 4.- CUERPO
- 5.- AGUJERO MENTONIANO
- 6.- BORDO INFERIOR
- 7.- LINEA OBLICUA EXTERNA
- 8.- ANGILO DEL MAXILAR Y RUGOSIDADES PARA EL MASETERO
- 9.- RAMA ASCENDENTE
- 10.- CUELLO DEL CONDILO
- 11.- CONDILO
- 12.- APOFISIS CORONOIDES
- 13.- BORDE ALVEOLAR

ARTICULACION DE LOS HUESOS DE LA CARA ENTRE SI Y EL CRANEO

Los huesos de la cara se encuentran en su mayor parte articulados, mediante suturas armónicas, muchas de las mismas pueden presentar rugosidades y depresiones que se adaptan perfectamente.

Las articulaciones de los huesos de la cara con el cráneo presentan suturas dentadas como la articulación frontomalar, otras son armónicas como la pterigopalatina y frontoetmoidal, o bien esquindelesis, como la articulación esfenovomeriana.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Es la articulación del cóndilo de la mandíbula con la cavidad glenoidea y tubérculo articular del hueso temporal, las superficies articulares están revestidas por tejido fibroso avascular que contienen unas cuantas células cartilaginosas. El menisco interarticular que divide el espacio articular de las cavidades sinoviales, está formado por tejido conectivo fibroso denso, que se amolda a la forma de las estructuras adyacentes, el riego del disco se hace desde atrás, cuya inserción es laxa; en su parte anterior del disco se adhiere fuertemente la cápsula, se puede decir que el músculo pterigoideo externo se inserta sobre el disco, un ligamento lateralmente, a la cápsula; los cóndilos solo guían los movimientos de la mandíbula, se inerva por nervios auriculotemporales, masetero o temporal profundo posterior, los filetes del auriculotemporal penetran desde abajo e inervan, las paredes posteriores de la cápsula y porciones internas, externas; la rama del nervio masetero entra al lado anteroexterno e inerva la parte anterior de la cápsula, cuando existe el nervio temporal profundo sus ramas articulares penetran del lado anteroexterno e inervan las porciones anteroexternas de la cápsula.

M U S C U L O S

MUSCULOS DE LA MASTICACION

Los músculos de la masticación, propiamente dichos, son el temporal, el masetero, los pterigoideos interno y externo, aunque por supuesto, otros músculos participan también en la masticación. A continuación se hace la descripción de cada uno de ellos (por ser los más importantes para nuestro estudio) (3)

A) Músculo Temporal. - Es un músculo en forma de abanico que nace de la pared interna de la fosa temporal y de la aponeurosis temporal, sus fibras convergentes forman un tendón grueso. Las fibras verticales se insertan en el vértice, cara interna y borde anterior de la apófisis coronoides y rama ascendente de la mandíbula, extendiéndose hacia abajo hasta el alveolo del último molar.

La inervación del músculo temporal depende de las ramas temporales profundas anterior y posterior del nervio maxilar inferior que inerva su cara profunda.

El músculo temporal actuando como un todo es elevador de la mandíbula y es retroactor del cóndilo cuando actúan sus fibras posteriores.

B) Músculo Masetero. - Es un músculo plano cuadrilátero, relativamente superficial que comprende dos fascículos. El fascículo superficial se extiende de los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático; el fascículo profundo nace a lo largo de toda la cara interna del arco. El músculo se inserta en el lado externo de la apófisis coronoides y en el ramo ascendente hasta el ángulo de la mandíbula. El conducto de la glándula parótida lo cruza a aproximadamente, el ancho de un dedo (1.5 cm.) por debajo del arco cigomático.

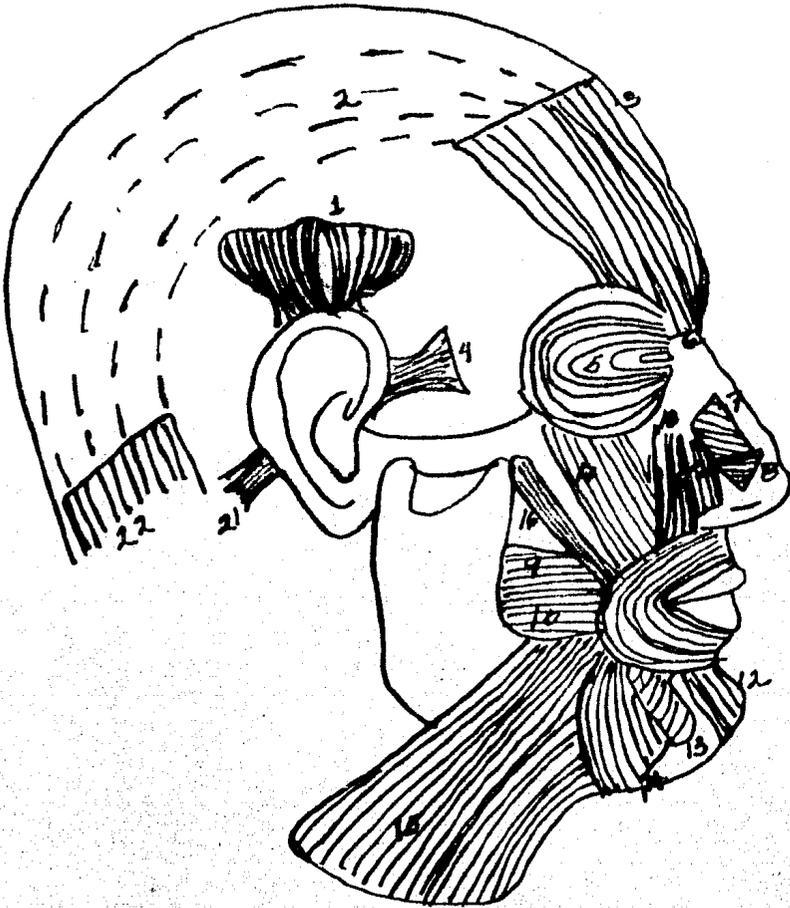
Su inervación proviene del nervio masetero que penetra en su parte posterior y superior. El músculo es elevador de la mandíbula al actuar los dos fascículos la porción superficial proyecta hacia adelante a la mandíbula.

C) Músculo Pterigoideo Interno. - Nace de la cara interna de la ala externa de la apófisis pterigoideas, de la cara posteroexterna rugosa de la apófi

sis piramidal del hueso palatino (fascículo profundo) y de la tuberosidad del maxilar superior (fascículo superficial).

El músculo se inserta sobre la cara interna de la rama mandibular, entre la línea milohioidea y en ángulo. La rama del maxilar inferior, que inerva el músculo lo penetra desde atrás y bastante alto. El pterigoideo interno es elevador de la mandíbula; la contracción simultánea de los dos músculos determina la proyección hacia adelante de la mandíbula.

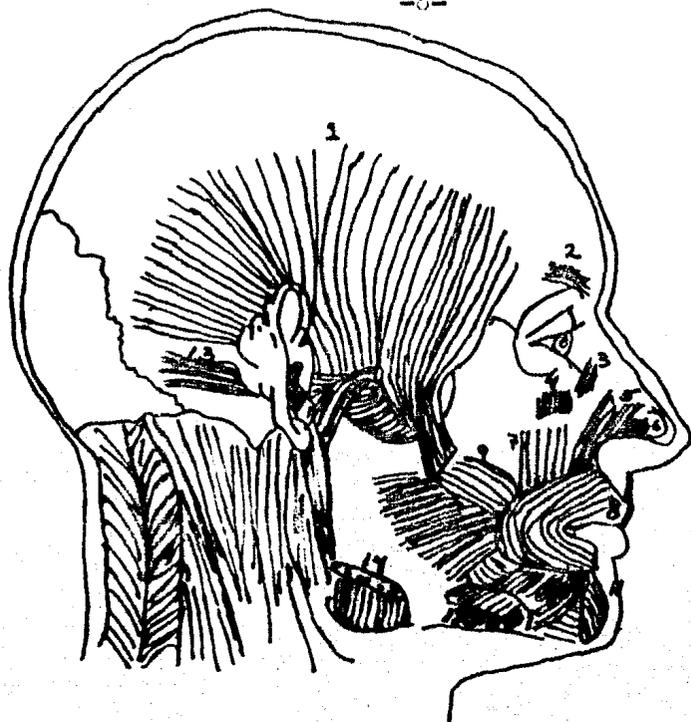
D) Músculo Pterigoideo Externo.- Se extiende de la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides (fascículo inf.) así como de la superficie esfenomaxilar del ala mayor del esfenoides y de la cresta esfenotemporal (fascículo superior). El fascículo superior se inserta en la cápsula y, a través de ella, en el disco articular de la articulación temporomandibular; el fascículo inferior se inserta en la fosita del lado anterior del cuello del maxilar inferior. Un ramo corto del nervio maxilar inferior inerva el músculo. El músculo atrae hacia adelante el cóndilo y el disco articular sobre el tubérculo articular, abriendo así la boca, también determina movimientos laterales cuando se contrae simultáneamente con los elevadores del lado opuesto. (5)



- 1.- AURICULAR SUPERIOR
- 2.- APONEUROSIS EPICRANEANA
- 3.- PORCIÓN FRONTAL DEL MUSCULO OCCIPITOFRONTAL
- 4.- AURICULAR ANTERIOR
- 5.- ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS
- 6.- M. PROCERO O PIRAMIDAL
- 7.- COMPRESOR DE NARIZ PORCIÓN TRANSVERSA
- 8.- DILATADOR DE LA ABERTURA NASAL
- 9.- RISORIO O SARTORIO
- 10.- BUCCINADOR
- 11.- ORBICULAR DE LOS LABIOS
- 12.- M. BORLA DE LA BARBA
- 13.- DEPRESOR DEL LABIO INF. O CUADRADO DEL MENTON
- 14.- DEPRESOR DEL ANGULO ORAL
O TRIANGULAR DE LOS LABIOS
- 15.- PLASTINA O CUTANEO DEL CUELLO
- 16.- CIGOTO MAYOR
- 17.- CIGOTO MENOR
- 18.- ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR
- 19.- ELEVADOR DEL ALA DE LA NARIZ
Y DEL LABIO SUPERIOR
- 20.- AURICULAR POSTERIOR
- 21.- AURICULAR POSTERIOR
- 22.- PORCIÓN OCCIPITAL DEL MUSCULO
OCCIPITOFRONTAL

MUSCULOS PROFUNDOS DEL CRANEO Y CARA

-8-



- 1.- TEMPORAL
- 2.- SUPERCILAR
- 3.- ELEVADOR COMUN DEL LABIO SUP. Y DEL ALA DE LA NARIZ
- 4.- ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR
- 5.- TRANSVERSO DE LA NARIZ
- 6.- DILATADOR DEL ALA DE LA NARIZ
- 7.- CANINO
- 8.- ORBICULAR DE LOS LABIOS
- 9.- BUCOINADOR
- 10.- CUADRADO DE LA BORLA
- 11.- BORLA DE LA BORLA
- 12.- TRIANGULAR DE LOS LABIOS
- 13.- AURICULA POSTERIOR
- 14.- MASETERO

INERVACION (NERVIO TRIGEMINO V PAR CRANEAL)

El nervio trigémino tiene dos rálces, motora y sencitiva, ambas unidades en la cara externa de la protuberancia donde la rálz sensitiva tiene un abultamiento (ganglio de gasser) o semilunar del cual nacen tres ramas Oftálmica, Maxilar superior y Maxilar inferior, que van a inervar a todas las cavidades de la cabeza; vientre anterior del digástrico piel de la cara y parte del cuero ca belludo. (5)

El V par se origina a partir del puente, a nivel del surco vertical la - porción motora sale del puente, llegando al ganglio trigeminal ó de Gasser, que se situa en el vértice del peñasco del temporal cara anterior, dicha rama se - dirige hacia afuera y va por detrás de la rama sensitiva, para que por debajo - de la rama trigeminal se une a la rama maxilar.

RAMA OFTÁLMICA (Sensitiva).

Se dirige arriba y adelante al seno cavernoso, pasando por fuera de la - arteria carótida interna y se relaciona con el III y IV pares craneales, sigue - adelante penetrando por el surco infraorbitario a la cavidad ocular donde se di vide en tres ramas (frontal, nasociliar y lingual). (5).

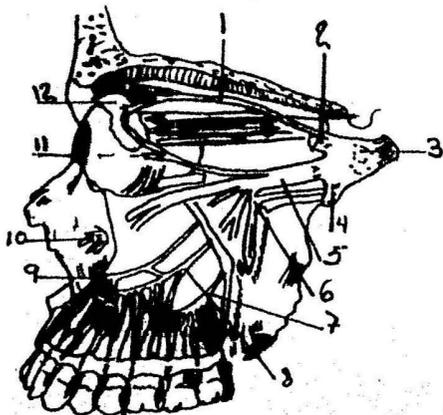
RAMA MAXILAR SUPERIOR

Penetra en la órbita por el agujero redondo mayor, se dirige hacia afue- ra y un poco hacia arriba, pasa por el seno cavernoso, por el agujero profundo; deja el cráneo por el agujero redondo mayor y se dirige al ganglio trigeminal, - se ubica en la fosa pterigopalatina y origina las siguientes ramas; nervio orbi- tario, ramas nasales posteriores, nervio palatino anterior y nervio infraorbita rio.

RAMA MAXILAR INFERIOR

Deja el cráneo por el agujero oval, esta rama ya lleva la porción motora

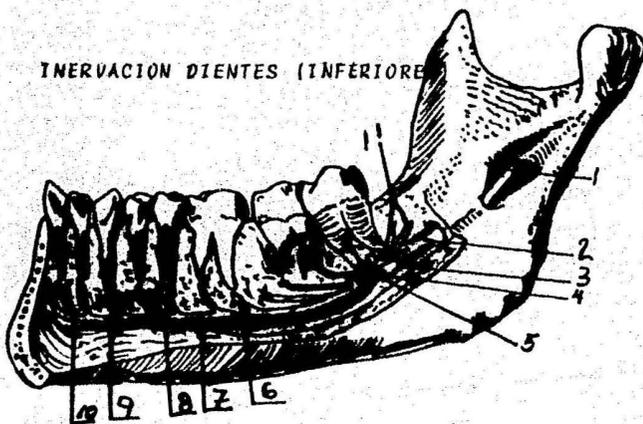
y sensitiva, se divide en dos troncos, tronco anterior, aquí hay tres ramas; - nervio lingual, aurículo temporal, nervio alveolar inferior y nervio bucal, perciben tacto, dolor, temperatura, etc., a lo cual se le llama propiocepción esta porción manda una rama al orificio cavotímpanico, a partir del ganglio de Gasser se origina la sensibilidad. (5)



INERVACION DIENTES (SUPERIORES)

- 1.- NERVIO LAGRIMAL
- 2.- OFTALMICO
- 3.- GANGLIO DE GASSER
- 4.- MAXILAR INFERIOR
- 5.- MAXILAR SUPERIOR
- 6.- GANGLIO ESPENOPALATINO CON EL NERVIO VIDIANO Y LOS NERVIOS PALATINOS
- 7.- DENTARIOS POSTERIORES
- 8.- DENTARIO MEDIO
- 9.- DENTARIOS ANTERIORES
- 10.- SUBORBITARIO
- 11.- RAMO ORBITARIO
- 12.- GLANDULA LAGRIMAL

INERVACION DIENTES (INFERIORES)



- 1.- DENTARIO INFERIOR
- 2.- RAMO DENTARIO
- 3.- RAMO MENTONIANO
- 4.- ANASTOMOSIS DEL DENTARIO Y DEL MENTONIANO
- 5.- RAMOS DE LA TERCERA MOLAR
- 6.- RAMOS DE LA PRIMERA MOLAR
- 7.- RAMO MENTONIANO
- 8.- RAMO PREMOLAR
- 9.- RAMO CANINO
- 10.- RAMO INCISIVO
- 11.- RAMOS OSFEOPEOSTICOS

IRRIGACION

La vena yugular interna recibe el drenaje de los senos venosos de la rama madre y se le une a la rama facial anterior y a las venas linguales, tiroideas, faríngeas, de menor calibre.

Las venas linguales corresponden a las ramas de la arteria lingual, pero a veces forman la arteria satélite del nervio hipogloso, la vena tiroidea superior y recibe a la vena laríngea superior.

La vena facial (facial anterior) nace en el ángulo interno del ojo por la unión de las venas frontal y supraorbitaria, que comunica con la vena oftálmica superior, hecho que tiene importancia clínica.

Inmediatamente por debajo por adelante del ángulo del maxilar inferior y se une la vena submentoniana y la vena palatina inferior la cual ha descendido en el lecho de la amígdala y ha perforado al constructor superior de la faringe.

Asimismo recibe un conducto anastomótico del tronco temporomaxilar en este sitio se llama vena facial común, cruza ambas arterias carótidas y termina en la vena yugular interna, a menudo envía un ramo anastomótico de grueso calibre, siguiendo el borde anterior del esternocleidomastoideo, para la vena yugular anterior. (1).

ARTERIA MAXILAR INTERNA Y PLEXO VENOSO PTERIGOIDEO

La arteria maxilar es una de las ramas terminales de la carótida *Crooks*, considera que es la fuente principal de riego para la cavidad nasal, el seno maxilar, el paladar duro y blando y todos los dientes, es la arteria principal de la fosa cigomática y de la región pterigoides, siendo la arteria más importante de los músculos de la masticación, por medio de su rama meníngea media riega la duramadre. La arteria hace a nivel del cuello del cóndilo, adentro de la glándula parótida; en la primera parte de su trayecto se dirige hacia adelante, entre la rama ascendente del maxilar inferior y el ligamento esfeno-maxilar.

Al pasar a la fosa pterigomaxilar más interna, la arteria cruza el músculo pterigoideo interno, pasando ya sea superficialmente a este (variedad exter-

na, observada en los dos tercios de los casos) o a cierta profundidad (variedad profunda, observada en el tercio restante de los casos), según lo menciona Lurjge. Este tramo corresponde a su segunda parte.

En la fosa pterigomaxilar (tercera parte de la arteria) se divide en sus ramas terminales.

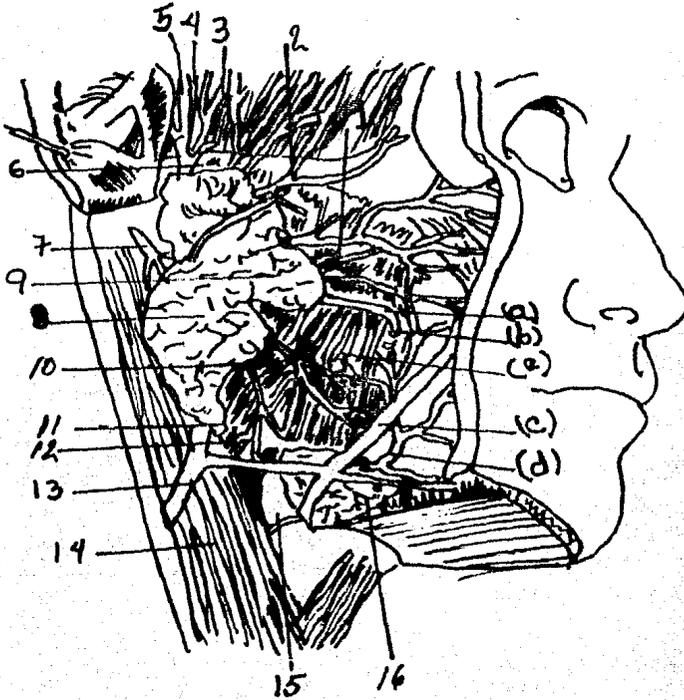
Las ramas meníngicas media y dentaria inferior nacen de la primera parte de la arteria maxilar interna y su vena se haya posterior al nervio dental inferior, las ramas de la segunda sección de la arteria maxilar interna riegan los músculos masticadores, las ramificaciones de la tercera parte corresponden a las ramas alveolares posteriores (de tamaño considerable), suborbitaria, palatina descendente, esfemopalatina y a la arteria, vidiana.

La arteria palatina descendente se divide en dos ramas palatina mayor y palatina menor, la arteria esfemopalatina riega la pared externa de la cavidad nasal y el tabique.

La arteria vidiana riega la trompa de Eustaquio. El plexo venoso pterigoideo concluye en la vena maxilar que se une a la temporal superficial para formar el tronco temporomaxilar. Este tronco se divide en dos ramas terminales anterior y posterior; la rama anterior desemboca en la vena facial; la rama posterior se une a la vena auricular posterior para formar la vena yugular externa, la arteria vidiana, que llega la mucosa del paladar duro, no posee ninguna vena acompañante haciéndose el drenaje de esta región por medio de arcos anastomóticos venosos que concluyen en la importante vena palatina anterior.

(5)

GLANDULA PAROTIDA VISTA POR SU CARA EXTERNA



- | | |
|--|---|
| 1.- ARTERIA TRANSVERSA DE LA CARA | 12.- BANDELETA INTERGLANDULAR |
| 2.- RAMOS TEMPORALES DEL TEMPORO FACIAL | 13.- VENA YUGULAR EXTERNA |
| 3.- ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL | 14.- EXTERNOCLEIDOMAS TOIDEO |
| 4.- RAMO TEMPORAL DEL NERVIO AURICULO TEMPORAL | 15.- PARED EXTERNA DE LA CELDA SUBMAXILAR ABIERTA |
| 5.- VENA TEMPORAL SUPERFICIAL | 16.- GLANDULA SUBMAXILAR |
| 6.- TEMPORO FACIAL | a) CONDUCTO DE STENON |
| 7.- NERVIO FACIAL | b) PUNTO DONDE ATRAVIESA EL MUSCULO BUCCINADOR |
| 8.- PAROTIDA | c) VENA FACIAL |
| 9.- PROLONGACION MESETERINA DE LA PAROTIDA | d) ARTERIA FACIAL |
| 10.- CERVICO FACIAL | e) MASETERO |
| 11.- PROLONGACION SUBMAXILAR DE LA PAROTIDA | |

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO II.

- 1.- R. D. Lockart
G.F. Hamilton
F. W Fyfe
Edit.- Interamericana 1977.
Pp 638. 43, 44, 51, 52, 53, 54
- 2.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Tratado de anatomía Humana"
Tomo I
Editorial Porrúa. 1974
Pp. 50 - 122; 314 - 325
- 3.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Tratado de anatomía Humana"
Tomo II.
Edit.- Porrúa 1974
Pp. 95 - 98
- 4.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Tratado de anatomía Humana"
Tomo III
Edit. Porrúa 1974
Pp. p5. p6, 98.
- 5.- Niels Bjorn Jorgensen
Jess Hayden Jr.
"Anestesia odontológica".
Edit. Interamericana 1977
Pp. 83, 84, 87, 88

CAPITULO III

A.- ELIMINACION DE HIPERTROFIA OCLUSAL DE LAS TUBEROSIDADES

- 1.- *Indicaciones*
- 2.- *Procedimiento quirúrgico*
 - a) *Técnica de anestesia*
 - b) *Incisión.*
 - c) *Ostetomía y osteoplastia.*
 - d) *Sutura.*
- 3.- *Complicaciones*

B.- ELIMINACION DE HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES

- 1.- *Indicaciones.*
- 2.- *Procedimiento quirúrgico.*
- 3.- *Complicaciones.*

C.- ELIMINACION DE PROTUBERANCIAS EN DISTINTOS SENTIDOS

- 1.- *Indicaciones.*
- 2.- *Procedimiento quirúrgico.*
- 3.- *Complicaciones.*

C A P I T U L O I I I

ALVEOLECTOMIA CORRECTORA

Los maxilares ya desdentados pueden subsistir condiciones que no armonicen con la regularidad que se requiere para la preparación de una prótesis correcta. Estas condiciones se refieren a la existencia de hipertrofias de hueso, exostosis en distinto sentido; mal formaciones óseas de distinto tamaño y ubicación, cuya sistematización no es posible por ser aquellas tan variables. Con todo, siguiendo a Saizar, describiremos tipos de tales hipertrofias y el tratamiento que le corresponde, el cual se encuadra siempre en los mismos principios quirúrgicos. (1).

ELIMINACION DE HIPERTROFIA OCLUSAL DE LAS TUBEROSIDADES

INDICACIONES

- 1.- Para la colocación de una prótesis.
- 2.- Para un sellado periférico.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

a) Técnica de anestesia.

Para el maxilar: las ramas alveolares superiores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar, después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar y se introduce 2 a 3 cm., haciéndola dibujar una curva aplanada de concavidad superior.

Con esta técnica se logra bloquear parte de la innervación de los molares y en ocasiones de premolares. Las ramas alveolares superiores medias y anteriores se bloquean separadamente para cada diente, en particular introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea el diente y buscando la extramidad de la raíz, describiendo cuidadosamente ligeros movimientos en abanico con la punta de la aguja; de esta manera es posible anestesiar hasta tres dientes desde -

el mismo punto de inserción.

El nervio palatino anterior se bloquea inyectando unas décimas de ml, por encima del reborde gingival.

El nervio nasopalatino se bloquea inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos. (3).

b) Incisión.

Será de acuerdo con la ubicación, extensión y forma del excedente óseo a reseca.

La incisión se traza mayor en la arcada dentaria, que llegue profundo hasta el hueso; la incisión se hace en forma de arco o angular para una punta o borde único. La línea de incisión, que se inicia en el lado bucal, rodea la tuberosidad y recorre la bóveda palatina. (Ver fig. 11 en la pág. 52).

c) Con pinzas gubias se resecan las puntas, crestas o bordes, con una lima se pule el huso o fresas quirúrgicas y queda completamente liso.

d) Se vuelve el colgajo a su lugar y se mantiene fijo con tres o cuatro puntos de sutura separados. (10).

COMPLICACIONES:

Puede existir una comunicación bucosinual patológica; lesión del nervio dentario.

ELIMINACION DE HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES:

Indicaciones:

Para adoptar la prótesis del surco vestibular.

Para un buen sellado periférico.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

a) Técnica de Anestesia. - La técnica de Anestesia es la misma, que el procedimiento anterior, con la diferencia de donde se vaya a efectuar la cirugía, se harán los puntos de bloqueo.

b) Se hace la incisión sobre la arcada dentaria como se demuestra en la (fig. 13, pág. 53); se eliminan las protuberancias con pinzas gubias o fresón; la superficie ósea resultante se alisa con escofinas y fresas quirúrgicas, se vuelve el colgajo a su sitio y se fija con puntos de sutura, con puntos de sutura separados.

Se recomienda hacer un examen radiográfico pre-quirúrgico que en este caso es una radiográfica lateral que deje ver los límites del antro de higmore y su vecindad con el reborde, para no perforarlo. (3)

COMPLICACIONES:

Puede existir una comunicación bucosinusal patológica.
Lesionar el nervio dentario.

ELIMINACIÓN DE PROTUBERANCIAS EN DISTINTO SENTIDO

a) Técnica de anestesia.- Si se realiza en la mandíbula, el procedimiento quirúrgico es el siguiente:

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua interna, - es decir, el borde interno de la mandíbula, se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm.; por encima del plano oclusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes. Desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm., pegada a la cara interna de la mandíbula; pegada a la cara interna de la mandíbula; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto; manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal. La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama.

Si el paciente mantiene la boca bien abierta, se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo.

Cuando se trata de paciente sin dientes, es muy importante conocer la posición exacta de todas las referencias anatómicas; la distancia entre la línea oblicua externa e interna es variable, asimismo, es variable la distancia entre la escotadura coronoides (o sea, el piso de la concavidad del borde anterior de la rama ascendente) la espina de Spix y el plano oclusal.

En las mandíbulas parcial o totalmente desdentadas, el plano que pasa por la escotadura coronoides debe ser paralelo al borde inferior de la mandíbula, y sobre todo mantener siempre la jeringa en el plano horizontal adecuado.

Cuando se va a efectuar la eliminación de protuberancias a nivel del tercer molar es necesario completar la anestesia infiltrando el periostio y la mucosa del lado bucal; para anestesiar el nervio bucal pueden utilizarse tres métodos diferentes:

1) La técnica más sencilla fue elaborada por Sloman.

La inyección se hace aproximadamente a 1 cm. por encima del plano oclusal y a unos cuantos milímetros hacia adentro del borde anterior de la mandíbula; en este sitio el nervio bucal pasa dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera, después de haber salido entre los dos fascículos del músculo pterigoideo externo.

2) La inyección es submucosa y se hace a 1 cm. por debajo del conducto paratídeo. La aguja avanza lentamente mientras se inyecta el líquido. De esta manera quedan bloqueadas las ramas terminales del nervio bucal. En caso de infección o inflamación del vestibulo bucal o de la región retromolar, que impide el uso de la técnica de Sloman, es necesario recurrir a esta vía de acceso.

3) El método utilizado con más frecuencia consiste en poner la incisión en el vestibulo bucal, enfrente de los molares bloqueando así las ramas terminales del nervio antes de que lleguen éstas a la mucosa gingival alveolar. (3)

b) Incisión.- Se hará en forma de arco o angular para una punta o un borde único, la línea de incisión que se inicia en el lado bucal, rodea la tuberosidad y recorre la bóveda palatina, se separa el colgajo, se realiza la osteotomía con pinzas gubias, la superficie ósea que queda se alisa con lima para hueso, escofinas o fresas quirúrgicas.

Se vuelve el colgajo a su lugar y se sutura con puntos separados. (1)

COMPLICACIONES:

Transoperatorias.-

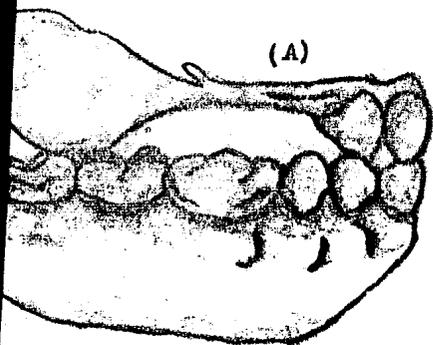
- a) *Se puede luxar la mandíbula,*
- b) *Se puede lesionar el nervio dentario inferior.*
- c) *Lesión de tejidos blandos, y dientes adyacentes.*
- d) *Se puede lesionar el piso de la boca y estructuras anatómicas como: lengua, glándula salival sublingual.*
- e) *Hemorragias.*

Postoperatorias.-

- a) *Hematomas.*
- b) *Infección.*
- c) *Inflamación.*
- d) *Hemorragias.*

HIPERTROFIA OCLUSAL DE LA TUBEROSIDAD .

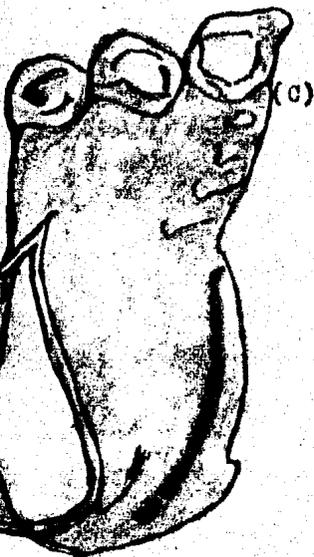
-11-



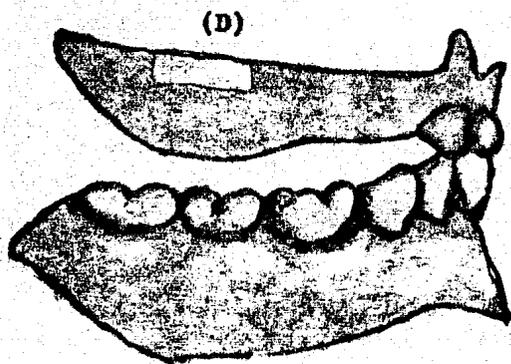
(A)



(B)

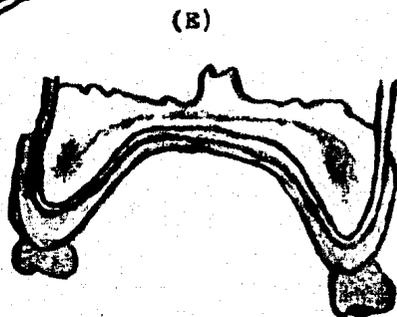
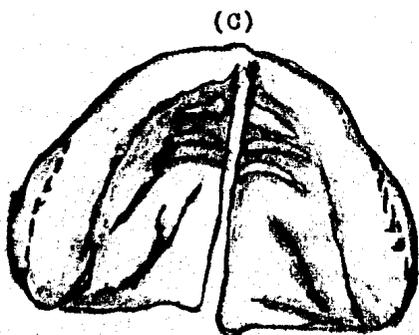
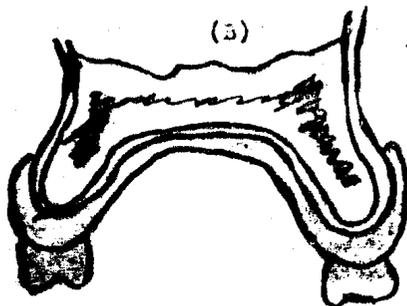
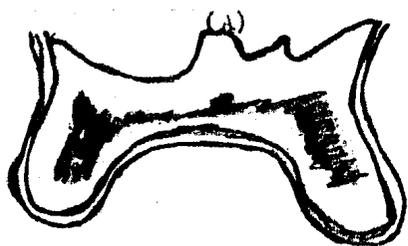


(C)



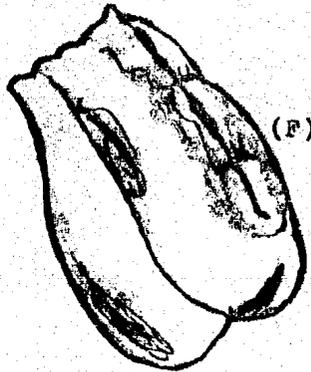
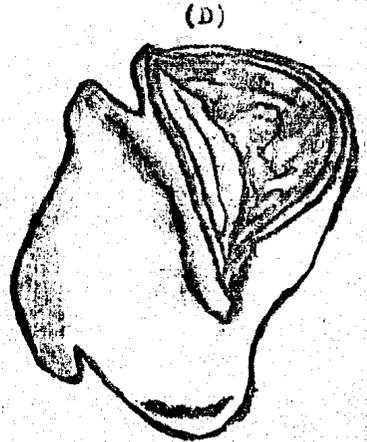
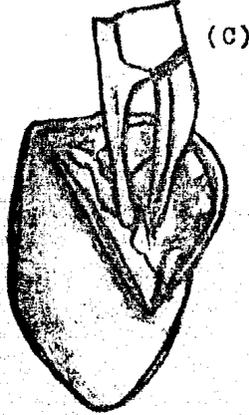
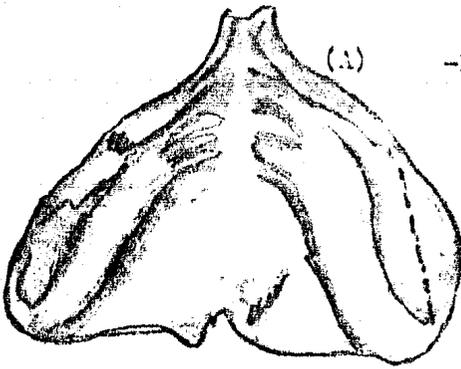
(D)

- A.- ASPECTO DEL CASO
- B.- LINEA DE INCISION QUE SE INICIA EN EL LADO BUCAL, RODEA LA TUBEROSIDAD Y RECORRE LA BOVEDA PALATINA
- C.- COLGAJO
- D.- EL RESULTADO



ELIMINACION DE HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES

- A.- ESQUEMA DEL CASO
- B.- LA PROTESIS NO LLEGA A REALIZAR EL SELLADO PERIFERICO
- C.- LINEA DE INCISION SOBRE LA ARCADA DENTARIA
- D.- OSTECTOMIA CON ESCOPLIO RECTO
- E.- LA PROTESIS EN SU LUGAR



ELIMINACION DE HIPERTROFIA LATERAL DE LAS TUBEROSIDADES

- A.- EL CASO A INTERVENIR; EN LINA INTERRUPTA, EL TRAZO DE LA INCISION
- B.- EL COLGAJO SEPARADO;
- C.- OSTECTOMIA CON PINZA - GUIA.
- D.- LA PROTUBERANCIA RESECADA,
- E.- REGULARIZACION DEL HUESO CON ESCOFINAS
- F.- SUTURA

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO III

1.- Guillermo A. Ries Centeno.

"Cirugía Bucal".

Edit. Ateneo. 1979

Pp 436 - 438, 440 - 441; 544 - 553.

2.- Niels Bjorn Jorgensen.

Jess Hayden Jr.

"ANESTESIA ODONTOLÓGICA"

Edit. Interamericana. 1977

Pp. 33 - 50, 54, 58, 60,

34, 61, 65, 77

CAPITULO IV

A. - ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA CON EXODONCIA

- 1.- *Indicaciones.*
- 2.- *Contraindicaciones.*
- 3.- *Contraindicaciones locales.*
- 4.- *Contraindicaciones Generales.*
- 5.- *Procedimiento quirúrgico.*
- 6.- *Técnica de anestesia.*
- 7.- *Indicaciones para el maxilar superior y maxilar inferior.*
- 8.- *Técnica de anestesia del nervio mentoniano.*
- 9.- *Osteotomía y Osteoplastia*
- 10.- *Extracción propiamente dicha.*
- 11.- *Tratamiento de la cavidad ósea.*
- 12.- *Técnica de sutura.*
- 13.- *Complicaciones.*

C A P I T U L O I V

ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA CON EXODONCIA.

Se denomina extracción con alveolectomía, la operación mediante la cual se elimina el órgano dentario de su alojamiento óseo, previa resección de la tabla de hueso que lo recubre.

Esta operación ha sido denominada de distintas maneras: Operación a colgajo, pues debe prepararse un colgajo en el maxilar a intervenirse, con el objeto de tener acceso al diente o raíz dentaria, extracción con ostectomía, que significa también la extirpación del hueso alveolar; extracción quirúrgica, término que es una redundancia. Toda extracción dentaria es quirúrgica o debe tender a serlo.

Por el método de la extracción con ostectomía se elimina el diente, siguiendo no la vía alveolar donde está implantado sino que, quirúrgicamente, es decir por medios cruentos se abre una brecha en el tejido óseo que lo recubre y así suprimimos los inconvenientes que se oponen a la extracción, el diente puede ser extirpado por esta nueva vía, sin trastornos y con el mínimo de traumatismo.

La aplicación del método de la extracción con alveolectomía ha abierto nuevos horizontes a la cirugía bucal, aunque a simple vista pudiera parecer contradictorio, la operación del colgajo, la ostectomía y la extracción por expensas de la nueva vía así creada, es menos traumatismo tiene su mayor facilidad de cumplimiento, siguiendo la vía quirúrgicamente, creada por el método de la extracción de colgajo. Los tejidos gingivales y óseos "sufren menos" con las maniobras de la extracción quirúrgica que con los ocasionales traumatismos, tironamientos, desgarraduras, aplastamientos y esfacelos, a que obligan las maniobras de la extracción corriente por vía alveolar en los casos en que está indicada la extracción con alveolectomía.

INDICACIONES

Casos que clínicamente aconsejan la extracción con alveolectomía:

- 1.- Dientes en posición anómala (heterotópicos, ectópicos, en posición viciosa, parcialmente retenidos).
- 2.- Dientes portadores de piezas de prótesis (pivotes, jacket, crowns)
- 3.- Dientes con coronas profundamente destruidas por caries y donde no puede haber punto útil de aplicación de las fuerzas.
- 4.- Dientes fracturados en intentos quirúrgicos previos.
- 5.- Alveolos hipercalcificados, en personas adultas, esclerosis ósea; (esta lesión ósea deberá ser descubierta por el examen radiográfico.
- 6.- Fragilidad del diente.

Casos que radiográficamente aconsejan la extracción con alveolectomía, es de extraordinaria importancia, la radiografía preoperatoria es la base de una técnica quirúrgica correcta.

- 1.- Dientes retenidos (su técnica será considerada particularmente al tratar este tópico)
- 2.- Dientes parcialmente retenidos.
- 3.- Dientes que presentan anomalías radiculares de forma, de número y de dirección, cementosis, dilaceraciones.
- 4.- Extracción de raíces (cuando no reúnan las condiciones exigidas para su extracción por vía alveolar).
- 5.- Fractura radicular, en el acto operatorio (indicada la extracción con alveolectomía y la extracción por seccionamiento).
- 6.- Intervención sobre procesos patológicos periapicales, en el acto de la extracción dentaria.
- 7.- Dientes disminuidos en su resistencia coronaria y radicular, debido a la existencia de caries o aparatos protésicos (coronas, pivotes, obturaciones metálicas).

8.- Fragilidad del diente, resorción ideopática o dentinaria interna; caries con puerta de entrada o iniciación poco o nada visibles clínicamente, en la cual ambos procesos, resorción y caries, tienen un aspecto radiográfico muy parecido.

C O N T R A I N D I C A C I O N E S

Pocas afecciones son contraindicaciones absolutas para la extracción de dientes. Se han extraído dientes en presencia de todo tipo de complicaciones por necesidad, en estas situaciones, es necesario preparar más al paciente para evitar lesión o muerte o para lograr la curación de la herida local. Por Ejemplo.-- La inyección de un anestésico local y con mayor la extracción de un diente, puede provocar muerte instantánea en un paciente con crisis de Addison.

La intervención quirúrgica de cualquier tipo, incluyendo exodoncia, puede activar enfermedades generalizadas o locales, por tanto, se proporciona una lista de contraindicaciones relativas.

En ciertos casos, estas afecciones se vuelven contraindicaciones absolutas.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

Las contraindicaciones locales se asocian principalmente a infección y en menor grado a enfermedad maligna.

- 1.- La infección aguda con celulitis no controlada debe controlarse de manera que no se extienda aún más.
- 2.- La pericoronitis aguda se maneja más conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área.
- 3.- La estomatitis infecciosa aguda en una enfermedad labial, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia interrecurrente.
- 4.- La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con una exacerbación del tumor y falta de curación de la herida local.

- 5.- Los maxilares radiados pueden desarrollar radioostcomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo. La afección es muy dolorosa y puede terminar en muerte.

CONTRAINDICACIONES GENERALES

Cualquier enfermedad o mal función generalizada puede complicar una extracción o ser complicada por ella, estos padecimientos son demasiado numerosos para poder enumerarlos. Algunas de las contraindicaciones relativas más frecuentes son las siguientes:

- 1.- La diabetes sacarina no controlada se caracteriza por la infección de la herida y porque no hay curación normal.
- 2.- Las cardiopatías, como arteriopatía coronaria, hipertensión, y descompensación cardíaca, pueden complicar la exodoncia, el manejo puede requerir la ayuda de un médico.
- 3.- Las discrasias sanguíneas incluyen anemias graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y púrpuras trombocitopénicas.
- 4.- Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo si hayán insultos traumáticos ulteriores.
- 5.- La enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteroides, es extremadamente peligrosa, el paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteoides durante un año, puede no tener suficiente secreción de corteza suprarrenal para soportar la situación.
- 6.- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción, una posibilidad sería una endocarditis bacteriana subaguda, padecimiento que se complicaría considerablemente con la extracción.
- 7.- La leucemia es una enfermedad que se caracteriza por la superproducción progresiva de leucocitos que aparecen en la sangre circulante en formas inmaduras. Estas proliferaciones de células blancas o sus precursoras es tan incoordinada e independientemente que la leucemia suele ser considerada una verdadera neoplasia maligna, sobre todo porque es invariablemente mortal. La alteración afecta a cualquiera de las células blancas, y por ello la enferme

dad es clasificada según los diferentes tipos.

- 1.- Leucemia Mieloide (Mielógena, Mielocítica)
Afecta la serie granulocítica.
 - 2.- Leucemia linfóide (linfógena, linfocitaria, linfática)
Afecta la serie linfocitaria.
 - 3.- Leucemia monocítica afecta la serie monocítica. (6)
- 8.- El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema, deberán tomarse precauciones para evitar la tensión de oxígeno baja en anestesia general o en estado de gran temor. Los ginecólogos mantienen opiniones diferentes con respecto al momento en que deben hacerse las extracciones pero generalmente prefieren que las extracciones necesarias se realicen en el segundo trimestre de embarazo.
- 9.- La neuritis que requiera tratamiento puede crear un problema al preparar al paciente para exodoncia.
- 10.- La senilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía.
- 11.- Psicosis y neurosis reflejan inestabilidad nerviosa que complica la exodoncia.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

a) TECNICA DE ANESTESIA

Para el maxilar superior la técnica de anestesia es la siguiente:

Las ramas alveolares superiores posteriores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar, después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar y se introduce 2 a 3 cm., haciendo dibujar una curva aplanada de concavidad superior.

Con esta técnica se logran bloquear parte de la inervación de los molares y en ocasiones de premolares.

Las ramas alveolares superiores medias y anteriores se bloquean separadamente para cada diente en particular introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea el diente y buscando la extremidad de la raíz, describiendo ligeros movimientos en abanico con la punta de la aguja. De esta manera es posible anestésiar hasta tres dientes desde el mismo punto de inserción.

El nervio palatino anterior se bloquea inyectando unas décimas de ml., de lidocaína o prilocaína al 2% con o sin vasoconstrictor en o al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar, 1 cm., por encima del borde gingival.

El nervio nasopalatino se bloquea en o inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos.

I N D I C A C I O N E S

Para tratamiento conservatorio, en donde generalmente sólo se necesita anestésiar la pulpa dentaria, la infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente, si se trata de intervenciones quirúrgicas, es necesario completar con infiltración palatina para cada diente en particular cuando se va a practicar la extracción de todos los dientes de la mitad del maxilar, es necesario el bloqueo tanto del nervio palatino anterior como del nasopalatino.

TECNICA DE ANESTESIA PARA LA MANDIBULA

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua interna, es de

cir, el borde interno de la rama de la mandíbula, se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm., por encima del plano oclusal del tercer molar, la jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes; desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm., pegada a la cara interna de la rama de la mandíbula; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal, la punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama.

Si el paciente mantiene la boca bien abierta, se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo.

Cuando se trata de pacientes sin dientes es muy importante conocer la posición exacta de todas las referencias anatómicas; la distancia entre las líneas oblicuas externa e interna es variable, asimismo, es variable la distancia entre la escotadura coronoides, la espina de Spix y el plano oclusal.

Cuando se va efectuar extracciones en la región molar es necesario completar la anestesia infiltrando el periostio y la mucosa del lado bucal, (esta técnica se explicó en la pág. 51,52) inmediatamente por encima del pliegue mucoso correspondiente al tercer molar. Así se anestesia el nervio bucal.

INDICACIONES

La técnica intraoral es más adecuada para la cirugía bucal y el tratamiento de los dientes correspondientes a la mandíbula, hacemos notar que la anestesia de los incisivos puede ser relativa debido a la inervación doble.

Intervenciones quirúrgicas en los alvéolos situados en el costado del borde lingual, en el surco comprendido desde el primer molar hasta casi la línea media y, si el nervio lingual está bien anestesiado en el borde lateral de la lengua, cuando se ha completado la anestesia con bloqueo del nervio bucal, inclusive intervenciones en la encía correspondiente a los 2° y 3° y extracción de los mismos.

TECNICA DE ANESTESIA DEL NERVIO MENTONIANO

El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestibulo oral por dentro del labio inferior e inmediatamente por detrás del primer premolar, con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano. El dedo se deja allí ejerciendo una presión moderada mientras la aguja se introduce hacia dicho punto hasta que la punta esté en la cercanía inmediata del paquete vasculonervioso, con esta técnica se evita producir lesiones vasculares.

El introducir la aguja en el propio agujero mentoniano para obtener mejor anestesia no es recomendable, debido al riesgo que se corre de producir lesiones nerviosas con trastornos de la sensibilidad del labio inferior como consecuencia, si es posible orientarse adecuadamente, muchas veces es suficiente inyectar el anestésico en el tejido vecino a la fosa mentoniana.

b) INCISION

La vía de elección para la extracción con alveolectomía de los dientes normalmente implantados, es siempre la vestibular, la palatina o lingual no tienen ninguna indicación; el camino es malo, la visibilidad es nula e impedimentos y molestias de toda índole se oponen a la normal realización del método.

La incisión será de acuerdo con la ubicación, extensión y forma del exce
dente óseo a resecar; los tipos de colgajos que se pueden elegir son los siguien
tes:

- A) Incisión de Neuman.
- B) Incisión de la Bóveda palatina.
- C) Incisión angular.
- D) Incisión Partsch.

La incisión debe ser recta de un solo trazo, que facilite la preparación del colgajo, el cual debe estar bien nutrido para evitar su necrosis y esfácelo.

Este colgajo ha de permitir un campo operatorio amplio, bien iluminado - de fácil acceso, no debe interponerse a maniobras quirúrgicas con el fin de no - ser lesionado con los instrumentos en el acto operatorio.

Un colgajo traumatizado y herido trae aparejado una mala o viciosa cica-
trización, con la retracción consecutiva.

La incisión debe situarse en tal posición que una vez vuelto el colgajo -
a su sitio y suturado, esta sutura descansa "sobre hueso sano".

El sitio y ubicación del colgajo debe ser planeado en base a un perfecto examen radiográfico, la dirección de las raíces y su disposición, el número de -
dientes a extraer acondicionand la forma del colgajo.

Para la extracción de dientes o de raíces preferimos el colgajo ligera-
mente angular, incisión de Neuman, Incisión de Partsch, Incisión de la bóveda pa
latina.

(Ve figuras 14, 20 en la Pág. 73 - 79)

Este se inicia en la lengüeta interdientaria (distal o mesial), donde la coaptación posterior no deja huella a nivel del cuello del diente vecino, desde la lengüeta interdientaria la incisión se dirige en un ángulo aproximado de 45° con el eje del diente a extraer llegando hasta el nivel de la cara distal del diente vecino.

Desde este punto la incisión trazada en ángulo aproximadamente recto y va a terminar por encima del ápice del diente que se va a extraer.

La incisión que ha de ser mucosa y perióstica en todos los casos, debe trazarse de manera que el colgajo, al ser desplazado, permita la correcta iluminación y visualización del campo operatorio.

La incisión se realiza con una hoja de bisturí No. 15, se hace alrededor del manguito gingival labial o bucal que rodea el diente por detrás del diente que se va a operar, alrededor del diente mismo y después se angula hacia arriba, hacia el pliegue mucoso bucal, alejándola del diente que va a extraerse.

La elevación del colgajo mucoperióstico, se inicia en el componente vertical, donde el periostio no está adherido en forma tensa, y el elevador de periostio se mueve hacia las incisiones del manguito gingival así como hacia atrás.

El fino periostio que se encuentra sobre el hueso debe incluirse en el colgajo, el borde del elevador se inserta a 2mm. bajo el tejido anterior adherido a medio camino entre el repliegue y manguito para proporcionar más adelante entrada a la aguja de sutura.

El colgajo se mantiene hacia arriba desde el plano de incisión con el elevador de periostio, o se coloca un pedazo de gaza bajo el colgajo para alejarlo del campo operatorio con un dedo, la retracción deberá ser cuidadosa para evitar daños y edema. El colgajo deberá permanecer retraído sin relajar la fuerza retractora hasta terminar la operación.

OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA.

Es el objeto principal de la extracción quirúrgica, la eliminación de la tabla ósea externa suprimiendo uno de los principales factores de la retención del diente en su alveolo.

La extensión y la cantidad del hueso a resecar están fijadas por las condiciones del diente a extraer, en general es suficiente resecar hasta una altura equivalente a la mitad del diente a su tercio apical. Cuando haya cementosis -- exagerada, dilaceraciones pronunciadas, o se necesite raspado de la zona la altura y amplitud de las malformaciones o entidades patológicas, el hueso de la pared alveolar, después de la eliminación del diente, debe ser prolijamente alisado con fresas redondas o limas para hueso para evitar lesiones del tejido gingival que va a cubrirlas.

Hueso demasiado adelgazado o papiráceo o trozos fracturados (pueden fracturarse extensiones distintas de la tabla externa en el acto de la extracción propiamente dicha), debiendo extraerse para evitar su necrosis y la supuración con siguiente.

La extirpación del hueso puede lograrse con cinceles, fresas o pinzas de guía, estas últimas se usan para iniciar la osisección si hay un alveolo vacío, al disecar un diente, se hacen cortes paralelos al eje longitudinal del diente en la plaza labial o bucal, sobre los lados mesial y distal de la raíz.

Después de extirpar la placa bucal se hacen otros cortes en hueso a ambos lados de la herida hasta haber expuesto la parte más ancha de la raíz, deberá tenerse gran cuidado de evitar las raíces de dientes adyacentes.

El diente se extrae con pinzas o elevadores, el tejido patológico en la punta se quita con curetas, los bordes de la incisión ósea se alisan con lima o -- con una pequeña cureta, todos los desechos y pequeñas espiculas se eliminan.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

La extracción del diente o de sus raíces, después de eliminado el hueso, -- pueden realizarse con pinzas, la supresión de parte de la tabla externa facilita el primer movimiento de lateralidad, la luxación y tracción están condicionadas por la dirección de las raíces o disposición radicular.

Para la extracción de las raíces, preferimos los elevadores rectos para el maxilar superior y rectos y angulares para la mandíbula.

Los elevadores pueden usarse como palanca o cuña, según ya fue indicado con cada aplicación se buscará desplazar al órgano dentario hacia el sitio de menor

resistencia; las raíces curvadas o dilaceradas se movilizarán en la dirección del arco que describen la eliminación de la tabla externa facilita las maniobras de luxación de las raíces con anomalías de forma o dirección, las raíces con cemento sis de gran volumen, exigen la ostectomía; hasta la región apical y en toda la amplitud de la raíz, en tal caso, debe ser eliminada por la ventana preparada en la tabla externa.

TRATAMIENTO DE CAVIDAD OSEA.

Eliminado el órgano dentario, se debe prestar atención a la cavidad ósea, en el caso de que existan lesiones óseas periapicales, estas deben ser eliminadas; - estas son las normas de una terapéutica moderna. Es natural que para descubrir -- los procesos periapicales se impone el examen radiográfico prequirúrgico, como se exige en una cirugía bucal avanzada, en consecuencia con los adelantos de otras - ramas de la Odontología.

Después de haber eliminado el órgano dentario y el tejido patológico que se encuentra en el fondo de la cavidad, es preciso la eliminación de esquirlas óseas las partículas de hueso, los bordes filosos, deben ser eliminados con esto, se -- suprimirá una causa de irritación del tejido gingival de revestimiento o un foco, largo tiempo mantenido de alveolitis y supuración del alveolo.

La eliminación de tejido patológico se realiza con cucharillas y por la parte vestibular del proceso, la eliminación de esquirlas óseas se realizará por medio de suero fisiológico y los bordes filosos se eliminan con una lima para hueso al final de todo este procedimiento se lava la cavidad ósea con suero fisiológico y se verifica que no queden bordes filosos ni esquirlas óseas.

TECNICA DE SUTURA

Se vuelve el colgajo a su posición con suturas, esta es una indicación importante, el éxito de la operación puede verse malogrado por un colgajo desprendido, lo cual puede ocasionar su retracción indebida, con los consiguientes trastornos estéticos o la infección del alvéolo con dolor y supuración.

Dos o tres puntos de sutura bastan para fijar el colgajo en su sitio normal de inserción, es también conveniente cerrar el alvéolo con otro punto, con lo cual aseguramos la obturación hermética de la cavidad.

Se coloca una sutura a través del borde del colgajo libre aproximadamente a la mitad entre el manguito y pliegue y se sutura con un punto opuesto en el tejido fijo que está por delante de la incisión; se anuda sin tensión, no es necesario suturar los tejidos linguales, se coloca una compresa de gasa doblada y húmeda sobre el alvéolo para evitar hemorragia.

En áreas especiales son necesarias las variaciones en el diseño básico del colgajo, en el área del primer premolar inferior se añade una incisión vertical distal de modo que pueda protegerse las estructuras del agujero mentoniano.

Los puntos se retiran al 4to. o 5to. día, dejados más tiempo corren el riesgo de traumatizar inútilmente el tejido gingival, de por sí tan delicados y tan labil a los traumatismos.

La sutura de elección es la seda negra tres ceros o dexalón tres ceros.

COMPLICACIONES

Estas se dividen en transoperatorias y postoperatorias.

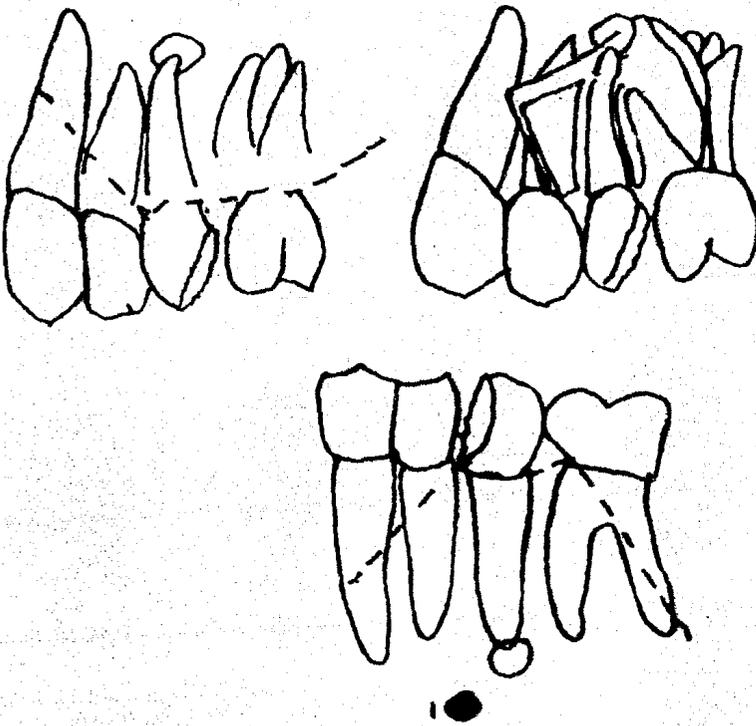
TRANSOPERATORIAS

- a) *Lesión de troncos nerviosos.*
- b) *Lesión de tejidos y dientes adyacentes.*
- c) *Fractura de hueso alveolar.*
- d) *Fractura de Tuberosidad.*
- e) *Comunicación a seno maxilar.*
- f) *Introducción de restos radiculares a seno maxilar.*
- g) *Deglución o aspiración de dientes.*
- h) *Hemorragia (6)*

POSTOPERATORIAS

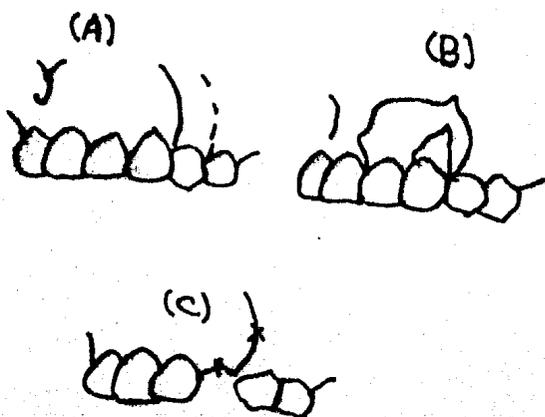
- a) *Hemorragia.*
- b) *Alveolitis.*
- c) *Hematomas.*
- d) *Infección.*
- e) *Inflamación.*
- f) *Dolor (6)*

INCISION ANGULAR .



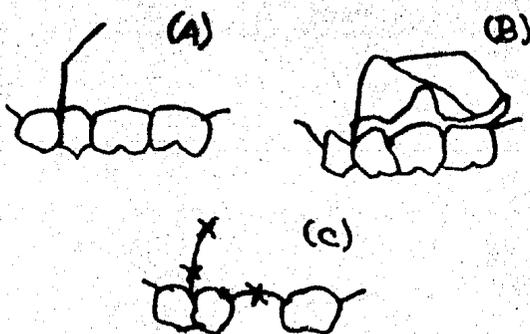
1.- AGUJERO MENTONIANO

TIPOS DE INCISION



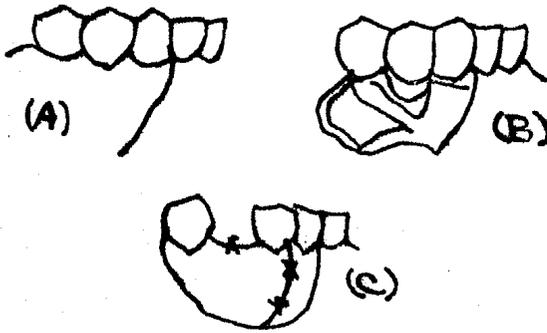
Colgajo angular para la extracción con alveolectomía del canino Superior Izquierdo:

- a) Incisión
- b) El colgajo desplazado hacia el lado mesial y alveolectomía.
- c) Colgajo suturado

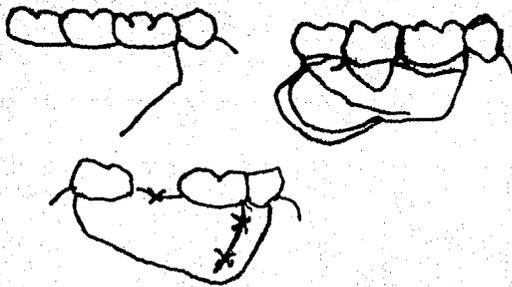


Esquema del trazo del colgajo para realizar la extracción por alveolectomía externa del primer molar superior. El Colgajo se traza desde el primer premolar.

TIPOS DE INCISION

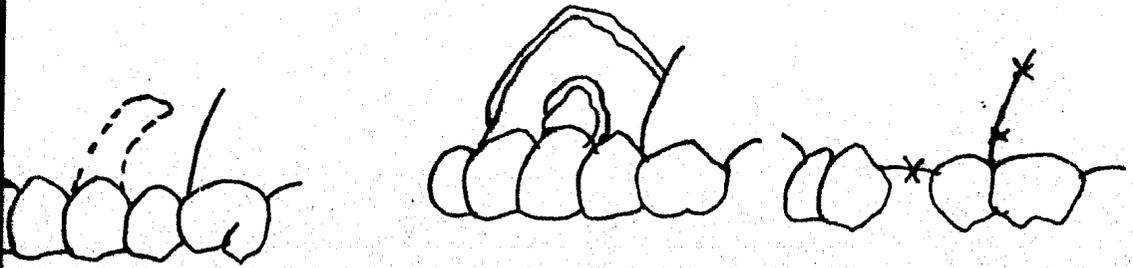


Esquema del trazo del colgajo para realizar la extracción por alveolectomía externa del primer premolar inferior derecho.



Esquema del trazo del colgajo para realizar la extracción por alveolectomía del segundo molar inferior derecho.

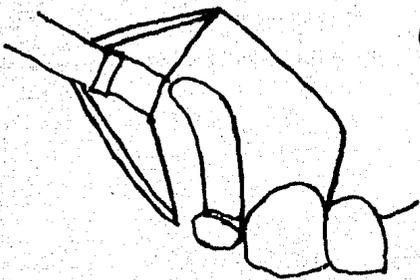
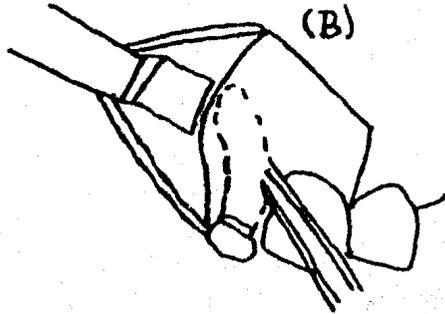
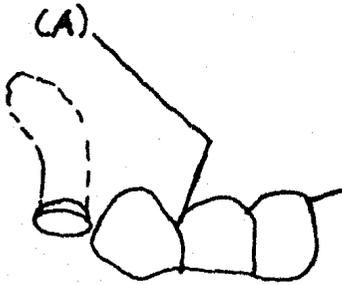
TIPOS DE INCISION



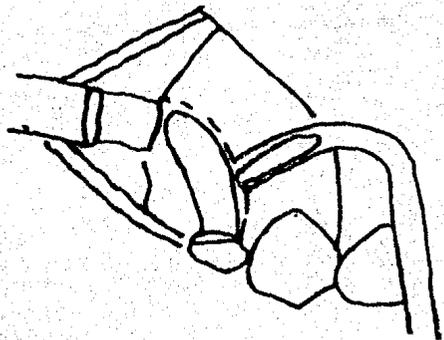
Extracción de un primer molar superior, con pronunciada dilatación hacia distal y cementosis (en punteado trazado de la raíz)

- a) Incisión que llega hasta el primer molar
- b) Desprendimiento del colgajo
- c) Puntos de sutura

TIPOS DE INCISION

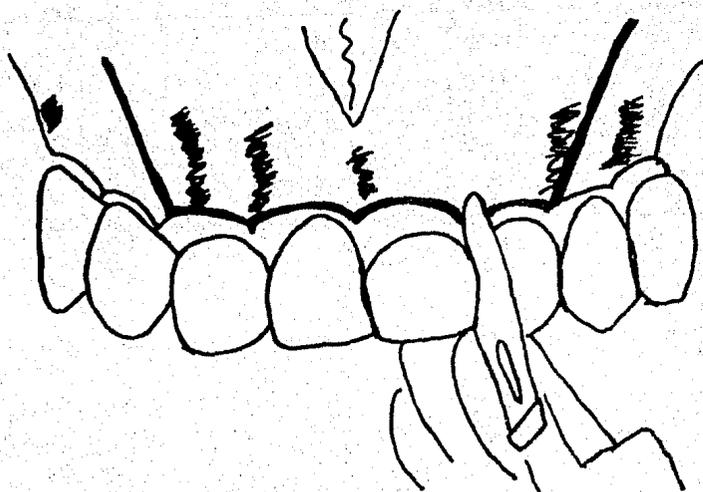
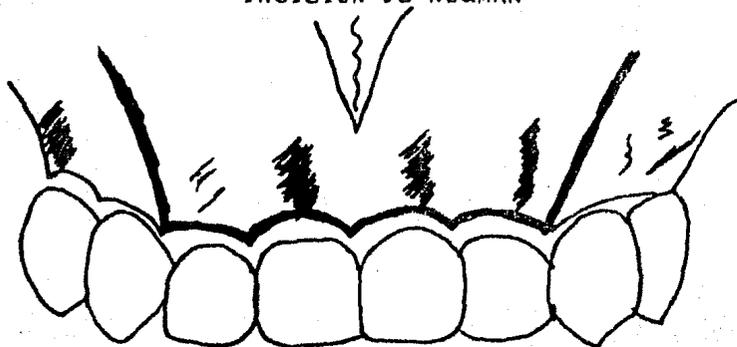


(c)



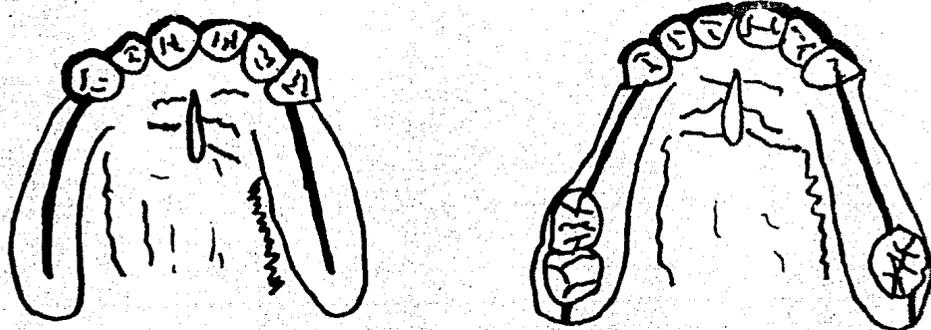
- a) La incisión se traza iniciándola en la lengüeta del diente anterior.
- b) Osteotomía de la tabla externa, por medio de un escoplo de media caña
- c) Practicada la osteotomía vestibular se presenta la raíz, se aplica un elevador sobre su cara mesial y se dirige hacia abajo y hacia distal.

INCISION DE NEUMAN



Corte siguiendo el festoneado gingival hasta unir las incisiones liberáticas.

ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA CON EXODONCIA



Trazo de la incisión para realizar la extracción de los dientes anteriores, del tercer molar izquierdo y segundo, y tercer molar derecho para la regulrización total de la arcada. En un maxilar superior; la incisión desprende los cuellos de los dientes, de canino a canino y se prolonga hacia distal fig. (A) - y al tercer molar izquierdo y segundo y tercer molar derecho fig. (B).

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO IV

- 1.- Guillermo A. Ries Centeno.
"Cirugía Bucal"
Edit., Ateneo. 1979
Pp 432 - 441
- 2.- Gustav. O. Kruger.
"Tratado de cirugía bucal."
Edit. Interamericana 1979
Pp. 63 - 68
- 3.- Niels Bjorn Jorgensen.
Jess Hayden Jr.
"Anestesia Odontológica".
Edit. Interamericana 1977
Pp 33-50, 58, 65.
- 4.- Gustav. O. Kruger.
"Tratado de cirugía Bucal".
Edit. Interamericana 1979
Pp 101 - 103
- 5.- William G. Shafer.
Maynard K. Hine.
Barnet M. Levy.
"Tratado de patología bucal".
Edit. Interamericana 1979
Pp 688.

6.- Alvin L. Morris.

Harry M. Bohannon.

"Las especialidades odontológicas en la
práctica general".

Edit. Labor

1980

Pp 580 - 586

CAPITULO V

A.- ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR

- 1.- *Características clínicas.*
- 2.- *Indicaciones.*
- 3.- *Contraindicaciones.*
- 4.- *Procedimiento quirúrgico.*
- 5.- *Complicaciones.*

B.- ELIMINACION DE TORUS PALATINO

- 1.- *Características clínicas.*
- 2.- *Tratamiento y pronóstico.*
- 3.- *Indicaciones.*
- 4.- *Contraindicaciones.*
- 5.- *Procedimiento quirúrgico.*
- 6.- *Complicaciones.*

C.- ALVEOLOPLASTIA DE OBWEGESER

- 1.- *Tuberoplastia.*
- 2.- *Técnica operatoria.*
- 3.- *Complicaciones.*
- 4.- *Alveoloplastia.*
- 5.- *Alveoloplastia simple.*
- 6.- *Alveoloplastia radical.*
- 7.- *Alveoloplastia intrarradicular.*

CAPITULO V

ELIMINACION DE TORUS MANDIBULAR

EXOSTOSIS.- *Hipertrofia parcial circunscrita a la superficie de un diente o hueso.*

Exostosis.- *Son pequeñas protuberancias nodulares sobre las cuales la mu cosa puede aparecer blanqueada. Su etiología es desconocida y no se disponen cifras sobre su frecuencia y disposición.*

Las exostosis múltiples de los maxilares son menos comunes - que los torus y, por lo general se encuentran en la superficie vestibular de la zona de los molares.

No tienen importancia clínica excepto que, si son grandes, - interfieren en la preparación o inserción de una prótesis. - (4).

ETIOLOGIA DE TORUS MANDIBULAR

La etiología del torus es desconocida, pero algunos autores indican que son estados hereditarios que se suponen siguen una pauta Mendeliana dominante. (Susuki y Sakai); (4).

Otros como Prinz sostiene que son mas comunes entre las mujeres y Matthews los ha observado en esquimales y en individuos con grandes músculos masticadores y dientes muy abrasionados mecánicamente. En individuos que muerden borde - incisal sobre borde incisal, el torus es más frecuente. (1)

Los torus mandibulares se producen principalmente en el área lingual a - los premolares, son generalmente bulbares, pueden ser simples o múltiples y oca sionalmente hacen coalescencia para formar una gruesa exostosis lingual que se extiende hacia atrás, desde el canino hasta el segundo molar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Muestran sombras radioopacas difusas dentro de la mandíbula, la radioopa - cidad, depende del tamaño y grado de calcificación de la masa proliferada. Los

torus producen sombras radioopacas irregulares que no están rodeadas por líneas radiotransparentes, se parecen a zonas de osteoesclerosis dentro de los maxilares.

INDICACIONES

Las indicaciones son quirúrgicas solamente cuando se requiere procedimiento protético ya que no es un tumor patológico. Por lo tanto, sino se requiere dicho procedimiento es contraindicado extirparlo quirúrgicamente.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

TECNICA DE ANESTESIA

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua interna, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. por encima del plano oclusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula, desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm. pegada a la cara interna de la mandíbula; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal. La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama.

Si el paciente mantiene la boca bien abierta, se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo.

INCISION

Es importante colocar la incisión sobre la cresta del reborde desdentado o al rededor del cuello de los dientes, para lograr un cierre apropiado, la incisión deberá ser lo suficientemente larga para abarcar todo el torus y extenderse más allá del mismo, esto último con el objeto de no desgarrar el colgajo generalmente delgado, solo se refleja el grosor completo del mucoperiostio sobre el lado lingual, los tejidos no se liberan proporcionando así tejido labial estable para cerrar y evitar pérdida de la profundidad del surco. (Ver. Figuras 19 en la Página 86).

OSTEOTOMIA Y OSTEOPLASTIA

Se corta un canal con la fresa en el torus expuesto para desarrollar un plano desde el cual se dividirá, se coloca un osteótomo de un solo bisel sobre el corte con el bisel dirigido en la dirección opuesta de la corteza y se divide el torus con un golpe seco de martillo, se alisa el hueso con una lima para hueso o si el espacio lo permite con una fresa para hueso con frotación o se realizan ambos procedimientos.

SUTURA

El área se irriga con solución salina normal, se sutura mediante puntos separados con Dexalon o Seda tres ceros y se coloca una férula acrílica transparente en lingual a los dientes, para evitar formación de hematoma. El cuidado de la férula es el mismo que en el caso del torus palatino.

(Ver figuras 21 en la página 86)

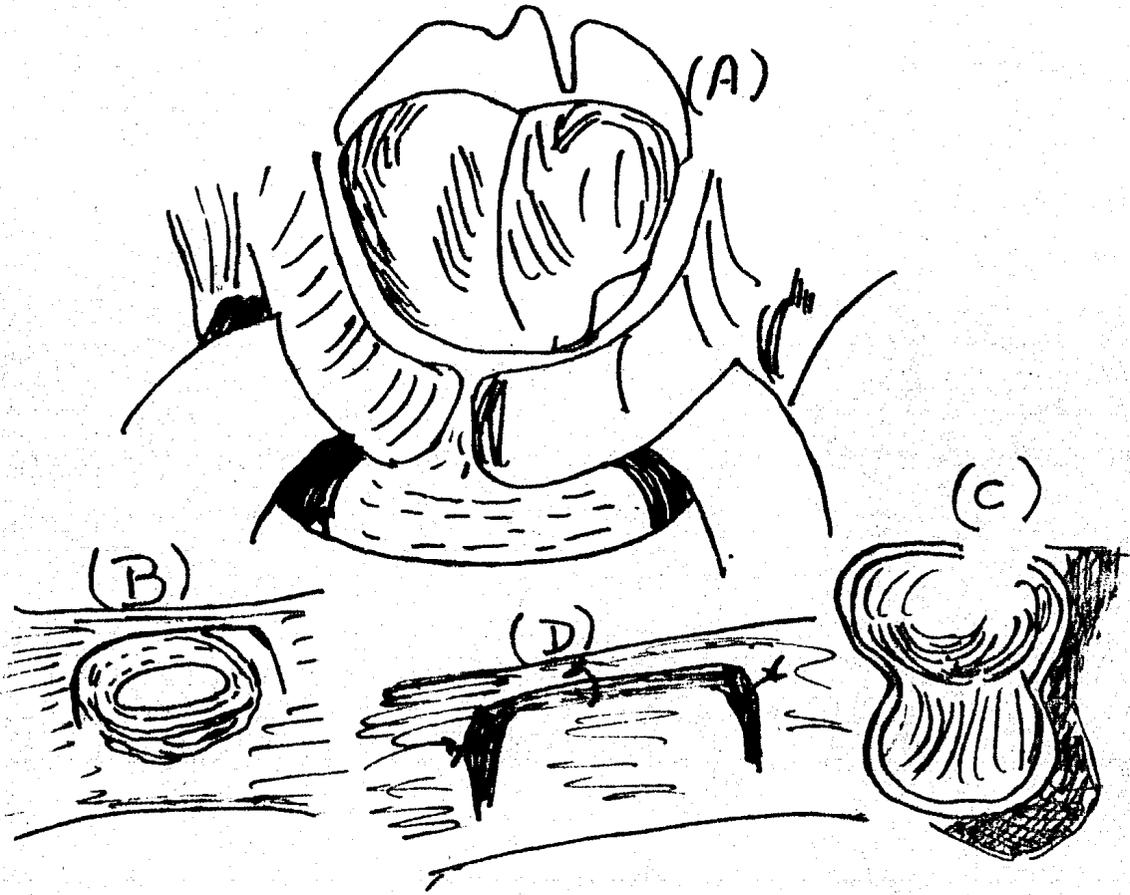
COMPLICACIONES.

TRANSOPERATORIOS

- a) Lesión de troncos nerviosos.
- b) Lesión de dientes adyacentes.
- c) Lesión a piso de la boca y estructuras adyacentes como:
Lengua, glándula salival, sublingual, glándula submaxilar.
- d) Hemorragia.

POSTOPERATORIOS

- a) Hemorragia
- b) Hematoma
- c) Infección



La operación de Torus mandibular

- a) Aspecto del caso
- b) Incisión
- c) Desprendimiento del colgajo mucoperiostico
- d) Vuelto el colgajo a su sitio, sutura

TORUS PALATINO.

El torus palatino es una protuberancia o excrecencia ósea de crecimiento lento y base plana que se presenta en la línea media del paladar duro (rafe medio de la bóveda palatina). Se ha expuesto numerosas teorías pero aún falta una explicación posible de esta lesión bucal común, un estudio de Susuki y Sakai de muestran que tanto el torus palatino como el mandibular, son estados hereditarios, que se supone siguen una pauta Mendeliana dominante, no tienen importancia patológica pero a veces se forman diagnósticos equivocados, considerándolos tumores alarmantes.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La frecuencia de torus palatino registrada en E.E.U.U. es de 25%. Las mujeres están más afectadas que los hombres aunque el torus puede presentarse a cualquier edad incluso en la primera década, parece alcanzar su punto culminante poco después de los treinta años, ciertas razas como los indios norteamericanos, los esquimales, así como individuos con grandes músculos masticadores y dientes muy abrasionados mecánicamente, tienen una frecuencia, mucho mayor de torus palatino que la población en general.

El torus palatino se presenta como una saliente en la línea media del paladar y puede adquirir varias formas, desde el punto de vista clínico según Thoma, ha sido clasificado como: fusiforme, nodular en huso y lobular.

La mucosa que recubre al torus está intacta pero a veces aparece más pálida, si se traumatiza se ulcera, el torus propiamente dicho se compone de hueso compacto denso, o de un caparazón de hueso con un centro de hueso esponjoso y por lo tanto suele ser visible en las radiografías palatinas intraorales; así como en las radiografías laterales de cráneo donde se aprecia su relación con el piso nasal.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

En general, la exostosis no se traduce por ninguna señal radiográfica; no obstante en algunos casos se observa en la radiografía una ligera línea cortical que corresponde a la periferia del torus. Muestran sombras radiopacas difusas dentro del maxilar, la radiopacidad, depende del tamaño y grado de calcifica

ción de la masa proliferada. Los torus producen sombras radioopacas irregulares que no están rodeadas por líneas radiotransparentes, se parecen a zonas de osteoesclerosis dentro de los maxilares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Esta lesión tiene escasa significación clínica, es benigna y nunca se transforma en maligna, aunque ocasionalmente los torus contra los que choca una prótesis son frecuentemente dolorosos y producen irritación que puede hacer que se produzca una infección e incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal. El pronóstico generalmente es benigno.

INDICACIONES

Las indicaciones quirúrgicas incluyen torus grandes lobulados con delgada cubierta mucoperiostica, extendiéndose hacia atrás y a la línea vibrátil del paladar que evita que la dentadura postiza se asiente sobre la mucosa, así como el sellado de las depresiones palatinas.

Va que ocasionalmente pueden tener un tamaño y una forma tales que sea imposible o poco práctico confeccionar una prótesis completa o parcial, sobre las estructuras debido a las retenciones, probabilidad de traumatizar la mucosa que lo cubre o lo imposibilita de asentar a la dentadura, por causa de balanceo, en tales casos habrá que analizar la situación y eliminar el torus quirúrgicamente antes de confeccionar el aparato de prótesis.

CONTRAINDICACIONES

Está contraindicado cuando no haya necesidad protésica.

TECNICA QUIRURGICA

TECNICA DE ANESTESIA

Después de la asepsia se bloqueará a los nervios palatino anterior y esfe nopalatino para aplicar la anestesia se coloca el bisel de la aguja en sentido plano sobre la mucosa distal del primer molar y en un punto medio entre el punto gingival y la bóveda del paladar la jeringa se encuentra entonces paralela al plano sagital del molar, se aprieta lentamente el embolo de la jeringa para forzar la solución contra el epitelio, al observar que la mucosa palidece se disminuye la presión enderezándose la aguja, cuya punta penetra entonces en el epitelio, se inyecta una gota de solución, se espera unos cuantos segundos (cinco segundos entonces se empuja la aguja unos cuantos milímetros volviendo a inyectar una gota de la solución y se espera otra vez unos segundos. Se procede de esta manera hasta que la aguja haya penetrado por debajo del tejido fibroso duro que recubre la depresión en forma de embudo que presenta el paladar duro. Al inyectar la solución en este espacio, no se nota ninguna resistencia y la difusión del líquido es muy rápida, por tanto, no se debe inyectar más de 0.5 de milímetro.

NERVIO ESFENOPALATINO.- El bisel de la aguja se coloca en sentido plano - contra la mucosa y sobre el lado de la papila incisiva (tubérculo palatino), apretándolo contra la mucosa. Se inyecta la solución en el epitelio, donde se difunde rápidamente provocando el palidecimiento de los tejidos. Se empuja un poco la - aguja en el epitelio y se inyecta una gota del anestésico. Después de una pausa - de unos cuantos segundos se dirige la aguja por debajo de la paila y se inyectan lentamente 0.25 a 0.5 ml. de la solución. Los dos nervios esfenopalatinos el derecho y el izquierdo, quedan anestesiados.

INCISION

Se practica una incisión, cuyas extremidades se abren en V o en Arco. La - incisión lineal recorre el centro del torus, en sentido anteroposterior y en toda su extensión; la incisión en arco, sobrepasa los límites del proceso. Debe - llegar profundamente hasta hueso, seccionando fibromucosa y periostio. La hemostasia en este procedimiento se hace por comprensión.

(Ver figuras 22 y 23 en la página 93-94)

OSTECTOMIA

Tiempo difícil, que requiere habilidad quirúrgica. El torus es generalmente y necesita ser eliminado a escoplo y martillo, procurando no perforar o resecar el piso de las fosas nasales (iatrogenia), prevención que se logra mediante la sección en fragmentos con una fresa accionada bajo un chorro de suero fisiológico. Los elementos seccionados se eliminan con un elevador.

TECNICA DE SUTURA

El colgajo se recorta y se sutura laxamente.

El paladar deberá cubrirse para evitar formación de hematoma y sostener el colgajo, se cubre óptimamente con una férula palatina ajustada a los dientes mediante ganchos y ligaduras con alambres de acero inoxidable; la férula permanece en su lugar 48 horas y después se retira para limpiar y examinar la herida; se lleva entonces como un vendaje sobre el sitio de la operación hasta haber ocupado bien la herida, sin embargo, la férula se extrae después de cada alimento para tomar medidas de limpieza e higiene bucal.

COMPLICACIONES

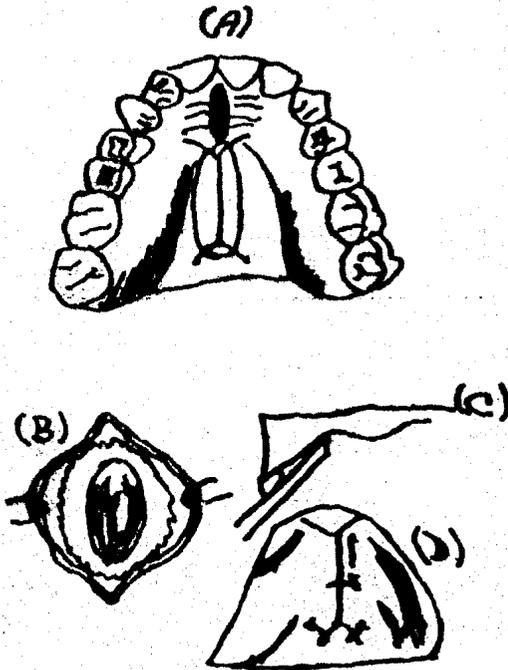
El torus palatino deberá estudiarse radiográficamente para descartar la posibilidad de traumatización, extirpar estos torus podría dar lugar a una apertura buconasal iatrogena (paladar hendido traumático). Por lo cual se recomienda en el estudio pre-quirúrgico radiográfico una radiografía lateral para determinar su lejanía o cercanía a piso nasal.

TRANSOPERATORIAS

- a) Lesión de tejidos blandos adyacentes
- b) Comunicación a seno maxilar
- c) Perforación a piso nasal
- d) Lesión de troncos nerviosos
- e) Hemorragia

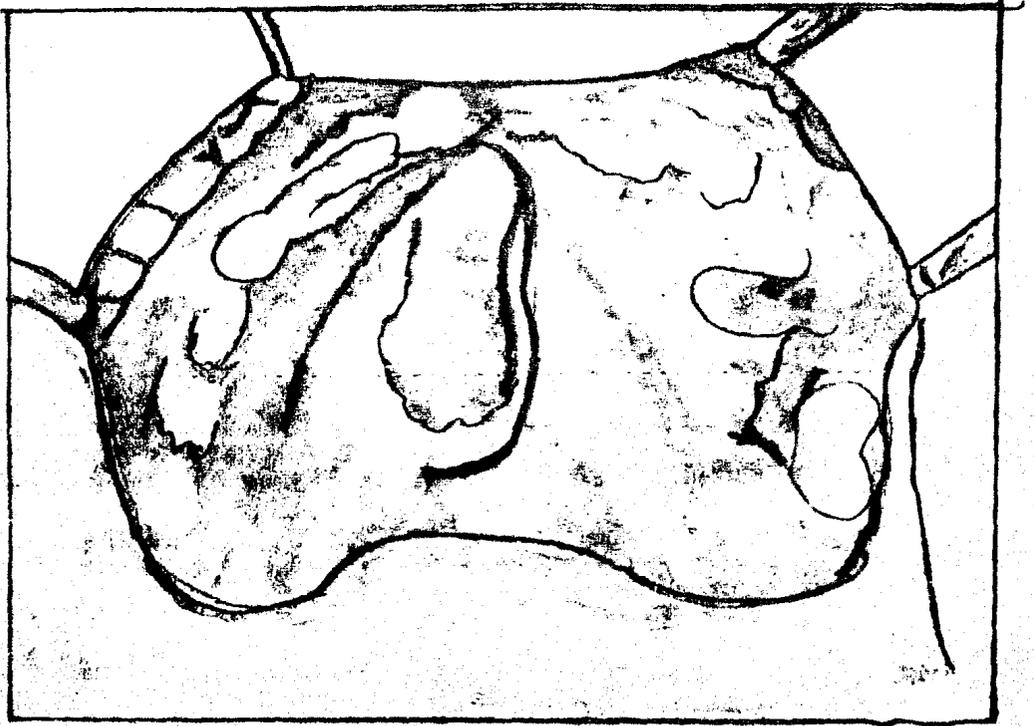
POSTOPERATORIAS

- a) Hemorragia
- b) Hematoma
- c) Infección
- d) Inflamación



LA OPERACION DEL TORUS PALATINO POR EL METODO DE DORRANCE

- A.- INCISION CUYAS EXTREMIDADES SE ABREN EN V O EN ARCO.
- B.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO
- C.- ESQUEMA DE LA OSTECTOMIA CON ESCOPIO RECTO
- D.- SUTURA DEL COLGAJO PALATINO



Incisión en Arco, rodeando la base del Torus Palatino, y extendiéndose de un polo al otro, para poder obtener un colgajo, que descubra ampliamente el proceso a resecar.

ALVEOLOPLASTIA DE OBWEGESER

TUBEROPLASTIA

Por Obwegeser.- Esta técnica está diseñada para aumentar la profundidad entre el gancho del ala interna de la apófisis Pterigoides del esfenoides y el lado distal del maxilar superior, es útil para ser espacio en un maxilar superior plano, en que la atrofia ha provocado pérdida completa de la tuberosidad en el lugar donde debería descansar el reborde de la dentadura postiza.

Esto es un procedimiento de anestesia general y quirúrgico, porque la hemorragia desde el plexo venoso pterigoideo puede ser importante.

TECNICA OPERATORIA

El área se infiltra con licocaína al 2 x 100 con solución de 1/1000000 -- de adrenalina para hemostasis. Se hace una incisión en el ángulo pterigomaxilar y la mucosa del paladar blando, se socava y moviliza.

El tejido localizado se diseca hasta el hueso con tijeras curvas, se introduce un osteótomo de 1 cm. en el área encontrarse hueso, se mueve dentro del hueso, fracturándose la apófisis pterigoides y desprendiéndola hasta una profundidad de 1 cm. en esta etapa el sangrado es abundante y se puede controlar suturado una gasa orlada de 25 cm. con solución de adrenalina al 1/50,000 y haciendo taponamiento bajo presión en la herida, al lograr hemostasia, se sutura la mucosa socavada a la profundidad de la tuberosidad con una aguja de ángulo catgut crómico 3-0 ó dexón 3-0. El hueso expuesto en el lado distal del maxilar puede cubrirse por epitelización secundaria, o por injerto cutáneo de grosor parcial.

Si se encuentra dificultad con el método de sutura antes descrito puede pasarse una legra que lleve dexón 3-0 a través del seno saliendo al nivel de la tuberoplastia posterior.

Esto permite un medio excelente para tirar del tejido hacia abajo en el espacio recién creado, La curación continúa una semana antes de llevar una dentadura postiza temporal.

COMPLICACIONES

Fractura de hueso alveolar

Fractura de tuberosidad

Hemorragia

Deglución o aspiración de dientes

Hematomas

Infección

ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia o alveolectomía es la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar, cuando se realizan extracciones múltiples los contornos del reborde alveolar deberán tratarse en consideración, respecto a necesidades prótesis futuras. El reborde ideal tiene forma de U la resorción natural continuará los rebordes a veces de manera poco uniforme, pero se requiere un período más largo y el paciente puede experimentar molestias hasta que los bordes óseos localizados bajo el periostio sensible se redonden. Se requiere buen juicio para determinar si la alveoplastia es necesaria y cuan extensamente deberá hacerse.

El objetivo es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado, aunque el reborde extensamente contorneado por cirugía es muy hermoso con cierre mucósico terminal sobre los alveolos, el procedimiento será inútil si la gran resorción del hueso restante hace imposible llevar dentadura postiza después de algunos años. Por otro lado la pereza por parte del operador para alisar bordes claramente afilados, protuberancias y socavados excesivos que causan molestias y una base para dentadura postiza poco satisfactoria, nunca podrá denominarse tendencia conservadora.

El procedimiento más conservador es la compresión de las paredes alveolares haciendo presión con el pulgar y algún otro dedo.

El extracción generalmente expande la corteza labial o bucal, la presión restaurará las paredes a su forma inicial, el exceso de compresión debido a presión muy fuerte puede reducir la anchura de los alveolos en un tercio.

Si existe duda en la mente del operador sobre el grado de resorción natural que vaya a producirse, puede juzgar mejor tres semanas después de haber llevado a cabo las extracciones la mayor parte de la resorción inicial habrá terminado en tres semanas, en ese momento puede aún ser necesaria una alveoplastia extensa, pero encontrará con más frecuencia que sólo unas cuantas áreas pequeñas requieren contorneado.

Existen diferentes tipos de alveoloplastia las cuales se mencionarán a continuación:

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE.

Después de extracciones se examinan flecos alveolares bucales y hueso interseptal para buscar protuberancias y bordes afilados si es necesario realizar una alveoloplastia, se hacen incisiones a través de las crestas interseptales; el mucoperiostio se eleva cuidadosamente del hueso con un elevador de periostio, se presenta dificultad al empezar a formar el colgajo en el borde del hueso porque el periostio está adherido a los extremos de los huesos pero deberá tenerse cuidado de no elevar el colgajo más de dos terceras partes del alveolo vacío.

Elevarlo más desgarraría el plieque mucobucal ligeramente adherido con la consecuencia de grave pérdida de espacio para la altura de la aleta de la dentadura postiza.

El colgajo se retrae delicadamente y se coloca el borde de una compresa de gasa entre el hueso y colgajo, se colocan unas pinzas de gubia universales de lado a mitad del alveolo vacío y la placa alveolar labial o bucal se reseca para lograr una altura uniforme en todos los alveolos.

a) Las pinzas se colocan en ángulo de 45° sobre la cresta interseptal -- con un pico en cada alveolo y se elimina la parte interseptal bucal o labial.

Este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas interseptales.

Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorragia, una lima pasa ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso, se eliminan las partículas sueltas se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso y se frota un dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alveolo está liso.

La placa bucal deberá contornearse aproximadamente a la misma altura -- que la placa palatina para formar un reborde plano y ancho. Los socabados excesivos en los segmentos posterosuperior y antero inferior deberán recibir especial atención, el tejido blando excesivo y el tejido de granulación crónica se eliminan de los colgajos bucal y palatino, que se suturan entonces sobre las áreas interseptales pero no sobre los alveolos abiertos. Se sutura en forma continua o con puntos separados sin tensión.

(Ver fig. 24 la pdg.100)

ALVEOLOPLASTIA RADICAL

En ciertos momentos se aconseja contorneado radical del borde alveolar debido a socavados extremadamente prominentes o en ciertos casos, una gran discrepancia en la relación horizontal de los rebordes superior e inferior, debido a sobremordida horizontal notable (overjet). Estos pacientes pueden requerir - eliminación total de la palaca labial para lograr substitución protética satisfactoria.

En estos casos se eleva un colgajo mucoperiostico antes de la extracción. La extracción de los dientes puede facilitarse al eliminar primero el hueso labial que queda por encima de las raíces de los dientes, esta eliminación de hueso también asegurará la conservación del hueso intrarradicular, después de extraer los dientes, se recorta el hueso restante y se contornea para lograr la altura labial y oclusal deseada con cincel, pinzas de gubia y lima, se recorta tejido excesivo de los colgajos labial y palatino, que se unen con sutura continua o puntos interrumpidos sobre los tabiques.

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

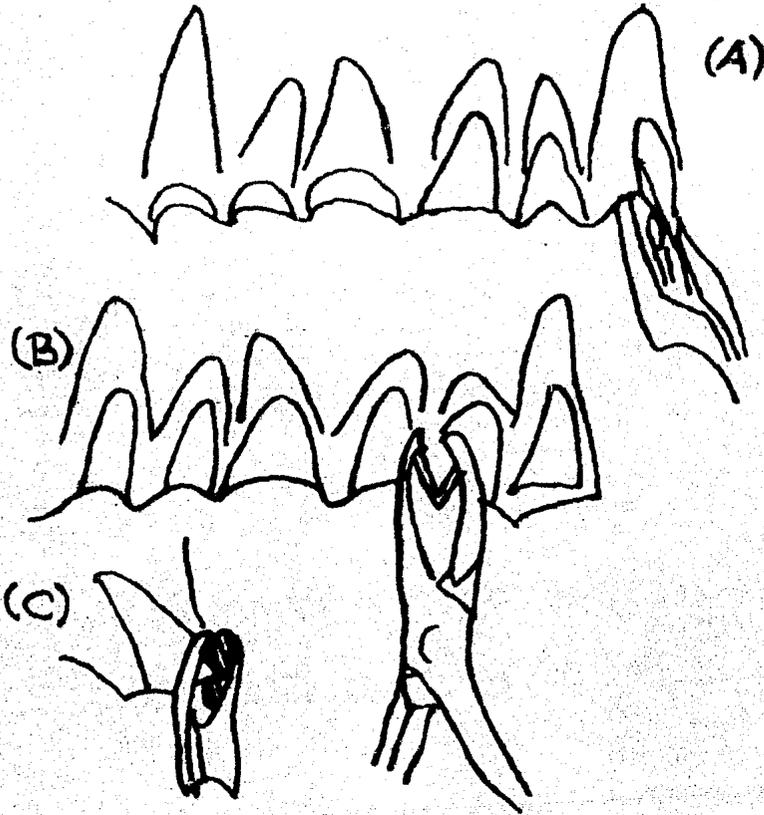
ALVEOLOPLASTIA INTRARRADICULAR

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

Se asocian menos resorción y menos dolor posoperatorio con este procedimiento, puesto que el periostio no se desprende del hueso y no descansa sobre - hueso que se ha puesto dspero.

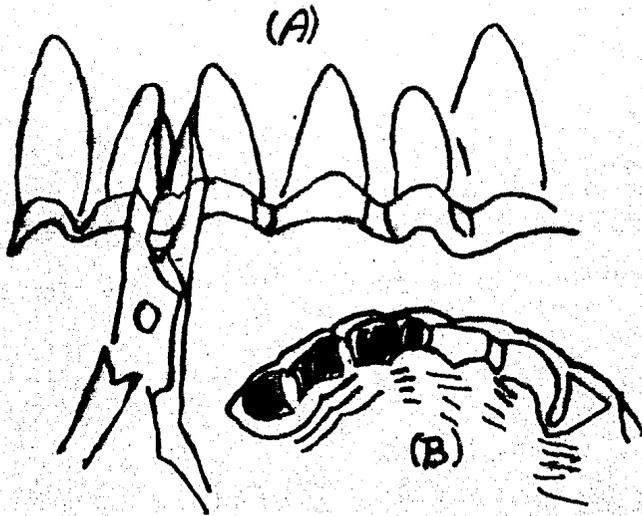
(Ver figura 26 en la página 101)

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE



- a) Eliminación placa labial con pinzas de gubia.
- b) Extracción de punta intercepal
- c) Vista lateral de extirpación de punta intercepal

ALVEOLOPLATIA INTRARRADICULAR



- a) Con pinzas de gubia de pico estrecho se eliminan tabiques sin elevar colgajos ni destruir la placa labial.
- b) La placa labial debilitada se colapsa hacia la placa palatina con presión pulgar.

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

CAPITULO V

- 1.- Guillermo A. Ries Centeno
"Cirugía Bucal".
Edit - Ateneo - 1979
Pp 505, 506, 507, 508.
- 2.- Gustav O. Kruger
"Tratado de Cirugía Bucal".
Edit - Interamericana - 1979
Pp 104, 105.
- 3.- Niels Bjorn Jorgensen.
Jess Hayden Jr.
"Anestesia Odontológica".
Edit - Interamericana - 1979
Pp 33, 50, 58, 65.
- 4.- William A. Shafer
"Tratado de Patología Bucal"
Edit - Interamericana - 1979
Pp 155, 156, 157.

R E S U L T A D O S

De acuerdo a la investigación bibliográfica actualizada que se llevó a cabo, obtuvimos como resultado que la alveolectomía y la Alveoloplastia como un conjunto de técnicas quirúrgicas preprotésicas, son las más recomendables para realizar en nuestra práctica profesional.

Así como estas técnicas quirúrgicas también nos ayudarán a eliminar las hipertrofias de las tuberosidades y torus. Ya que son técnicas quirúrgicas dirigidas a un mejor tratamiento preprotésico.

Debido a que con estas técnicas quirúrgicas se obtienen resultados como: disminución de tiempo y molestias al paciente así como, un desarrollo en el instrumental empleado., brindando al paciente una alternativa de rehabilitación más rápida y eficiente y mayor seguridad para el cirujano dentista.

Otro resultado que se obtuvo, es que los procedimientos quirúrgicos de alveolectomía y alveoloplastia, deben de realizarse en la misma sesión en la cual se hagan las extracciones, porque así se provocarán menos traumatismos al paciente, que es lo que debe de prevenirse en todo momento.

Ya que algunos autores, recomiendan realizar al alveolectomía y la alveoloplastia quince días después de haber efectuado las extracciones.

Conforme a lo anterior, se incluyen en la sección de anexo complementario, artículos recientes los cuales esperamos sirvan de apoyo al Cirujano Dentista.

CONCLUSIONES

- 1.- En la práctica general el Cirujano Dentista no debe olvidar que después de hacer una extracción o algún procedimiento en el que se encuentra involucrado el hueso alveolar, es de mucha importancia dejar éste en condiciones favorables para la aceptación de una prótesis ya sea parcial o total, para evitar futuras molestias en cuanto a la recepción de ésta por el paciente.
- 2.- La historia clínica es el principal medio a través del cual nosotros nos vamos a dar cuenta de la existencia o inexistencia de algún padecimiento que pueda ser un factor predisponente a alguna atrofia ósea. Asimismo nos daremos cuenta si el paciente se encuentra en condiciones de salud y favorables para poder ser intervenido quirúrgicamente.
- 3.- Con este trabajo realizado nos damos cuenta de la necesidad de la alveolectomía y alveoloplastia, y la importancia de dejar procesos adecuados para la colocación de una prótesis.
- 4.- Con respecto a las técnicas que se describen consideramos que son muy importantes y determinantes, para realizar un tratamiento en cada caso específico, seleccionando cada técnica en dicho caso.
- 5.- Encontramos que al realizar la alveolectomía y alveoloplastia, no va a existir una reabsorción ósea defectuosa y nos va a ayudar a la cicatrización.
- 6.- Las tumoraciones óseas, defectos postoperatorios de las extracciones dentarias, traen como resultado que los aparatos protésicos no se adapten a los procesos.
- 7.- La eliminación del torus palatino se debe realizar cuando éstos sean un obstáculo para la colocación de una prótesis.
- 8.- Es determinante dejar procesos que tengan estética y funcionalidad para colocar una prótesis bien adaptada.

PROPOSITOS SUPERADORES

- 1.- En primer lugar cabe mencionar que todo odontólogo debería de establecer programas de salud bucal; para que a la comunidad se le exhorte acudir al consultorio dental o clínicas correspondientes por lo menos cada seis meses, ya que como hemos mencionado anteriormente; existen gran número de patologías que por estar en estadios primarios el paciente no se percata de ellos, hasta que éstas producen complicaciones.
- 2.- Esta enseñanza de promoción debe de ser general tanto en niños como adultos. En el caso de niños los profesores de las escuelas deberían de impartir programas de salud dental asesorados por la S. S. A., hacer levantamientos de índices y realizar tratamientos preventivos antes que curativos. Esto es con el fin de que los niños tomen conciencia de la importancia que tiene la salud bucal.
- 3.- En fábricas y talleres donde hay gran conglomerado de gente se deberían realizar programas de control de la salud bucal, ya que en los adultos también se debe de crear conciencia a cerca de su salud bucal.

ANEXO COMPLEMENTARIO

COMENTARIOS

De los artículos consultados sacamos un resumen de cada uno de ellos los cuales mencionaremos a continuación.

Encontramos una gran cantidad de artículos pero los mencionados son los que consideramos de mayor importancia y que se encontraban más vinculados con nuestro trabajo bibliográfico.

Por medio de estos artículos nos podemos dar cuenta de nuevos descubrimientos que el hombre en su afán por la supervivencia va encontrando, se va actualizando en métodos científicos recientes.

Por medio de estos artículos nosotras hemos tratado de que nuestro trabajo -- sea lo más actualizado posible dentro de lo que se ha descubierto más actualmente, ya que como todos conocemos en toda el área científica, particularmente las Biológicas, siendo una de sus ramas la Odontología, hay cambios en técnicas, farmacos etc. para el bienestar de la salud humana.

ACCESO MEDIAL PARA OBTENER HUESO ILIACO

Este artículo nos habla de una trepanación, la cual consiste en pasar una larga aguja de biopsia a través de la piel hasta llegar dentro del iliaco; - el hueso que queda en la punta de la aguja constituye el injerto. Esta técnica es usada principalmente en casos de periodontitis, para colocar injertos para la corrección de defectos periodontales, donde solamente son necesarias pequeñas cantidades de hueso.

CAMBIO TEMPRANOS DE LA PULPA DESPUES DE UNA OSTEOTOMIA

MAXILAR ANTERIOR

Este experimento se realizó en animales (Monos)

Esto es con el propósito de ver la reacción de la pulpa después de la osteotomía segmental.

Se realizó la osteotomía en anteriores, el segmento movilizado fue desplazado distalmente a 2 milímetros de distancia, después se entablillo en el lugar por una semana. El sitio de la osteotomía fue llenado con nuevo hueso, - a los tres meses la mayoría de las pulpas del segmento movilizado permanecieron vitales.

En el tratamiento de anomalías dentofaciales, Las intervenciones quirúrgicas han sido usadas frecuentemente como un medio para mejorar las relaciones de diente y hueso.

Las técnicas de osteotomía utilizadas actualmente han facilitado grandemente las terapias de ortodoncia convencional.

DIFUSION DE UNA HEMATOMA AGUDO COMO UNA COMPLICACION SUBSIGUIENTE A LA CIRUGIA MAXILOFACIAL

Este artículo menciona los medios por los cuales se puede producir un hematoma que son: (la extravasación de sangre de la superficie subcutánea de los planos de los tejidos).

Este hematoma agudo puede resultar de pequeños procedimientos quirúrgicos

o de extracciones o de una cirugía extensiva, en ausencia de mecanismos normales de hemostasia aún con el menor trauma como una inyección ocasiona un hematoma. La práctica del cierre hermético primario de las heridas infraorales contribuye para el desarrollo del hematoma. El uso de soluciones vasoconstrictoras usualmente inyectadas para hemostasias quirúrgicas con o sin agentes anestésicos locales, también pueden ocasionar un hematoma.

El tratamiento del hematoma se debe dirigir tratando de alcanzar o llevar a cabo una hemostasis manteniendo la respiración, la circulación, previniendo la infección y manteniendo el estado físico del paciente.

CORRECCION QUIRURGICA DE LA ATROFIA ALVEOLAR

Reposición inferior de la atrofia de los maxilares edéntulos del proceso alveolar por la técnica de la osteotomía de Le For; y el injerto de hueso simultáneamente, en la reposición superior de la atrofia mandibular del proceso edéntulo por una osteotomía horizontal del cuerpo de la mandíbula y simultáneamente con el injerto de hueso, este debe de estar suturado para tener un buen éxito.

Estos dos nuevos procedimientos de cirugía van a dar otra dimensión el tratamiento, de la severa atrofia del proceso alveolar desdentado en particular en pacientes edéntulos.

Este corte de hueso da experiencias con el uso de estas técnicas, se está mejorando, estudios superiores, han demostrado tempranamente la consolidación del injerto, de hueso, la misma resorción de la reposición de los segmentos óseos y vitalmente hay discrepancia en la altura del proceso alveolar.

C O M E N T A R I O

CORRECCION QUIRURGICA DE LA CRESTA ALVEOLAR PARA DAR REALCE A LA ESTETICA DE LA DENTADURA PARCIAL PERMANENTE

Pacientes con defectos particularmente en el segmento anterior de la cresta alveolar con pérdida de dientes, proporcionaron problemas estéticos para la dentadura parcial permanente, si estos defectos pudieran ser corregidos, la cirugía producirá una cresta con respecto al pónico estético.

Este reporte describe un procedimiento quirúrgico para conservar el aloinjerto esclerótico usado para aumentar la altura y mejorar el contorno facial de un reborde edéntulo, antes de la construcción de una dentadura anterior parcial permanente.

Como material de injerto para aumentar la arquitectura de la cresta se eligió la esclerótica ocular, histológicamente la esclerótica esta constituida en su mayor parte por densas bandas de tejido colágeno fibroso paralelo con la superficie, cruzándose esta mutuamente en todas direcciones, durante varios años ha sido usado con éxito la esclerótica en la cirugía médica reconstructiva, en defectos periodontales la esclerótica usada por KLINGSBERG, fue bien aceptada por los tejidos sin evidencia de antigenicidad. En estudios clínicos adicionales KLINGSBERG, encontró que la esclerótica queda firmemente unida al tejido conectivo fibroso.

PASSEL, et al, reportó una conexión fibrosa entre el injerto esclerótico y el margen del hueso defectuoso creado en la "calveria" de las ratas. Estos injertos fueron inmovilizados y no se pudo desalojar de los defectos.

FEINGOLD, recomendó el uso de injerto esclerótico extenso y superficial en la base de defectos periodontales que pueden ser para cubrir defectos óseos. BERR, examinó histológicamente la cicatrización de un injerto esclerótico después de un año de contacto con una raíz desnuda bajo la superficie de un colgajo consistente, los autores encontraron este tejido esclerótico vascularizado sin inflamación o rechazo.

HISTORIA MEDICA Y DENTAL

Paciente femenino de 28 años de edad en estado físico saludable, una dentadura parcial permanente reemplaza al incisivo central del maxilar izquierdo - junto con el incisivo lateral izquierdo y el central del maxilar derecho. El incisivo central del maxilar izquierdo fue fracturado subgingivalmente antes de - los 16 años en un accidente automovilístico. La extracción de la raíz ha producido un gran defecto en la superficie labial en el borde de la cresta alveolar. El p^ontico inicial de la dentadura parcial permanente requirió una extensión de - acrílico rosa en la superficie gingival y fue prolongada a los otros dientes, la apariencia del p^ontico fue poco aceptada por el paciente y requirió una restauración nueva.

TRATAMIENTO

La esclerótica del ojo fue disecada de un ojo obtenido del Banco de Ojos en Clevelan, Ohio. Este fue conservado de acuerdo al método sugerido por Feingold Chnsens, King y McTigue. Previo a la cirugía citada la esclerótica fue enjuagada en solución salina y puesta en una fuente estéril conteniendo Neosporina: durante 20 minutos, la esclerótica fue raspada y limpiada y puesta en un segundo contenido de Neosporian. Se hizo una incisión interna angular de 0.5 mm., desde el margen facial gingival y extendida desde el lado mesial del primer premolar derecho superior al lado mesial del premolar izquierdo superior. La incisión fue trazada de palatino hasta la cresta del reborde edéntulo, el aspecto facial fue elevado a través de un colgajo de buen espesor el colgajo fue consistente y desecado sobre el reborde alveolar adéntulo, antes de colocar la esclerótica en el defecto, fue enjuagada nuevamente en solución salina, se hizo una plantilla de lámina seca para el defecto y fue cortada la esclerótica para esa dimensión, el primer fragmento de esclerótica fue colocado en el defecto por encima de la superficie bucal del reborde de la cresta, el segundo colgajo cubrió al primer colgajo y se extendió más allá del defecto de 1 - 2 mm. en todas direcciones, el colgajo fue repuesto completamente sobre la esclerótica y se sujetó en su lugar con puntos separados.

Este sitio quirúrgico fue cubierto con un apósito quirúrgico periodontal. Después de auxiliar el área pónica se reinstaló una dentadura parcial fija temporal.

HALLAZGOS POSTOPERATORIOS

La cicatrización fue tranquila sin complicaciones postoperatorias. El paciente no reportó desprendimiento, dolor o reacciones inusuales. Una semana después, el apósito fue removido y se examinó el sitio quirúrgico. Se desprendió la mayoría del colgajo que cubría la esclerótica. De cualquier modo la esclerótica fue estable sin aparentes signos de rechazo.

El sitio quirúrgico fue cubierto otra vez con apósito periodontal ya cambiado entre dos y tres semanas postoperatorias. La sutura fue retirada a las dos semanas siguientes a la cirugía. Por la tercera semana se observó la cicatrización de la herida; se pasó el epitelio circundante a la esclerótica por encima del área desprendida. A la sexta semana, el sitio quirúrgico se epitelizó completamente y la esclerótica subyacente fue firme a la palpación. Por la octava y onceava semana fue evidente la reconstrucción del reborde. La esclerótica fue firme y el reborde edéntulo se incrementó en altura con un contorno convexo en el aspecto facial. La examinación de las radiografías y postoperatorias pueden parecer similares puesto que el injerto en sí es tejido suave y no tuvo poder para la formación de hueso nuevo.

Se construyó una dentadura fija parcial provisional con una estética mejor con relación al pónico del reborde. La paciente estuvo satisfecha con la cirugía estética y procedimiento protésico.

DISCUSION

Los rebordes edéntulos defectuosos, pueden ser debido a causas severas. Algunos de estos traumas son resultado de fractura de raíz apical, de la cresta del hueso alveolar, a pesar de que se removió la cresta o hueso facial durante la cirugía la extracción fue difícil, durante la extracción del diente se perdió una delgada placa labial, de otro modo el diente aislado con avanzada enfermedad periodontal, siguiendo la extracción resultando una pérdida de hueso circundante y produciendo una altura inadecuada del reborde. Estos casos son comunmente relativos y contribuye a problemas estéticos anteriores al primer premolar. Además la estética en la región posterior no es una consideración primordial. La reestructuración de estos defectos sin el aumento de reborde complica el control de la placa.

Un reciente reporte por MELTZER, describe un tratamiento quirúrgico de un defecto similar usando un injerto de tejido conectivo. Los resultados obtenidos fueron favorables, el implante esclerótico posee ciertas ventajas adicionales. Estos son; la paciente fue sometida a un solo sitio quirúrgico, de este modo no es necesario un segundo procedimiento plástico y una adecuada cantidad de material es fácilmente aprovechable. Esto es importante para la paciente sin un sitio de gran tuberosidad o área retromolar que sirva como donador para un injerto de tejido conectivo.

En suma el reborde resultante, con el injerto esclerótico es bastante firme, para resistir la presión de la reestructuración protésica. La fuerte unión de la mucosa y la esclerótica por el hueso subyacente fue medido usando el método descrito por Bissada y Sears en animales y por Hangorsky y Bissada en humanos. Para comparar se unió la mucosa facial sobre el injerto esclerótico con un disco plástico y sutura de seda 4 - 0 y la unión gingivo labial del incisivo lateral derecho maxilar. La otra punta de la sutura fue unida a una medida de 50gm de peso para indicar el tejido desplazado. La separación de la gingiva del incisivo lateral fue de 0.02 pulgadas, mientras tanto el tejido puesto sobre la esclerótica se desplazó de 0.009 pulgadas. Esto indica que la fuerza de la unión de la mucosa cubriendo el injerto esclerótico fue mayor que la unión de la gingiva adyacente con el hueso subyacente. No hubo signos de rechazo del injerto aún con el desprendimiento del colgajo que cubría la esclerótica en el anterior esta

do de cicatrización. El desprendimiento pudo haber sido causado por el trauma quirúrgico; del empaque periodontal, o por el pónico de la dentadura parcial fija temporal. En cualquier caso eventualmente la cicatrización cubrió la esclerótica sin complicaciones. Dentro de poco la universidad conducirá investigaciones nuevas para evaluar este procedimiento usando más pacientes y más tiempo en observaciones postoperativas.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Se uso exitosamente un aloinjerto esclerótico en conserva para mejorar la formación de un reborde edéntulo; antes de la construcción de una dentadura parcial fija. El tratamiento dado para la construcción de una dentadura fija parcial dió resultados estéticos satisfactorios.

INVESTIGACION CONTINUA CON CORRECCION QUIRURGICA DE LA CRESTA ALVEOLAR ATROFIADA POR OSTEOTOMIA VISCERAL

SUMARIO

En 1975 un método de operación fue descrito por lo que la cresta alveolar de la mandíbula es osteotomizada y movida sobre el principio visceral. Las partes fueron unidas con alambres, aumentando así la altura de la cresta alveolar mandibular. La viso/viceraosteotomía (huestomía) en conjunción con la vestibuloplastia y el aumento del piso de la boca, mejorarán significativamente el área del soporte de la dentadura, sin la necesidad o riesgos incluidos por la transplantación (base de un hueso).

Durante el curso del tratamiento protodontico uno debe de tener en mente que ahí habrá una molestia temporal de sensación en la mucosa. Las revisiones deben ser frecuentes, los resultados pos-operatorios fueron apuntados, en los pacientes hubo un 18% de resorción de cresta alveolar aumentando al final del primer año. En el segundo año 10% y en el tercero 8%. Tres años después la mandíbula muestra una resorción psicológica.

CIRUGIA PREPRÓTETICA

Cuando se plantea un tratamiento protésico en pacientes edéntulos se debe considerar la posibilidad de cirugía como símbolo para mejorar el área de soporte de la dentadura (Kraus 1972). Siempre que sea posible, el área de sujetar la dentadura debe de ser tan grande como sea posible en ese momento y durante su duración. Sin embargo, la movilidad de la mucosa frecuentemente hace esto imposible.

La inserción de una dentadura completa que sea estable sería imposible. Sobre la posibilidad de falta de vestibulo y extensión lingual, hay una pequeña resistencia al sagital y fuerzas transversas cuando no queda reborde alveolar atrófico no puede poseer una dentadura estable; un procedimiento quirúrgico es indicado.

Si la absoluta altura de la mandíbula es de más de 1.5 cm. entonces hay posibilidad de mejorar el área de soporte de la dentadura. Por vestibulo plastia

del piso de la boca no es útil. Además es posible la inserción del implante en la mandíbula atrofiada.

Acorde con Terry (1974) un incremento en la altura máxima de la cresta mandibular es indicada en tales casos. Por lo tanto hemos desarrollado la llamada "osteotomía visceral", y ahora presentamos después de tres años la evaluación de los operados con este método.

METODO

Técnica viso-osteotomía.

El procedimiento quirúrgico acompañado intraoralmente bajo entubación en dotraqueal. El vasoconstructor es inyectado hacia vestibulo labio-bucal y el piso lingual para ayudar a la hemostasis. El diseño para exponer la tabla del tejido blando de la mandíbula es simple. Una incisión es hecha a través del mucoperiostio sobre el borde de la cresta alveolar de borde a borde retromolar. La mandíbula - así como el paquete neurovascular son expuestos. Las marcas de referencia son hechas con pequeños hoyos en la parte ósea que se va a desprender, estos hoyos van desde la parte retromolar lingual en sentido horizontal de la mandíbula. En la parte anterior de la mandíbula los hoyos son hechos en la línea media. Los paquetes neurovasculares son expuestos, por una cuidadosa huesoresorción del canal mandibular en la parte más posterior del lado lingual de la mandíbula. Una vez que el paquete neurovascular ha sido aislado de la mandíbula y el foramen mental está en comunicación directa con el canal mandibular abierto no es difícil llevar a cabo la viso-huesotomía. Con el uso de una extremadamente fina navaja oscilante, una osteotomía vertical es hecha desde el ángulo mandibular en un lado hacia el ángulo de esa manera dividiendo el hueso mandibular en partes iguales lingual y vestibular. La mandíbula es entonces partida longitudinalmente, los cuidados deben ser tomados para evitar daños al paquete neurovascular, la porción lingual móvil de la mandíbula puede entonces ser movida hacia arriba junto con el tejido suave adherente, las dos partes son entonces fijadas por alambrado circunferencial lateralmente intraóseos en el medio cuerpo.

Algunos casos en el hueso lingual (la falta de hueso) es elevado posicionado sobre la parte bucal de la mandíbula desecada. El fragmento es sujetado en su lugar por el alambrado de la osteosíntesis, así que la parte interna de la mandíbula ahora ya sobre la parte externa de la mandíbula, algunas veces es necesario llenar el espacio resultante con injertos de hueso. También es útil reflejar el mucoperiostio del borde inferior de la mandíbula para obtener el tejido adecuado, para cubrir la mandíbula viso-osteotomizada. Cuando estos procedimientos no permiten la movilidad adecuada el periostio en el borde inferior de la mandíbula es incisionado longitudinalmente al mucoperiostio y el tejido suave (las incisiones son suturadas con puntos continuos y con material absorbible).

Dos pequeños tubos de hule son puestos en la línea de sutura.

Curso pos-operatorio

Hay un grado moderado de hinchazón facial inmediatamente posoperatorivamente, pero menor que en vestibuloplastia total con la reducción asociada del piso de la boca. Los pacientes permanecen en el hospital por 5 días sin antibióticos. Los drenes son activados en el segundo día y las suturas en el 10° día.

Seis semanas después de que se hizo la cirugía, la vestibuloplastia llevada a cabo usando un injerto de piel. Esta vestibuloplastia es considerablemente más difícil de hacer que en casos normales, debido a la extensión fibrosa - submucosal que resulta de la operación previa. En la vestibuloplastia, los alambres insertados de la viso-osteotomía son retirados.

Prótesis

La porción lingual de los epitelios de la mandíbula epitelializan 2 - 3 semanas después de la vestibuloplastia y entonces el tratamiento protésico puede ser empezado. Los resultados del procedimiento operativo en molestias en la sensación en el vestibulo y el piso de la boca, después de los cuidados, es muy importante, continuando la inserción de la dentadura, el paciente debe ser observado cada dos días durante las primeras dos semanas para eliminar cualquier punto de presión. Además con el uso de un espejo, el paciente debe ser instruido por buscar cualquier área sensitiva en la región de la cresta alveolar. De esta manera, los puntos de presión del injerto de la piel transplantada pueden ser evitados. Habrá hinchazón al rededor de la barbilla por un periodo de seis semanas, como resultado de esta hinchazón el labio superior aparecerá retraído. Esta apariencia es un poco exagerada porque la base de la dentadura yace un poco más anteriormente atrás en el vestibulo, los tubérculos geniales también yacen mas arriba, siguiendo la retracción de la parte lingual del hueso mandibular. El centro de rotación de la porción lingual del hueso está localizado en la región del tercer molar. La distancia interalveolar en la región anterior es considerablemente reducida, cuando se registra la relación maxilo-mandibular se debe tomar en cuenta la rotación mencionada, de otra manera hay oportunidad de que no haya contacto de áreas de masticación en la región anterior. Las dentaduras son terminadas en la manera convencional. Solamente los materiales de impre

sión no rígidas deben ser usados de acuerdo con los subcortes de la región lingual los rebordes extendidos (linguales) de la dentadura permiten un curso de inserción de atrás y arriba.

RESULTADOS

10 pacientes tratados por la viso-osteotomía fueron seguidos 3 años posteriormente, las alturas originales y las alturas después de 3 años fueron registradas para evaluar posteriormente los trazos radiográficos preoperativos fueron superpuestos sobre los trazos tomados uno, dos y tres años posteriormente. La altura absoluta de la mandíbula fue medida en la parte anterior de la sínfisis. El promedio de aumento en la altura en el área de la sínfisis fue 7.8 mm. esto representa un aumento promedio de 63 o/o en la altura mandibular, después de un año hubo un descenso en el promedio de la altura de 1.4 mm. (18 o/o) comparado con la medida inicial posoperativa después del segundo año esto fue de 0.8 mm (10 o/o) y después del tercer año fue 0.6 mm (8 o/o) los resultados demuestran que para una visosteotomía exitosa la altura del hueso mandibular debe ser por lo menos de 8 mm inicialmente. El método visor de deslizamiento mejora el pseudoprogнатismo de la región maxilo-mandibular, el principal riesgo de este método es dañar el nervio mandibular, todos los pacientes experimentan adormecimiento del nervio mandibular, todos los pacientes experimentan adormecimiento del nervio mental inmediatamente después de la operación, tres años después de la cirugía encontramos anestesia en la distribución de dos nervios mentales, hiperestesia en 4, parestesia en 2 y funcionamiento normal en 12. En un caso hubo movilidad en la piel transplantada, la construcción de la dentadura fue comenzada 4 semanas después de la vestibuloplastia ninguna infección o deficiencia fue encontrada.

DISCUSION

Pacientes desdentados con una mandíbula atrofiada frecuentemente encuentran dificultad con dentaduras completas. Algunos pacientes sin embargo, superan este problema, varios procedimientos de vestibuloplastia del tejido suave incrementan la altura efectiva de la cresta. Así que la adecuada estabilidad y retención de dentaduras es lograda.

Sin embargo, algunos pacientes no serán beneficiados por operaciones de vestibuloplastia, para estos pacientes es procedimientos de aumentación de la - cresta mandibular es necesario para proveerlas una dentadura estable.

FICHAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Matthew B. Hall
R. Gregory Smith.
"The medial approach for obtaining iliac bone".
J. Oral Surgery. Vol. 39 June 1981
Pp 462 - 465

- 2.- Gary R. Sugg
Raymond J. Fonseca
Robert M. Howell
"Early pulp changes after anterior maxillary osteotomy".
J. Oral Surgery. Vol. 39 January 1981.
Pp 14 - 20

- 3.- Burton H. Goldstein
British Columbia
"Acute dissecting hematoma: a complication of oral and
maxillofacial surgery".
J. Oral Surgery. Vol. 39 January 1981.
Pp 40 - 43

- 4.- Paul V. Tabita.
George J. Vasilakis
Nobil F. Bissada.
"Surgical correction of alveolar form to enhance esthetics
of fixed partial dentures".
The Journal of prosthetic dentistry.
September 1981 Vol. 46 Núm. 3
Pp 284 - 285

- 5.- Franz Harle
"Follow-up investigation of surgical correction of the
atrophic alveolar ridge by visor-osteotomy".
J. Max. fac. Surg. 7 (1979) 283 - 293.

6.- Gerald Zimmermann.

"Articulatory behavior pre and post full - mouth tooth
Extraction and alveoloplasty: a cinefluorographic study".

Journal of speech and Hearing research.

Vol. 23

September 1980

Pp 630 - 645

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Schijatschy Milan
"Life Threting emergencies
in the dental practice".
Dic. Quentassenz. 1979
Pp. 9, 83, 135
- 2.- Costich White.
"Cirugla Bucal".
Interamericana 1979
Pp. 173 - 174
- 3.- Mitchell Standish, Fast.
"Anamnesis", Correlación con los datos físicos Técnicas e
instrumentos para el diagnóstico.
Planificación del tratamiento y cuidado del enfermo.
"propedéutica odontológica".
Interamericana. 1973
Pp. 882, 91, 93, 99 413.
- 4.- Bailenson George.
"Evaluación del paciente en la práctica odontológica".
Edit. Labor 1976.
Pp. 25 - 41
- 5.- B. A. Hóussay.
R. Caldeyro Barcia.
Edit. ATENEO 1979
Pp. 2-4, 16-19, 21-25, 28, 34, 35
- 6.- Guillermo A. Ries Centeno
"Cirugla Bucal"
Edit. Ateneo 1979
Pp. 544 - 553

- 7.- R. D. Lockart.
G. F. Hamilton.
F. W. Fyfe.
"Anatomía Humana".
Edit. Interamericana 1977
Pp. 43, 44, 51, 52, 53, 54, 638.
- 8.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Tratado de anatomía humana"
Tomo II
Edit. Porrúa.
Pp. 50-122, 314-325.
- 9.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Tratado de anatomía humana"
Tomo II.
Edit. Porrúa 1974
Pp. 95 - 98
- 10.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Tratado de anatomía humana"
Tomo III
Edit. Porrúa 1974
Pp. 95, 96, 98
- 11.- Niels Bjorn Jorgensen.
Jess Hayden Jr.
"Anestesia Odontológica"
Edit. Interamerica 1977
Pp. 87, 88, 84
- 12.- Guillermo A. Ries Centeno.
"Cirugía Bucal".
Edit. Ateneo 1979
Pp. 440, 441, 544, 553

- 13.- Niels Bjorn Jorgensem
Jess Hayden Jr.
"Anestesia Odontológica"
Edit. Interamericana 1977
Pp. 33-50, 58, 65.
- 14.- Guillermo A. Ries Centeno.
"Cirugia Bucal".
Edit. Ateneo 1979
Oo, 432-439.
- 15.- Gustav. O. Kruger.
"Tratado de cirugia bucal".
Edit. Interamericana. 1979
Pp. 63-68.
- 16.- Guillermo A. Ries Centeno.
"Cirugia Bucal"
Edit. Ateneo 1979
Pp. 504-506
- 17.- Niels Bjorn Jorgensen.
Jess Hayden Jr.
"Anestesia Odontológica"
Edit. Interamericana 1977
- 18.- William G. Shafer.
Maynard K. Levy.
"Tratado de patologia Bucal".
Edit. Interamerica 1979
Pp. 688
- 19.- Gustav O. Kruger.
"Tratado de cirugia bucal".
Edit. Interamericana 1979
Pp. 101 - 103

- 20.- Alvin L. Morris.
 Harry M. Bohannon
 "Las especialidades odontológicas
 en la práctica general".
 Edit. Labor 1980
 Pp. 580 - 586
- 21.- Guillermo A. Ries Centeno
 "Cirugía Bucal".
 Edit. Ateneo 1979
 Pp. 507, 508
- 22.- Gustav. O. Kruger.
 "Tratado de cirugía bucal".
 Edit. Interamericana 1979
 Pp. 104 - 105
- 23.- Niels Bjorn Jorgensen
 Jess Hayden Jr.
 "Anestesia Odontológica"
 Edit. Interamericana 1977
 Pp. 33-50, 58-65.
- 24.- RAYOS X en Odontología
 Editores de Kodak
 Edit. Salvat
 Pp. 59
- 25.- PHYSIFAX
 "Compendio médico de bolsillo"
 1981
- 26.- SMITH
 GIPS
 "Enfermería mediocquirúrgica"
 Edit. Muñoz 1969
 Pp 743, 744 - 125 -

27.- Exámenes preoperatorios de laboratorio.
Rev. Odontológica M. Vol. XI., Jun. - Jul.
Pp. 8 - 10 (1981)

28.- CECIL / LOEB
Tratado de medicina interna

TOMO II

Edit. Interamericana

29.- Todd - Sanford
I. David Sohn.
J.B. Henry
Diagnóstico Clínico por el laboratorio
Edit. Salvat 1977
Pp 542, 543

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

- 1.- Matthew B. Hall
R. Gregory Smith.
"The medial approach for obtaining iliac bone".
J. Oral Surgery. Vol. 39 June 1981
Pp. 462 465.

- 2.- Gary R. Sugg
Raymond J. Fonseca
Robert M. Howell
"Early pulp changes after anterior maxillary osteotomy"
J. Oral Surgery. Vol. 39 January 1981
Pp. 14-20.

- 3.- Burton H. Goldstein
British Columbia.
"Acute dissecting hematoma: a complication of oral and
maxillofacial surgery".
J. Oral Surgery Vol. 39 January 1981
Pp 40 - 43

- 4.- Paul V. Tabita.
George J. Vasilakis
Nobil F. Bissada
"Surgical Correction of alveolar form to enhance esthetics
of fixed partial dentures".
The Journal of prosthetic dentistry.
September 1981. Vol. 46 Núm. 3
Pp. 284 - 289

- 5.- Fanz Harle.
"Follow - up investigation of surgical correction of
the atrophic alveolar ridge by visor-osteotomy".
J. Max. fac. Surg. 7(1979) 283 - 293

6.- Gerald Zimmermann.

*"Articulatory behavior pre and post full-mouth tooth
Extraction and alveoloplasty: a cinefluorographic study".*

Journal of speech and Hearing Research

Vol. 23 September 1980

Pp 630 -645