

1246
20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



EXOALVEOLOPLASTIA

T E S I S

QUE PRESENTA:

CARLOS GUTIERREZ HERNANDEZ



México, D. F.

1987



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

PROLOGO

Cap. I Indicaciones para la exoalveoloplastia

- 1.- Indicaciones
- 2.- Contraindicaciones

Cap. II Diagnóstico

- 1.- Historia clínica
- 2.- Revisión de posibles problemas médicos, pasados y presentes.
- 3.- Examen bucal
- 4.- Examen radiográfico
- 5.- Líquidos y electrolitos
- 6.- Fisioterapia oral.

Cap. III Pronóstico y plan de tratamiento

- 1.- Pronóstico
- 2.- Plan de tratamiento por escrito
- 3.- Número de dientes por extraerse
- 4.- Orden de extracción
- 5.- Asistencia preoperatoria
- 6.- Preparación del paciente para la operación

Cap. IV Instrumental quirúrgico

- 1.- Instrumental
- 2.- Esterilización de los instrumentos

Cap. V Asistencia operatoria

- 1.- Selección de anestesia
- 2.- Psicología
- 3.- Aislamiento del paciente del equipo operador

Cap. VI Consideraciones generales

- 1.- Intervención quirúrgica
- 2.- Colgajo quirúrgico
- 3.- Alveoloplastia simple
- 4.- Alveoloplastia radical
- 5.- Alveoloplastia interradicular
- 6.- Alveoloplastia de un solo diente

Cap. VII Procedimiento después de la extracción

- 1.- Hemorragia
- 2.- Prevención y detención de la hemorragia du-

rante la operación con medidas quirúrgicas

3.- Técnica de sutura

4.- Material de sutura

5.- Apósitos

Cap. VIII Asistencia posoperatoria

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

PROLOGO

La ciencia y arte de la Cirugía son tan antiguos como la humanidad, pues se supone que el hombre en sus épocas primitivas por las condiciones de vida que lo rodeaban estaba expuesto a sufrir grandes traumatismos por su constante lucha con las bestias feroces, con la naturaleza y sus semejantes; ca-
be decir que no podía abandonar a su evolución de las heridas, fracturas y luxaciones. El tratamiento y cuidado de éstas dio origen a la cirugía.

La cirugía en sus principios se caracterizó por ser principalmente mutiladora, pero día a día ha ido tomando un aspecto conservador y reconstructivo, pues de lo contrario el cirujano sólo sería un individuo amputador de órganos y no un médico destinado a curar por medios naturales.

Existen alusiones a los problemas quirúrgicos y orales desde casi 3 000 años a J.C., los cuales son representados por diversos objetos, utensilios y tablas geroglíficas en las que queda de manifiesto la habilidad de los profesionales de la época pregregia. Como ejemplo podemos citar una tabla de madera encontrada en Egipto, en las ruinas de la antigua Menfis; en la que se muestra un dibujo de lo que parece ser un dentista.

La cirugía en sus principios 1200 A.C., Ma-
caco y Podalyro ejercían la cirugía según los precep-

tos de su padre Esculapio.

En el siglo glorioso de Pericles, época — del máximo esplendor del genio griego, aparece Hipócrates 460 años A.C., como fundador de la Escuela — clásica y primer maestra que dio a conocer su doctrina por medio de escritos; sus obras nos muestran el notable progreso en el campo de la enseñanza quirúrgica.

Hipócrates 460 años A.C., aconseja para la reducción de fracturas de maxilar inferior, ligar — juntos los dientes de cada lado con cordón de lino.

La obra de Hipócrates fue continuada por — su hijo y su yerno Polibes, además de sus discípulos

La escuela de Alejandría fue la heredera — de la ciencia griega, Herófilo figura como notable — anatomista.

La nueva era con nombres como los de Apolonia, Molpis, Herón, el empírico Heráclito de Talento todos ellos supieron aplicar sus conocimientos anatómicos a la cirugía, según se puede apreciar por numerosas citas que hace posteriormente Galeno en su trabajo.

En Roma durante los primeros cinco siglos la medicina fue empírica y según Catón, solo la ejercían los esclavos y algunos médicos griegos, destacaron en Roma Arcagatus y Esclepiades de Bitinea, médico amigo de Cicerón, quien practicó la primera Traqueotomía y en tiempo de Augusto Celso, publicó su — tratado de medicina, que pudo considerarse el resumen del adelanto médico quirúrgico, además dividió a

la medicina en tres partes: la dietética, farmacología y cirugía. En sus libros hace resaltar las indicaciones acerca de las enfermedades de las articulaciones, las heridas permanentes de pecho y vientro, la doble ligadura y sección intermedia de varos y el uso de coauterización en los derrames sanguíneos.

En la escuela de Celse hoy más precisión - en los conocimientos anatómicos, hay una evolución - en la cirugía.

Celse Cornelio describe en un trabajo de - medicina varios tipos de úlceras de boca y que los - griegos llamaban alftas, igualmente describe métodos para la reducción de fracturas en las arcadas.

En la era cristiana nace en Pérgamo (Asia Menor), Galeno, abre una época memorable en la historia de la medicina por su dedicada afición a la -- anatomía, se forma conforme la escuela de Alejandría y a los 34 años de edad se estableció en Roma.

En el renacimiento Giovanni Arcolant fue - considerado como uno de los pioneros de la Cirugía - Bucal, debido a que escribió un tratado de Cirugía - publicado en venecia en 1483.

Ambrosio Paré (1510 - 1520), describe método para el replante y trasplante de dientes, así mismo sugiere la construcción de obturadores para pa - ladar hendido.

Anselmo Luis Bernal Jourdain Berchillet - (1739 - 1816), practicó lo que hoy en día es la Cirugía Oral. Publica en 1778 su trabajo más importante, en donde describe detalladamente; abscesos, caries,

necrosis de las arcadas, enfermedades de las glándulas salivales (rénula, cálculos, tumores), así como problemas sinusales.

El primer especialista en Cirugía Maxilofacial fue Simón Hüllihen (1810 - 1957). Perfecciona el instrumental y realiza trabajos sobre prognatismo así como de paladar hendido describiendo la técnica.

James Garreston (1829 - 1895). Es considerado el padre de la Cirugía Oral al darle nombre a la misma, e introduce su sistema de Cirugía oral realizando innovaciones muy importantes.

A lo largo de los siglos XIX/XX, la cirugía oral al darle nombre a la misma, e introduce su sistema de Cirugía oral realizando innovaciones muy importantes.

A lo largo de los siglos XIX/XX, la cirugía oral desarrolló 3 factores determinantes: anestesia, asepsia y los rayos X.

La adquisición de todos estos conocimientos dio como resultado los tres grandes postulados de la cirugía: evitar el dolor, prevenir la infección y cohibir la hemorragia.

Es evidente que hay que repartir entre varios hombres el descubrimiento de la anestesia, así como su aplicación en la odontología.

Hunfredo Dary 1799, informó que el protóxido de nitrógeno (gas hilarante) producía inconsciencia.

Horacio Wells (1815 - 1848). Empleó por primera vez el protóxido de nitrógeno como anes-

tésico para la extracción de un diente. Considerando se ésta la mayor ayuda a la odontología que la humanidad haya podido proporcionar.

En 1842, Jackson había comprobado accidentalmente en sí mismo la acción anestésica que producía la inhalación de los vapores de éter. Cuatro años más tarde, el dentista Morton de Boston utilizó este medio anestésico para practicar extracciones dentarias y el éxito fue completo y en 1847 Kolgain y Velpeau de Francia, demostraron publicamente que al grave problema de la anestesia estaba resuelto.

La procaina fue sintetizada por Einhornen (1905) y se introdujo en la práctica médica con el nombre de novocaina, siendo utilizada como anestésico local en 1910.

En 1922, en una escuela de Washington se instituye la enseñanza de cirugía oral, estableciendo disciplinas para su ejercicio.

INTRODUCCION

CIRUGIA BUCAL: es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico, y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes.

El dentista hace todo esfuerzo posible por preparar, mejorar, conservar y reconstruir los maxilares para que el paciente pueda usar dentadura postiza durante mucho tiempo.

Con la habilidad necesaria y los conocimientos de Anatomía, Fisiología, Patología, etc., podrán resolver determinados problemas patológicos de la cavidad bucal.

Muchos años de experiencia clínica han demostrado lo valioso y eficaz que resulta la alveoloplastia, en la mayor parte de las intervenciones de Cirugía bucal.

La alveoloplastia tiene como meta la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar, conservando la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado.

Esta operación puede hacerse tres semanas después de la extracción y así determinar la anchura del alveolo y el grado de resorción natural que vaya a producirse.

El cirujano bucal deberá tener presente los objetivos principales que son: asepsia quirúrgica

ca, técnicas atraumáticas, control de hemorragia y -
manejo cuidadoso de los tejidos.

La negligencia del operador para alisar —
los bordes claramente afilados, protuberancias y sa-
cabados excesivos que causan molestia nunca podrá de
nominarse tendencia conservadora.

CAP I

INDICACIONES PARA EXOALVEOLOPLASTIA

INDICACIONES:

1.- Cualquier diente que resista a los intentos de extracción intraalveolar cuando es empleada una fuerza moderada.

2.- Aquel diente que presente raíces detenidas que no puedan ser sujetadas con el fórceps, o liberadas con un elevador, especialmente aquellas en relación con el seno maxilar.

3.- Cuando existen antecedentes de extracciones difíciles.

4.- Cualquier diente con restauraciones amplias especialmente en endodoncia o sin pulpa.

5.- Dientes con hipercementosis o anquilosados.

6.- Dientes germinados o dislacerados.

7.- Dientes que muestran radiográficamente tener formas radiculares y raíces con líneas desfavorables o conflictivas en las guías de extracción.

8.- En un implante o reimplante.

9.- Después de una extracción donde haya - protuberancias y bordes afilados.

10.- Para eliminar una porción de placa la bial.

11.- En la eliminación de tabique.

CONTRAINDICACIONES:

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.

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

- 1.- La infección aguda con celucitis no controlada.
- 2.- Pericoronitis aguda debido a la flora mixta bacteriana que se encuentra en el área.
- 3.- Estomatitis infecciosa aguda.
- 4.- Enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor.
- 5.- Radiosteomielitis aguda, después de la extracción por falta de aporte sanguíneo.

Contraindicaciones generales. Cualquier enfermedad o malfunción generalizada puede complicar una extracción o intervención quirúrgica;

- 1.- La diabetes no controlada.
- 2.- Las cardiopatías.
- 3.- Discracias sanguíneas, incluyen anemias enfermedades hemorrágicas hemofilia y leucemia.
- 4.- Enfermedades debilitantes.
- 5.- La enfermedad de Addison o cualquier deficiencia de esteroides.

6.- La fiebre de origen desconocido.

7.- La nefritis.

8.- La senilidad.

9.- El embarazo.

10.- Psicosis y neurosis.

CAP. II

DIAGNOSTICO

Es el arte de conocer una enfermedad por medio de sus diversos signos y síntomas, muy pocos de los cuales son patognomónicos. Un buen diagnóstico solo puede hacerse después de estudiar los síntomas y los signos subjetivos y objetivos, los antecedentes del enfermo, la valoración de la enfermedad y el resultado de las diversas pruebas de laboratorio. Recordar tres cosas muy importantes en el diagnóstico:

- 1.- La enfermedad local
- 2.- La existencia de cualquier trastorno orgánico.
- 3.- La probabilidad de que la enfermedad de la boca sea tan solo un síntoma de alguna enfermedad orgánica.

HISTORIA CLINICA

1.- Interrogatorio

a).- Clasificación del síntoma o signo

Sistema

- .- Sensitivo (dolor, entumecimiento, parestesia).
- .- Motor debilidad, espasmo.
- .- Autónomo nasal, ocular, cutáneo, gástrico.

co.

.- Sensorial visual, auditivo, olfático, -
gusto.

Calidad

.- Intensidad leve, moderada, grave.
.- Comienzo espontáneo, incluido, provoca-

do.

.- Duración momentánea, minutos, días, cons-
tante, paroxístico.

.- Naturaleza sordo, doloroso, urgente, --
pulsátil, punzante, escozor.

Localización

.- Precisa, odontograma marcado.
.- Unilateral o bilateral.
.- Migratorio, disseminado, irradiado.
.- Difuso.

Influencias

.- Movimiento o función cara, mandíbula, -
cuerpo.

.- Actividades esfuerzo, alimentación, ha-
bla.

.- Tensiones emocionales, fatiga.
.- Tiempo del día, del mes o la estación.

Evolución de síntomas y signos.

.- Sin cambios
.- Reacción a terapéutica medicamentos, --

quirúrgica, otras.

.- Cambios de carácter.

Factores generales y ambientales.

.- Trastornos metabólicos anemia, diabetes
sacarina, uremia.

- .- Trastornos del tejido conectivo artritis escleroderma, lupus eritematoso, síndrome de Sjögren
- .- Intoxicaciones metales pesados, agentes químicos orgánicos, alimentos, fármacos, alcohol.
- .- Trastornos nutricionales.
- .- Trastornos infecciosos herpes, meningitis, sífilis, lepra, difteria.
- .- Trastornos vasculares arteriopatía, coronaria, artritis temporal, síndrome de Raynaud, hipertensión.
- .- Trastornos primarios psiquiátricos, y nerviosos.
- .- Neuralgias trigemina, vaguglosofaríngea intermedia, migrañoso, periódica.
- .- Migraña.
- .- Trastornos centrales siringobulbia, síndrome talámico, trastornos convulsivantes.
- .- Neurosis psicalgia
- .- Psicosis.
- .- Esclerosis múltiple
- .- Factores neuríticos.
- .- Traumatismo maxilofacial fractura facial, irritación protética, yatrógena.
- .- Infección odotógena, periapical, facial
- .- Sinusitis paranasal
- .- Otagia
- .- Trastornos de la glándula salival sialolito, adenitis.
- .- Trastornos mucosicos mucositis, úlceras herpéticas.

.- Neuritis motoras parálisis Bell, parálisis ocular, síndrome de Horner, miestesia.

.- Disfunción músculo aponaurótica.

2.- Exploración Física

a).- Función cerebral general

.- Nivel de conciencia

.- Movimientos macroscópicos

b).- Función de nervios craneales

Funciones motoras

.- Función de los músculos extraoculares

.- Función de los músculos masticadores.

.- Función de los músculos faciales

.- Función laríngea, faríngea, palatina.

.- Función de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo.

.- Función lingual

.- Funciones somatosensitivas, pares craneales

neales

.- Sensibilidad a pinchazo de alfiler

.- Sensibilidad a presión dolorosa

.- Sensibilidad a probador de pulpa

.- Sensibilidad táctil fina y de dos puntos

.- Sensibilidad a la vibración.

.- Sensibilidad al frío y al calor

Funciones especiales

.- Olfato

.- Visión

.- Gusto

.- Audición.

Funciones Autónomas

.- Simpáticas, dilatación pupilar, tono de

los párpados, sudación, vasoconstricción, salivación

.- Parasimpáticas contracción pupilar, salivación serosa.

Pruebas o reflejos especiales

- .- Reflejo córneo
- .- Sacudidas maxilares
- .- Electromiografía
- .- Estudios sobre conducción nerviosa

Lesiones neuróticas maxilofaciales agudas

.- Odontógena caries, enfermedad periodontal.

- .- Oseo perióstica quistes, osteomielitis.
- .- Músculo aponeurótica
- .- De glándulas salivales, obstrucción.
- .- Mucósica mucositis
- .- De seno paranasal
- .- Vascular

Bloques de diagnóstico

- .- Efectos de placebos
- .- Efectos vasoconstrictores
- .- Efectos de anestésicos

REVISIÓN DE POSIBLES PROBLEMAS MEDICOS PASADOS Y PRESENTES. Debe obtenerse historia clínica - adecuada del paciente o de algún individuo responsable. En todo caso posible esto se obtiene haciendo - que el paciente llene un cuestionario escrito. En dicho cuestionario deberá aparecer la firma del paciente o de la persona legal responsable, con conocimiento específico de haber leído y terminado el formulario.

EXAMEN BUCAL. Consiste en inspección, color, inflamación y estado del diente y estructuras circundantes palpación y percusión, instrumentación y pruebas de vitalidad. El diente en cuestión se examina cuidadosamente, además se examinan dientes adyacentes y estructuras circundantes detalladamente. En busca de problemas que puedan ser pertinentes. El borde de la obturación que sobre sale sobre el diente siguiente, que se fractura al hacer extracción la osteorradionecrosis en el maxilar subyacente o en el maxilar fracturado bajo un diente floja en un paciente. La revisión clínica del paciente de su salud general completamente vestido en el sillón dental es también un arte necesario para lograr éxito en la práctica médica dental.

EXAMEN RADIOGRAFICO. Es necesario, antes y después de la operación, de esta manera se revelan muchas afecciones que no podían haberse diagnosticado, como raíz curvada, absceso nuevo, o exposición cariosa de la pulpa sobre un diente adyacente que no aparecía en radiografías hechas varios años atrás.

Indicaciones para una radiografía preoperatoria:

- 1.- Historia de extracciones difíciles
- 2.- Un diente con resistencia anormal
- 3.- Si después de un examen clínico se ha decidido remover un diente por disección.
- 4.- Cualquier diente o raíces en cercanía en el seno maxilar o con los nervios dentarios inferiores.

5.- Todos los terceros molares inferiores, premolares retenidos o caninos en mal posición.

6.- Dientes ampliamente restaurados o des-
gualpados. Estos dientes son muy frágiles.

7.- Cualquier diente afectado por una en-
fermedad periodontal acompañado de esclerosis del
hueso de soporte dichos dientes presentan hiperce-
mentosis y fragilidad.

8.- Cualquier diente que haya estado suje-
to a un trauma.

9.- Un molar superior aislado especilamen-
te si no tiene antagonista y está sobre erupcionado.
El soporte óseo está debilitado por la extensión del
seno maxilar. Este puede predisponer ya sea por la -
comunicación buco antral o fractura de la tuberosi-
dad del maxilar.

10.- Cualquier diente parcialmente erupcio-
nado o no erupcionado o raíz retenida.

11.- Cualquier diente cuya corona anormal
o erupción retardada puede indicar la posibilidad de
dislaceración, germinación u odontoma dilatado.

12.- Cualquier padecimiento que predispon-
ga anomalidad dentaria o alveolar ejemplo:

a).- Osteitis deformante en donde las raí-
ces presentan hipercementosis y hay predisposición a
osteomielitis crónica.

b).- Disstosis cleido-craneal, porque en
éste trastorno ocurren pseudo anodoncias y raíces en
forma de gancho.

c).- Pacientes con radioterapia de la man-

examen comprende una revisión del estado líquido preoperatorio el volumen ganado o perdido durante la operación y la valoración clínica del paciente de los signos vitales y su excreción urinaria. Se ordenan bebidas para cubrir el reemplazo del déficit para el resto del día. Para un paciente gravemente enfermo que ha recibido o perdido un gran volumen de líquido, el reemplazo se ordena de litro en litro y el estado del paciente se revisa frecuentemente hasta asegurarse de que sea potable. El manejo del volumen líquido posoperatorio requiere mediciones exactas de pérdidas importantes, así como la toma de líquidos y electrolitos de todas las fuentes, y un cálculo de las pérdidas insensibles y reemplazo, en caso indicado.

En un paciente con curso posoperatorio no complicado, la estimación de sodio y otros electrolitos es generalmente innecesaria si no continúa la terapia parenteral como única fuente de ingreso durante dos o tres días.

FISIOTERAPIA ORAL

En efecto la higiene oral cuidadosa es más notorio en aquellos casos de los cuales los factores etiológicos principales son locales y fácilmente eliminables y donde los tejidos gingivales se muestran edematosos. El masaje gingival ayuda a eliminar las colonias bacterianas, eleva la resistencia del tejido porque estimula la circulación de la sangre y colabora así a la disminución de la inflamación, encontrándose histológicamente una gran disminución de cé

lulas inflamatorias en el tejido conjuntivo.

El éxito depende de la habilidad del paciente para aprender un régimen efectivo de higiene oral y continuar con él sin desviaciones; el paciente debe de entender perfectamente los objetivos de la higiene oral y los beneficios que se obtienen. Debe comprender que una de las causas más frecuentes de la caries dental y de la enfermedad parodontal es la placa bacteriana, que muy a menudo se pasa por alto por hacer mal uso del cepillo dental.

Se necesitan varias sesiones de instrucción del paciente para que el término medio de ellas pueda visualizar el método prescrito y seguir satisfactoriamente.

Los pacientes frecuentemente olvidan la parte de lo que se les ha enseñado o modifican las técnicas originales, de acuerdo con su propio criterio de lo que debe hacer la higiene oral, por lo que periódicamente debe revisarse el método indicado, haciendo que lo efectúen frente al operador para que él pueda hacer las correcciones necesarias. Se debe explicar al paciente que el cepillado no sólo debe limpiar los dientes, sino que principalmente es utilizado para estimular la circulación de la encía y favorecer la queratinización del epitelio gingival.

Cuando el paciente está recibiendo tratamiento parodontal, se convierte en el sujeto más interesado en la parte que él debe desempeñar en la higiene oral. Si hemos sabido motivar bien al paciente una vez terminado el tratamiento, regresa a los hábitos que tenía antes del problema parodontal. Por razón el operador debe reforzar día con día la necesidad de unos buenos cuidados higiénicos por parte del

paciente.

La fisioterapia oral puede ser llevada a cabo mediante el uso de los siguientes métodos:

- 1.- Cepillado de los dientes y masaje gingival.
- 2.- Estimulaciones interdetales.
- 3.- Seda dental, palillos y cepillos especiales.
- 4.- Irrigación dental.
- 5.- Soluciones descubridoras
- 6.- Dentíferos
- 7.- Enjuages bucales.

Todos éstos métodos para el ser humano, parecen tener la mejor acción sobre la reducción del número de microorganismos de la placa, después de su uso higiene dental para el paciente.

CAP. III

PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

PRONOSTICO: juicio que por adelantado se forma el médico del probable curso de la enfermedad.

La cirugía de una o varias piezas dentarias es una parte del plan de tratamiento completo que abarque toda la boca que contribuya a la salud general del paciente.

Un plan de tratamiento amplio solamente se puede establecer después de elaborar una historia clínica completa y revisar todos los datos de la exploración general de la boca, empleando todo los métodos y técnicas que demande el caso particular. El plan de tratamiento resultante puede caer en una o varias de las siguientes especialidades: Parodontia, Ortodontia, Endodontia, Prótesis de coronas y puentes

Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar deberán tomarse en consideración respecto a necesidades protéticas futuras. El reborde ideal tiene forma de U. La resorcion natural contorneará 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 período sensible se redondean. Se requiere buen juicio pa

ra determinar si la alveoloplastia es necesaria, y cuando extensamente deberá hacerse.

PLAN DE TRATAMIENTO POR ESCRITO

Para el éxito del tratamiento, que el plan sea registrado en papel, siempre y cuando el dentista que programa el plan de tratamiento lleve a cabo todas y cada una de las etapas, sin embargo, el plan escrito tiene suma importancia cuando va a referirse al paciente de una a otra sección de una clínica o a otro consultorio dental para que se realice una parte del tratamiento, y aun en caso de que dos o más dentistas vayan a realizar en conjunto el trabajo integral, evidentemente existen ventajas en establecer un registro escrito, independiente de la forma en que el tratamiento se lleve a cabo.

Es conveniente explicar al paciente los procedimientos clínicos que van a realizarse, con el fin de programar en intervalos adecuados las citas, así como la duración de éstas.

Por otra parte el plan de tratamiento escrito pueda ayudar al personal auxiliar en la disposición del consultorio y del laboratorio necesario conforme avanza el tratamiento.

NUMERO DE DIENTES POR EXTRAERSE.

El procedimiento planeado pueda comprender extracciones complicadas y alveoloplastia, que podrá tomar tiempo considerable y dar por resultado pérdida sanguínea. En caso no complicado, los dientes posteriores restantes de maxilar superior e inferior

de un lado, pueden extraerse en una visita, en ocasiones se extraerá también el canino inferior de manera que pueda administrarse un anestésico para extraer los incisivos más tarde.

ORDEN DE EXTRACCION. Los dientes más posteriores se extraen primero hasta lograr mejor visibilidad, puesto que la sangre por hemorragia se acumula en la región posterior. En una boca que contenga dientes difíciles de extraer, los primeros molares y caninos se extraen después de haber extraído sus --- dientes adyacentes a manera de poder hacer palanca - en el diente y para sacar ventaja de la expansión de placa anterior. La cirugía no se hace antes de una semana, cuyo momento inflamatorio y molestia habrá desaparecido, y la fórmula leucocitaria habrá vuelto a lo normal.

ASISTENCIA PREOPERATORIA. La necesidad, sea ésta real o imaginaria, hace que el paciente se presente para recibir asistencia; de esta manera se inicia una relación entre cirujano y paciente. Es responsabilidad del cirujano decidir si un procedimiento operatorio se justifica, habiendo tomado en consideración su necesidad y sus posibles resultados, y luego deberá aconsejarse al paciente en concordancia. También deberá informarse a los padres o tutores legales del paciente si este es menor de edad.

El cirujano deberá proceder con cautela al valorar al paciente que posea una o varias de las siguientes circunstancias o disposiciones:

1.- Múltiples extracciones quirúrgicas intercaladas con enfermedades incapacitantes o procedi

mientos múltiples en un aparato o sistema orgánico.

2.- Quejas múltiples desproporcionadas y sin relación con los hallazgos clínicos.

3.- Más preocupación por mejorar su aspecto, real o imaginario, que por corregir algún impedimento funcional.

4.- Antecedentes de usar múltiples medicaciones particularmente sedantes, tranquilizantes, y estimulantes.

5.- Una familia o amigos dominantes que están coaccionando al paciente para que se someta al procedimiento.

6.- Trastornos nerviosos y síntomas de angustia y depresión.

7.- Urgencia intensa: un paciente que no puede esperar a que se realice el procedimiento.

8.- Desconfianza obsesiva de un paciente exigente que formula preguntas detalladas y meticulosas sobre las técnicas.

9.- Reserva excesiva, especialmente en que evitan respuestas a preguntas directas o indirectas formuladas por el cirujano.

10.- Indecisión, el cirujano no deberá urgir al paciente con respecto a la operación para resolver la indecisión.

PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA OPERACION

Es de esencial importancia tomar en consideración los sentimientos de la persona enferma para preparar al paciente para su procedimiento quirúrgico. Deben discutirse con el paciente, con la persona legal responsable o con ambos, preferentemente en presencia de un miembro del personal del consultorio --

del hospital, los posibles riesgos involucrados, el resultado previsto aunque no garantizado y las posibles o probables complicaciones. Deberán hacerse anotaciones comprobadas en el registro del consultorio o en el expediente del paciente. Incluso en situaciones de urgencia deberán tomarse estos factores en consideración, antes de admitir al paciente. La seguridad de que la anestesia general mantendrá al paciente dormido a lo largo de todo el procedimiento quirúrgico, así como la afirmación de que generalmente no se usan enemas preoperatorias para preparación de cirugía bucal, serán de gran ayuda para calmar el tormentoso mar preoperatorio.

CAP. IV

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Instrumental de exploración: espejo, pinzas de curación y explorador; junto con estos se coloca una jeringa y cartuchos de anestesia.

Instrumental de incisión: bisturí de hoja fija u hoja intercambiable con hojas de los números: 12, 15 y 16; tijeras quirúrgicas: rectas o curvas y sonda acanalada; pinzas para presión con dos dientes o sin dientes.

Instrumental del Hemostasis: pinzas de Kelly, pinzas de Rochester, pinzas de Allis, pinzas de Crile, pinzas de mosquito.

Instrumental especializado: separadores de Farebeuff, separador de mayo, legra, lima, pinzas de gubea o alveotomo, forceps, elevadores y cucharilla.

Instrumental de sutura: porta-agujas, agujas de diferentes formas y bordes.

Materiales de sutura: hilo de seda negro, hilo de algodón, hilo de alambre, hilo de nylon, mono filamento y el catgut, éste se divide en simple, semimicrónico y crómico (absorbible).

ESTERILIZACION DE LOS INSTRUMENTOS

Los artículos preesterilizados que se usan sólo una vez y se desechan han eliminado la necesidad

de este equipo.

Autoclave. La autoclave es el aparato de preferencia para la esterilización y generalmente, destruye todos los organismos que forman esporas y los hongos. Proporciona calor húmedo en forma de vapor saturado a presión. La combinación de humedad y calor es el medio más eficaz para destruir bacterias. Los instrumentos y materiales para esterilizar en la autoclave se envuelven en doble grosor y cada paquete quirúrgico se marca para saber su contenido y la fecha de su esterilización. Los paquetes pequeños, utilizados en cirugía bucal, generalmente requieren 30 minutos a 121°C .

Esterilización con agua hirviendo. Si se utiliza éste método, se recomienda que se empleen medios químicos para elevar el punto de ebullición del agua, aumentando así su poder bactericida. Resulta eficaz la solución al 2 por 100 de carbonato de sodio; 60g de carbonato de sodio por 4 litros de agua destilada hacen una solución al 2 por 100. Esta agua destilada alcalizada reduce el tiempo de esterilización y el contenido oxígeno del agua, lo que disminuye la acción corrosiva sobre los instrumentos.

Esterilización por calor seco. La esterilización en hornos de calor seco a temperaturas elevadas durante largos períodos se usan ampliamente en Odontología y cirugía bucal. El calor seco no ataca al vidrio ni causa oxidación. El diseño general de los hornos permite una gama de calor entre 100 y 200 grados.

CAP. V

ASISTENCIA OPERATORIA

La responsabilidad del cirujano con su paciente se inicia antes de empuñar el bisturí. Puede hacerse mucho por la comodidad del paciente colocándolo en un medio tranquilo fuera de la actividad hospitalaria y lejos del sentido del humor. Uniformes quirúrgicos y mascarillas limpias, gorras y cubiertas para zapatos usadas por el personal de sala de operaciones, reducirá la contaminación por fuentes aéreas. Siempre habrá de hacerse hincapié en la importancia de la autodisciplina.

SELECCION DE ANESTESIA

El armamentario debe estar en su lugar, cubierto con un lienzo estéril, cuando el paciente entra a la sala de operaciones. Se hace sentar al paciente, y se ajusta el sillón en la posición adecuada para administrar la anestesia.

Los tipos de anestesia disponibles son: — anestesia regional o local, anestesia local con sedación considerable o completamente por agentes anestésicos generales ligeros, anestesia general inducida por vía intravenosa o por inhalación.

Los factores que determinan la selección de la anestesia son:

1.- Edad y estado físico del paciente

- 2.- Infección
- 3.- Trismo
- 4.- Estado emocional del paciente
- 5.- Naturaleza y duración del procedimiento
- 6.- Alergias
- 7.- Deseos del paciente
- 8.- Entrenamiento y equipo del consultorio del operador.

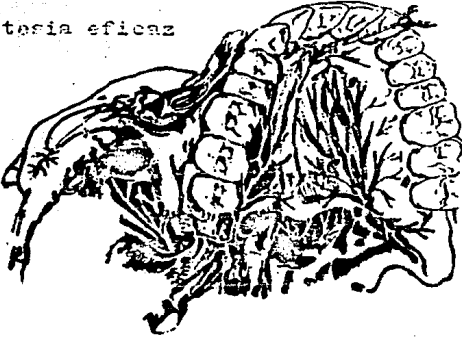
La Xylocaína y Citanest, son las soluciones que tienen las propiedades deseadas para hacer una - correcta selección de la anestesia y obtener el máxi mo éxito en la técnica anestésica. Estos bloqueos en su uso deben de llenar los siguientes requisit as:

- 1.- Período de latencia corto.
- 2.- Duración adecuada al tipo de intervención.
- 3.- Compatibilidad con vasopresores
- 4.- Difusión conveniente
- 5.- Estabilidad de las soluciones
- 6.- Baja toxicidad sistémica
- 7.- Alta incidencia de anestesia satisfactoria.

La premedicación con anestesia local para extracciones, es útil, especialmente si se prevé que la operación comprenda procedimientos complicados. La premedicación deberá delinarse para cada individuo. Puede variar desde barbiturico, tomado por la - boca, inyección intramuscular de un narcótico sintético o inyección intravenosa

TECNICAS DE INYECCION
 Para obtener una anestesia eficaz

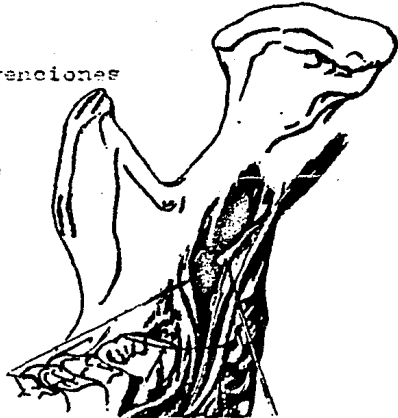
Inyección palatina,
 punción un poco fuera
 de la papila incisiva



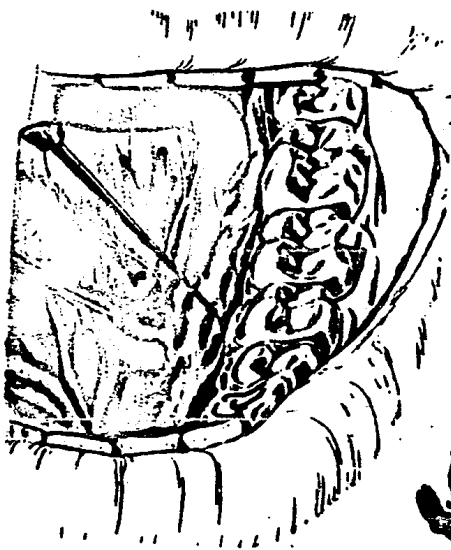
Inyección infraorbitaria, ex-
 tracciones complicadas con re-
 sección de colgajo sobre uno
 o varios incisivos o caninos

- 1.- Nervio infraorbitario.
- 2.- Ramas palpebrales infe-
 riores.

Inyección mandibular, intervenciones
 quirúrgicas u odontológicas
 en la mitad de la mandíbula
 inferior, incluyendo el pe-
 riostio y la mucosa del lado
 lingual y bucal.

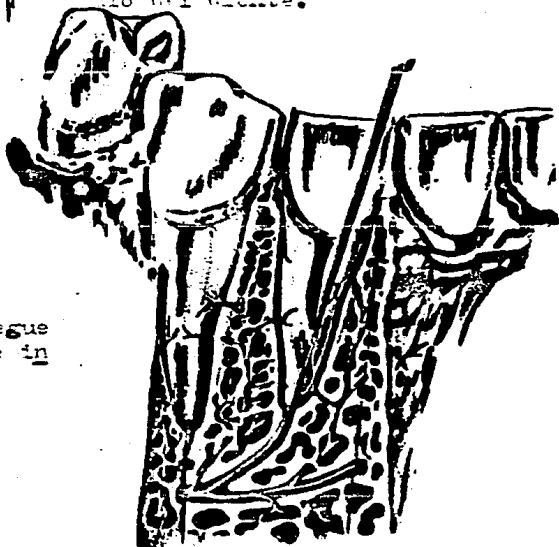


Inyección mentoniana.
 Sitio de punción entre
 los dos premolares, se
 encuentra el agujero -
 mentoniano.



Sitio de punción en
 el mucopericostio a
 nivel del tercio me-
 dio del diente.

Sitio de punción pliegue
 mucolabial a nivel de in-
 cisivos inferiores.



PSICOLOGIA.

Ciencia del comportamiento. La reacción con la que diferentes personas al mismo estímulo varía - considerablemente. Los individuos reaccionan al dolor según su conformación básica, que puede variar - desde estoicismo hasta sensibilidad extrema. Un paciente ocasional que no desee anestesia podrá soportar una extracción mostrando pocas señales externas de dolor. Otro paciente, bajo profunda anestesia local puede saltar cuando se le coloquen unas pinzas - sobre el diente. El paciente estoico es capaz de defender hasta cierta grado el dolor que esté sintiendo.

El umbral al dolor varía mucho según el individuo. Lo que representa un dolor mayor para una - persona en un momento dado puede presentar un dolor menor para otra. El control emocional en presencia - del dolor varía considerablemente. Los pacientes con el mismo umbral al dolor pueden variar desde el individuo que reacciona en forma exagerada, como el niño sin inhibiciones, hasta el paciente que no muestra - señales externas de dolor.

Un paciente ansioso, el miedo puede relacionarse con cualquiera de los siguientes factores: el miedo al miedo mismo, la operación y la estética.

Posición del paciente. El sillón generalmente tiene que colocarse en posición adecuada. Para intervenciones inferiores debe estar tan abajo como sea posible. Para superiores, el maxilar superior -- del paciente deberá estar a la altura del hombro del operador. Estas posiciones permiten que el brazo --

cuelgue en forma laxa de la articulación del hombro y evitan la fatiga asociada a sostener los hombros - en una posición alta y poco natural durante el curso del día. Las posiciones bajas permiten que los músculos de espalda y piernas del operador intervengan en la operación como ayuda para el brazo.

AISLAMIENTO DEL PACIENTE DEL EQUIPO OPERADOR

1.- El paciente se aísla todavía más del médico con campos estériles de tela o material similar. El campo inicial puede ser un paño delgado que mida 115 X 180 cm., un segundo campo, llamado paño delantero mide aproximadamente 115 X 175 cm., completando así el aislamiento principal.

2.- Se cubre la cabeza del paciente según el sistema de la doble sábana; una para la parte inferior y una toalla para la superior.

3.- Los paños estériles se aseguran con pinzas de campo. En algunas operaciones que requieren de manipulación de la cabeza del paciente, moviéndola de un lado a otro, conviene suturar la piel a los paños estériles que rodean la incisión.

4.- El anestésico y su equipo están aisladas del equipo operador.

5.- Se considera estéril tan solo la zona que está arriba del nivel de la mesa quirúrgica. Se consideran contaminadas las manos, el equipo o cualquier otro material que baje del nivel de la mesa operatoria.

6.- La organización debe ser tal que una vez que el cirujano ha terminado el lavado, se ha --

puesto los guantes estériles y el paciente está aislado por los campos, ni debe ser necesario lavarse - de nuevo para obtener los materiales que se necesitan

7.- Aquí es importante establecer que una bata, un campo o una cubierta, se consideran contaminados cuando están húmedos a menos que, bata, campo o cubierta sean de material impermeable o tengan un forro del mismo.

8.- Una vez realizado el aislamiento del - equipo operador, se prepara la región de la incisión se limpia con cepillo y jabón detergente, se enjuaga y se aplica un antiséptico adecuado y se procede a - realizar nuestra intervención quirúrgica.

CAP. VI

CONSIDERACIONES GENERALES

Una técnica cuidadosa basada en conocimientos y habilidades es el factor más importante para tener éxito en toda cirugía. El tejido vivo deberá tratarse con cuidado. El manejo poco cuidadoso, incisión incompleta o desgarrada, retracción excesiva de colgajos o sutura poco uniforme, aunque sin ser dolorosos, para el paciente anestesiado, darán por resultado daño tisular o necrosis, que a su vez proporcionará un medio excelente para la multiplicación de bacterias. La herida está fagocitada por tejido necrótico. -Esto causa dolor, inflamación excesiva y posiblemente deformación. Manejar la herida cuidadosamente y usar instrumentos bien afilados en óptimo estado, tendrá como resultado una mejor reacción tisular.

INTERVENCION QUIRURGICA

Incisión. Las incisiones intrabucuales específicas, requerida en la alveoloplastia, abarcan la reflexión del mucoperiostio, para descubrir el hueso a los dientes, son incisiones directas en línea recta o curvilíneas, que siguen la distancia más corta a través de los tejidos. Sin embargo, donde el hueso subyacente puede estar lejos del sitio de la incisión por ejemplo en paladar blando, lengua, carrillos, —

labios y piso de la boca, la incisión no es necesariamente directa. En estos casos, se hace solamente a través de la mucosa. Después se combina la disección roma, con sección por tijeras o bisturí, para que los tejidos importantes no se sacrifiquen inútilmente. Esta disección puede efectuarse con instrumentos romos y las capas tisulares se separan desgarrándolas. Se utilizan pinzas hemostáticas, tijeras romas, mango de bisturí o el dedo enguantado del cirujano.

La exposición de las capas tisulares cortándolas con tijeras o con el bisturí es menos traumática que la disección. Sin embargo, esto requiere conocimientos anatómicos más precisos. El corte es necesario solamente para descubrir la línea de despegamiento entre las capas, permitiendo así la separación fácil hasta que se exponga otra línea de despegamiento. Se corta esta capa y se disecciona hasta encontrar la siguiente. Así se llega ordenada y atraumáticamente a la región patológica.

COLGAJO QUIRURGICO

Es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se exponga las áreas afectadas, asegurando un acceso directo hasta ellas. La posición de tejido que las cubre es rechazado de su lugar mientras dura la operación, reponiéndola en su sitio una vez terminada. La técnica del colgajo ha sufrido muchas modificaciones con el paso de los años. Los principios fundamentales en lo que se refiere a la utilización de los colgajos son:

- 1.- Debe conservar el aporte sanguíneo del colgajo.

2.- El diseño del colgajo debe permitir su separación del campo operatorio.

3.- El diseño debe permitir que el colgajo cubra completamente el campo operatorio y que pueda retenerse por suturas sin tensión cuando regrese a su sitio original.

4.- Amplios, ya que pueden ofrecer una visión amplia, clara y directa.

Existen varios tipos de colgajos dependiendo de como son: incisión inicial, el grosor del tejido a desprender, abbe, de avance o giro, distante, - pediculados, trasposición tubulares, en forma de V y Y, rotación, envolvente, de componente vertical, bolillo, bisel invertido y con insicciones laterales, - deslizante apical.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE

Después de las extracciones múltiples, se examinan las placas alveolares bucales y hueso interceptales para buscar protuberancias y bordes afilados. Si la alveoloplastia es necesaria se procede:

1.- Incisiones a través de las crestas interceptales.

2.- El mucoperiostio se eleva cuidadosamente del hueso con una cureta, o algún elevador de periostio.

3.- Tener cuidado de no elevar el colgajo más de dos terceras partes del alveolo vacío, elevar lo más desgarraría el pliegue mucoso bucal.

4.- El colgajo se retrae y se coloca el bordado de una compresa de gasa entre hueso y colgajo.

5.- Se colocan unas pinzas de gubia univer sales 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.

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

7.- Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorragia.

8.- Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso.

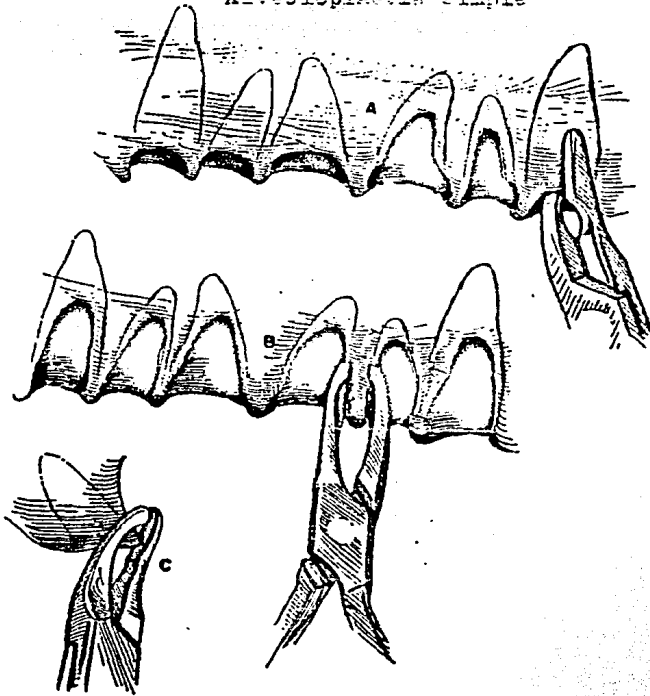
9.- Se eliminan las partículas sueltas, se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso.

10.- Se frota con un dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alveolo está liso.

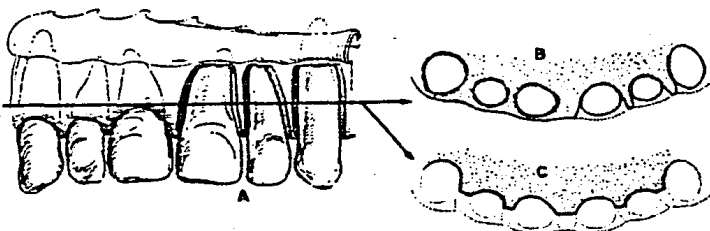
11.- El tejido blando excesivo y el tejido de granulación crónica se eliminan de los colgajos bucal y palatino.

12.- Se sutura en forma continua o con puntos separados sin tensión.

Alveoloplastia simple



- A, eliminación de placa labial con pinzas de gubia
 B, extirpación de punta interseptal
 C, vista lateral de extirpación de punta interseptal.

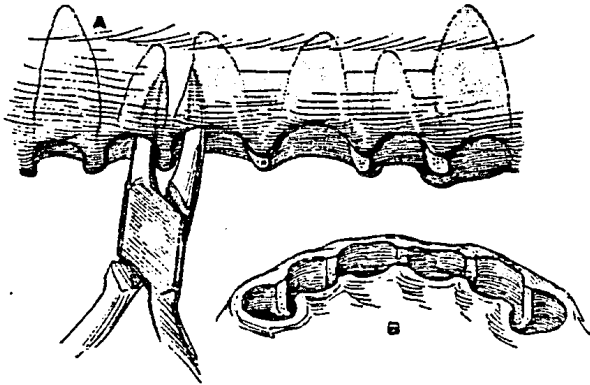


Alveoloplastia radical. A, colgajo mucoperiostico elevado y hueso labial sobre dientes extraidos. B, corte transversal mostrando extracción de hueso labial para abarcar la mayor anchura del diente. C, dientes extraidos y tabiques contorneados hasta placa palatina.

ALVEOLOPLASTIA RADICAL. Se aconseja contorneado radical del reborde alveolar debido a los sobacosados extremadamente prominentes, o una gran discrepancia en relación horizontal de los rebordes superiores, debido a la sobre mordida horizontal notable. Estos pacientes pueden requerir eliminación total de la placa labial para lograr sustitución protética satisfactoria.

TECNICA

- 1.- Se eleva un colgajo mucoperiostico anterior de la extracción.
- 2.- La extracción de los dientes pueda facilitarse al eliminar primero el hueso labial que queda por encima de las raíces de los dientes.
- 3.- 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.
- 4.- Se recorta el tejido excesivo de los colgajos labial y palatino.
- 5.- La sutura continua o puntos separados.



Alveoloplastia interradicular. A. con las pinzas de gubia de pico estrecho se eliminan tabiques sin elevar colgajo y destruir la placa labial. B. la placa labial debilitada, se colapsa hacia la placa palatina con presión del pulgar.

ALVEOLOPLASTIA INTERRADICULAR

En este procedimiento se sacrifica hueso - interradicular en vez de placa palatina por procedimiento cerrado.

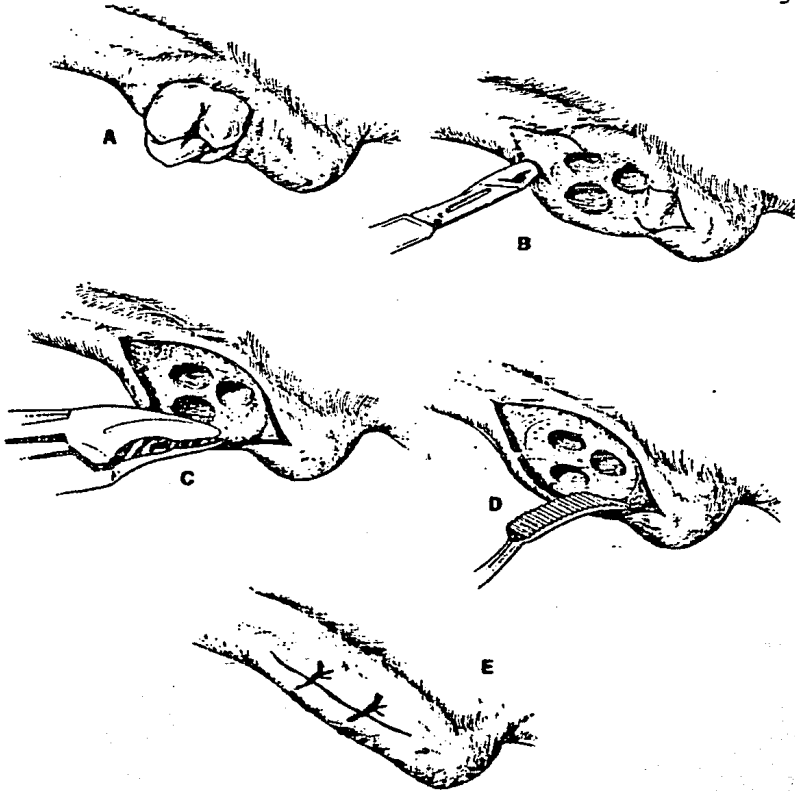
- 1.- Se extraen los dientes.
- 2.- No se levanta colgajo mucoperiostico - sobre el hueso que va a aplastarse.
- 3.- Se extirpa el hueso interradicular con pinzas de gubia de picos angostos.
- 4.- Se hace una muesca con cincel o pinzas de gubia en la placa labial de cada área premolar, - para permitir que la mayor circunferencia de la placa labial se ajuste en su nueva posición.
- 5.- Se aplasta el hueso hasta obtener el - contorno deseado con presión del pulgar.
- 6.- Se eliminan las partículas sueltas.
- 7.- Se sutura, continúa o puntos separados.

ALVEOLOPLASTIA DE UN SOLO DIENTE

En extracción simple, con pérdida de hueso temprano de dientes adyacentes, el anillo del hueso alrededor del diente debe reducirse en el momento de la extracción. Deben reducirse los rebordes afilados palatinos, linguales y labiales, para proporcionar un reborde en forma de U. No deberá sacrificarse hueso para hacer cierre primario.

TÉCNICA:

- 1.- Extracción del diente
- 2.- Se elimina con un bisturí porciones en forma de cuña de la encía mesial y distal al alveolo
- 3.- El mucoperiostio se refleja bucal y lingualmente.
- 4.- Reducción ósea con pinzas de gubia
- 5.- Alisado con lima ósea
- 6.- Sutura final.



Alveoplastia de un solo diente.

- A., diente aislado con hueso alveolar alto
- B., después de extraer el diente, se elimina porciones en forma de cuffa de la encía mesial y distal del alveolo.
- C., el mucoperiostio se refleja bucal y lingualmente. Reducción ósea con pinzas de gubia.
- D., Alisado con lima ósea
- E., Sutura final.

CAP. VII

PROCEDIMIENTO DESPUES DE LA EXTRACCION

Después de la extracción, todas las espigas, las piezas y porciones del diente o de restauración o cualquier libras se retiran del alveolo así como de - canales bucales y linguales y de la lengua. De existir tejido patológico en la región apical, se quita cuidadosamente con una pequeña cureta. Se elimina o fractura el tejido de granulación, pero no se raspa el hueso. Esto no se hace en el área incisiva superior porque ahí las venas no tienen válvulas. Material infectado y trozos podrían ascender hacia la - cavidad del cráneo para formar trombosis del seno cavernoso. Si una radiografía reciente no muestra radiolucidez apical, no colocar la cureta en ningún alveolo, puesto que esto sólo inoculará el alveolo con microorganismos y desechos del borde gingival libre.

El alveolo debe comprimirse con los dedos para volver a establecer la anchura normal que había antes de que la placa fuera expandida quirúrgicamente. En caso de extracciones múltiples, los alveolos pueden comprimirse en exceso hasta en un tercio, lo que elimina la necesidad de alveoloplastia en muchos casos dudosos.

HEMORRAGIA

El examen del paciente antes de la cirugía bucal debe incluir una adecuada historia clínica, — que pueda aportar datos sobre una posible tendencia hemorrágica. Al paciente se le pregunta si ha tenido sangrado excesivo después de cortarse, con motivo de extracciones dentales o de otras heridas. La historia de sangrado excesivo después del parto o durante las operaciones. Al paciente se le debe preguntar si está tomando fármacos anticoagulantes. El examen preoperatorio nos puede revelar una hipertensión importante que ocasiona problemas operatorios de sangrado.

El dentista que hace cirugía bucal tiene — que estar atento para evitar, controlar y tratar la hemorragia bucal. El procedimiento operatorio en sí puede efectuarse de manera que disminuya la necesidad de tratar el sangrado posoperatorio.

Tipos de sangrado. La hemorragia puede ser causada por varios tipos de vasos, ya sea que estén — en tejido blando o en hueso. La hemorragia arterial se conoce por el color rojo brillante de la sangre, — acompañada con el color rojo oscuro de la sangre venosa. El sangrado arterial se caracteriza por su flujo intermitente a manera de bombeo. La hemorragia ca pilar se caracteriza por el escurrimiento continuo — de sangre de color rojo claro.

Localizaciones frecuentes de la hemorragia. La hemorragia de origen dento alveolar más grave es la del canal alveolar inferior o de los vasos del — paladar. Los grandes vasos intraóseos están localiza

dos en el hueso interseptal, entre los incisivos mandibulares. Una alveoloplastia realizada en esta región causa abundante sangrado. Las arterias palatinas mayores y menores del canal incisivo. Los vasos más o menos grandes del periostio lingual y de la mandíbula. Arteria más o menos grande de la región retromolar de la mandíbula en el ángulo interno.

PREVENCIÓN O DEJECCIÓN DE LA HEMORRAGIA — DURANTE LA OPERACIÓN CON MEDIDAS QUIRÚRGICAS.

Deben hacerse incisiones nítidas, evitar romper tejidos y fragmentar el hueso, la preparación correcta de los colgajos mucoperiostícos reduce el sangrado durante la operación. Las incisiones deben hacerse atravesando toda la mucosa y el periostio. Al levantar el colgajo el periostio debe separarse del hueso. De ser posible, las incisiones para la preparación de los colgajos mucoperiostícos deben hacerse a través de la encía insertada, o sea la que está sobre el hueso alveolar. Los colgajos deben prepararse separando el mucoperiostio del hueso alveolar en el intersticio gingival, mejor que haciendo incisiones en la encía no insertada. Los extremos cortados de los grandes vasos y capilares pueden ser cauterizados. También es eficaz la aplicación de aditamentos de presión, como modelina ablandada, cemento de óxido de zinc o acrílico blanco de curación rápida dentro de la prótesis. Se coloca la prótesis en su lugar y al fraguar estos materiales hacen presión para controlar el sangrado.

Aislamiento del sitio de sangrado. Si se -
quitan todos los coágulos sanguíneos limpiando por -
aspiración con torundas de gasa. Hay que precisar de
inmediato el sitio exacto del sangrado, colocando to-
rundas que abran como tapones de presión sobre la re-
gion. Después de que los tapones de presión han sido
colocados durante cinco minutos, pueden levantarse -
con mucho cuidado y ver de que tipo de sangrado se -
trata.

Medidas para detener la hemorragia. Después
de haber controlado temporalmente la hemorragia y --
cuidado del estado general del paciente, debemos di-
rigir nuestra atención a evitar definitivamente el -
sangrado.

Para facilitar el procedimiento quirúrgico
de control de hemorragia bucal por taponamiento o su-
tura, conviene a plicar en la región un anestésico -
local. Si la hemorragia proviene de tejido blando, -
sea de origen arterial o venosa, el vaso debe ligar-
se.

La hemorragia capilar de los tejidos blan-
dos puede ser tratada con varios métodos. Sobre el -
sitio que será sangrado puede hacerse presión con to-
rundas embebidas en una solución de adrenalina al 1
por 1000. La esponja de la gelatina absorbible (gel-
foam) o la espuma de fibrina embebida en trombina, -
pueden colocarse en la región. Un método muy bueno -
es colocar bajo compresión una gasa oxidada absorbi-
ble en el lecho capilar sangrante. La solución de --
Konsel (solución de sulfato férrico) es un hemostáti

co excelente para la hemorragia capilar. Muchas veces es posible detener la hemorragia capilar o venosa cerrando la herida fuertemente con suturas.

TECNICA DE SUTURA

La sutura tiene por objeto unir dos planos incididos; para tener una buena cicatriz debemos hacerlo por planos, empleando la clase de sutura y material adecuado. Dentro de las técnicas de sutura tenemos: sutura de manta o nudo continuo; puntos de colchonero interrumpidos; sutura de solchonero interrumpida tipo Halsted; nudo reforzado cuadrado reforzado por medio de nudo; sutura intradérmica; surgete continuo; surgete discontinuo y puntos separados que son los más usuales en cirugía intrabucal.

MATERIAL DE SUTURA

El cirujano bucal utiliza muchos materiales de sutura. El más usado para cerrar incisiones intrabucales es el hilo de seda negro esteril, de tamaño apropiado, el cual llena todos los requisitos de la sutura intrabucal. No irrita la lengua y su color se distingue perfectamente para poder retirarlo con facilidad. Este material no es caro.

APÓSITOS

Dentro de la boca los apósitos tienen otras finalidades. Se utilizan como drenaje o como vehículo para llevar medicamentos, calmantes, etc., al sitio operado. Se prefieren las tiras de gasa esteril de la 2 cm de ancho. Esta gasa puede ser simple o yodoformada. La yodoformada es antiséptica, pero tiene olor medicinal fuerte y persistente. Cuando

se utiliza como drenaje, la tira de gasa puede suturarse con petroleto, lo que facilita quitarla.

Estos apósitos tienen gran uso en la cirugía posperiodontal, en que el área desnuda se cubre no solo para aliviar el dolor posoperatorio, sino — también para controlar el contorno gingival adecuado.

Muchos apósitos intrabucales combinan un medicamento con otras sustancias que producen fraguado de tipo cemento. La medicación generalmente es un calmante para aliviar localmente el dolor. El cemento frecuentemente comprende combinaciones de óxido de cinc, resinas en polvo y gomas mezcladas con ácido tánico. Los barnices tópicos que forman una película protectora sobre las áreas desnudas también — son útiles para aliviar el dolor y retener los coágulos de sangre.

Para cubrir el área deseada se puede colocar pequeños trozos de cemento en los espacios interdientales, empacándolos bien. El resto del cemento se lleva en dos rollos, colocándolo uno vestibular y el otro lingualmente. El cemento se modela con los dedos para que se unan todas las partes, formando una sola masa. Se mueven los labios, carrillos y lengua del paciente para que se liberen las inserciones de los frenillos y que los tejidos blandos no se traumaticen ni lo desplacen cuando endurezca.

Se revisa que el cemento no cubra toda la corona de las piezas y que no interfiera en la oclusión. Si se desea, se puede cubrir con una hoja de papel de estaño adhesivo para que lo proteja mientras endurece.

Tratamiento posoperatorio de la hemorragia

La hemorragia posoperatoria es una de las complicaciones más comunes después de una cirugía. Si el paciente llama desde su cama para informar que ha vuelto la hemorragia, deberá instruírsele para que primero se limpie la boca de cualquier coágulo sanguíneo con una compresa de gasa salada caliente. Todos los coágulos sanguíneos excesivos deberán ser retirados de la cavidad del alveolo pero el coágulo en el alveolo no deberá eliminarse. Se instruye al paciente para que muerda fuertemente una compresa de gasa estéril doblada, para poder ejercer presión sobre el área de la cirugía. Si no existe disponible una compresa de gasa estéril, el paciente puede usar una bolsita de té colocada previamente en agua fría para ablandar las hojas. Se aconseja que el paciente muerda y no mastique la bolsita o la compresa durante 20 minutos. Si persiste la hemorragia al final de este período, el dentista deberá examinar al paciente. El primer paso es asegurar el dominio de la situación y colocarlo rápidamente en una posición confortable de preferencia decubito supino.

Los vasos sangrantes de esas regiones pueden controlarse tomándolos con pinzas hemostáticas y ligándolos.

Si al extraer los dientes o sus raíces se rompen los vasos el resultado será una intensa hemorragia. Inmediatamente se debe introducir en el alveolo un tapón de gasa haciendo considerable presión contra el vaso cortado. El tapón puede dejarse cinco

minutos y luego retirarlo cuidadosamente. Si falla -
puede colocarse directamente sobre el vaso cortado -
una pequeña porción de gasa absorbible oxidada (oxy-
cel. o hemopak) mantenerla allí por presión con un
taponamiento de gasa.

CAP. VIII

ASISTENCIA POSOPERATORIA

Uno de los períodos más críticos, para el paciente quirúrgico, es la fase posoperatoria inmediata, que cubre el período desde el final de la operación hasta el momento en que vuelve en sí. Durante esta fase es cuando adquiere mayor importancia el peligro de aspiración, paro cardíaco y depresión circulatoria o respiración.

Notas de sala de recuperación. La nota de sala de recuperación escrita por el residente de cirugía deberá incluir un comentario sobre los siguientes factores:

- 1.- Nivel de conciencia
- 2.- Tamaño pupilar
- 3.- Permeabilidad de vías aéreas
- 4.- Modelos de respiración
- 5.- Velocidad y volumen del pulso
- 6.- Calor y color de la piel
- 7.- Temperatura corporal
- 8.- Si el paciente está sondado excreción de orina de 30 a 50 ml por hora.

Notas quirúrgicas. Deberán describir la operación en términos específicos: procedimiento, cirujano y ayudantes, anestesia tipo, nombre y agentes

hallazgos, y estimación de pérdida de sangre.

Órdenes posoperatorias. Deberán hacerse - una revisión de las alergias e idiosincracias a fármacos conocidos, después podrán escribirse las órdenes de la manera siguiente:

1.- Signos vitales, deberán valorarse cada 15 minutos hasta que sean estables .

2.- Observar vías aéreas para investigar - si hay obstrucción.

3.- Posición. Elévese la cabeza de 20 a 30° reposo en cama, según este indicado.

4.- Bolsas de hielo o compresas frías en áreas deseadas si está indicada la aplicación de bolsas de hielo planas bilaterales en sitios de osteotomías, extracciones del tercer molar o alveoloplastias, mantenidos en su lugar con una vanda elástica de 10 cm. ayuda a reducir edema y sangrado posoperatorio

5.- Las órdenes de líquido parenteral, si necesitan y el tipo de líquido, volumen y la velocidad del flujo.

6.- Analgésicos. Medicación para dolor posoperatorio que se administrará bucal o parenteralmente, según deseado; trocitos de tabletas en casos deseados para aliviar irritación faríngea.

7.- Antibióticos. Esto es generalmente una continuación del fármaco indicado el día antes de la operación o durante ésta, puede ser un agente químico terapéutico añadiendo más tarde según lo descubierto en la operación.

8.- Fármacos antiinflamatorios. Puede aconsejarse la continuación de glucocorticosteroides que

fueron administrados antes o durante la operación.

9.- Antitérmicos. Estos se administran parenteralmente o con supositorios, según se requiera. La hemostasia meticulosa en procedimientos intrabucales y evitar líquidos por la boca hasta que el paciente haya recobrado totalmente la conciencia, frecuentemente eliminará la necesidad de un antiemético.

10.- Los medicamentos sedantes, ya sean estos indicados o deseados, dependen de las necesidades del paciente.

11.- Otras medicaciones u órdenes especiales como respecto a la terapéutica de insulina del paciente.

12.- Ordenes dietéticas. Si el paciente ha sido adecuadamente hidratado antes y durante la operación y se ha reiniciado el funcionamiento gastrointestinal después de la anestesia general, es aconsejable iniciar al paciente en una dieta de líquidos claros o líquidos quirúrgicos y progresar desde allí a una dieta líquida completa o blanda (estos alimentos deberán retrasarse hasta que el paciente haya vuelto en sí. Es esencial recetar la mejor dieta posible teniendo presentes factores del momento, en contra de una dieta elevada en proteínas, nutritiva y completa administrada en cantidades suficientes para cumplir con los requerimientos de energía del paciente.

Visitas posoperatorias. Las observaciones sobre el progreso durante la fase posoperatoria deberán incluir una valoración de los siguientes fac

tores:

- 1.- Nivel de conciencia
- 2.- Permeabilidad de vías aéreas
- 3.- Valoración del sistema cardiopulmonar
- 4.- Velocidad y volumen del pulso, presión arterial y temperatura corporal.
- 5.- Calor y color de la piel.
- 6.- Ingreso y excreción
- 7.- Estado de la herida
- 8.- Revisión de las notas
- 9.- Quejas específicas del paciente.

CONCLUSIONES

Las investigaciones actuales y en proyecto sobre alveoloplastia se dirigen a la resolución de - problemas inmunológicos, anatómicos y fisiológicos - en cirugía bucal. La investigación en esta área debe por necesidad impulsar el trabajo en otras disciplinas para lograr procedimientos clínicos nuevos. Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos de reborde alveolar deberán tomarse en consideración respecto a las necesidades protéticas futuras. La resorción natural contorneará los rebordes, a veces, - de una manera poco uniforme pero se requiere de un - período más largo y el paciente puede experimentar - molestias hasta que los bordes óseos localizados bajo el perfortio sensible se redondeen. Se requiere - de un buen juicio para determinar si la alveoloplastia es necesaria, y cuando deberá hacerse.

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 alveoloplastia extensa, pero encontrará con más frecuencia que solo unas cuantas áreas pequeñas requieren contorneado.

En odontología se usan en combinación con solución de vasoconstrictores; entre otras razones -

para prolongar la duración de la anestesia y para hacer más profunda la analgesia, con una buena localización y mayor incidencia anestésica, pero es conveniente usar una solución bloqueadora de acuerdo con el tiempo que se presume que vaya a durar el procedimiento.

La elección del anestésico compete al cirujano y al anestesiista. Este debe comprender cabalmente los problemas relacionados con las intervenciones cerca de la cara y vías aéreas, y la necesidad de proteger las vías respiratorias en el período de recuperación. En la elección de los agentes anestésicos debe tenerse en cuenta la posibilidad de náuseas y las complicaciones relacionadas que pueden ocurrir.

Actualmente, se están realizando logros notables para mejorar el control aséptico de todo el ambiente hospitalario, incluyendo salas de operaciones, clínicas y servicios auxiliares. Se hacen esfuerzos afortunados para controlar dirección del flujo, temperatura y pureza del aire que se hace circular en el quirófano. Se eliminan los microorganismos filtrables y se ajusta a la temperatura del aire antes de permitir que fluya a velocidad. La infección postoperatoria es objeto de constante vigilancia por parte del equipo médico. Se cambian los apósitos con adherencia estricta a los principios asépticos. Las infecciones resistentes se identifican y someten a tratamiento vigoroso como éste indicado, a veces observando aislamiento del paciente, descanso total en

la cama. El aspecto dietético, servicios de alimentos los múltiples laboratorios e incluso el mantenimiento general del medio del hospital, requieren disciplina cuidadosa y vigilancia constante para mantener control aséptico.

El factor más importante del tratamiento de la hemorragia, sin tomar en cuenta su tipo o su sitio, es la aplicación de tapones a presión en el lugar de la hemorragia. Esto es cierto, cualquiera que sea el agente hemostático utilizado y muchas veces la presión basta para detener la hemorragia.

BIBLIOGRAFIA

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL. Redacción e Investigación Documental 1. 2 ed. México, D.F., Ed Riespa, S.A., 1982.

KRUGER, Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal. 4 ed., Tr. Dra. Georgina Guerrero. México, D.F., Ed. Interamericana, 1981 (cl974) 609p.

RODRIGUEZ, Figueroa Carlos A. Parodontia. 3 ed. México, D.F., Ed. Méndez Coto, 1982.

FORTILLA, Robertson Vavler, et al: Técnicas quirúrgicas. Ed. Tesis Reséndiz, 1980 (cl980) 108p.

MARTINEZ, Redig Carlos y Montate Teresa. Anestesia. 2 ed. México, D.F., Ed. Tesis Reséndiz, 1979 — (cl979) 173p.

IMPRESOS MOÑOZ

DONCELES 56-A ESQ. REP. DE CHILE
COL. CENTRO Z.P. 1

(A UNA CUADRA ESTACION METRO ALLENDE)