

299
2e

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



Cirugía Preprotética

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

Bárbara A. Morfín Pérez
Norma L. Romero Cárdenas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Vo. P. [Signature]

México, D.F. marzo de 1988



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 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.

INDICE

Introducción	1
CAPITULO 1 CIRUGIA ORAL	
A. Definición de Cirugía Oral	2
B. Historia de la Cirugía Oral	2
C. Características clínicas óptimas de la cavidad oral para recibir una prótesis	9
CAPITULO 2 HISTORIA CLINICA	
A. Datos administrativos	11
B. Datos clínicos	11
C. Exámen extraoral	13
D. Exámen intraoral	14
E. Exámen radiográfico	15
F. Exámenes de laboratorio	16
G. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento	20
CAPITULO 3 TECNICAS QUIRURGICAS	
A. Incisiones	21
B. Colgajos	24
C. Osteotomía / ostectomía	26
D. Hemostásis	27
E. Sutura	30
CAPITULO 4 ALVEOLOPLASTICA Y ALVEOLO TOMIA	
A. Definiciones	36
B. Objetivos	36
C. Anatomía	38
D. Técnica quirúrgica	40
CAPITULO 5 TORUS PALATINO	
A. Definición	46
B. Anatomía	47
C. Técnica quirúrgica	54
CAPITULO 6 TORUS MANDIBULAR	
A. Definición	57
B. Anatomía	57
C. Técnica quirúrgica	66

CAPITULO 7 FRENILECTOMIA

A. Definición -----	68
B. Anatomía -----	68
C. Técnicas quirúrgicas -----	79

CAPITULO 8 ANQUILOGLOSIA

A. Anatomía -----	84
B. Técnica quirúrgica -----	94

CAPITULO 9 CORRECCION DE OTROS TEJIDOS BLANDOS

A. Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar ---	98
B. Hiperplasia fibrosa de los tejidos bucales -----	101
C. Hiperplasia inflamatoria de la mucosa vestibular-	103
D. Fibromatosis de la tuberosidad retromolar infe rior -----	104
E. Labio doble -----	106
Conclusiones -----	109
Bibliografía -----	110

INTRODUCCION

A lo largo de nuestra carrera, hemos visto que no se ha dado la importancia necesaria a la Cirugía Preprotética, ya que el Dentista debe hacer todo lo posible para reparar, reconstruir, conservar y mejorar la cavidad o--ral. De estos factores dependerá la buena adaptación de la prótesis, incluyendo la estética y la funcionalidad -de la misma.

Existe un largo porcentaje de prótesis mal ajustadas las cuales podrían ser funcionales con la ayuda de la Ci-
rugía Preprotética.

Además de las alteraciones anatómo-fisiológicas que sufre el paciente, debemos de tener en consideración los transtornos psicológicos que se presentan.

Con esto no queremos generalizar el empleo de la téc-
nica quirúrgica. Porque si la boca parcial o completamen-
te desdentada tiene características labiales, está por -
demás ser utilizada.

Por lo que insistimos en que los cirujanos dentistas nos intereseamos más sobre la finalidad de la Cirugía Pre-
protética.

CAPITULO I

CIRUGIA ORAL

A. Definición

La Cirugía Oral, es la parte de la Odontología, que trata el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula / regiones adyacentes.

Definición de Cirugía Oral Preprotética.- Es la rama de la Odontología que se encarga de la preparación quirúrgica de los procesos maxilares y zonas adyacentes, para recibir la prótesis sin que exista ningún problema anatomofisiológico, logrando con esto la restitución del sistema masticatorio.

B. Historia de la Cirugía

La Cirugía oral como especialidad definida comienza en el Renacimiento. Esta especialidad la podemos encontrar en los tratados dentarios, escritos en el siglo XVI, en esta época se empieza a notar una separación de la Cirugía Oral y la general.

En el siglo XX fué reconocida oficialmente y se debió en gran parte a las consecuencias de la Primera Guerra Mundial.

Odontología en la época del Prerenacimiento.-

Los arqueólogos han sido los que han demostrado la antigüedad de la Odontología a través de los restos hallados en las tumbas de Egipto, Babilonia e Italia, así como también en las de Asiria, Indostán, México, Perú y Ecuador.

Quizás el más interesante de todos éstos testimonios es el "Papyrus quirúrgico", de Edwin Smith. En éste manuscrito que trata del Egipto del 1600 al 1700 A.C., se presentan 22 lesiones de la cabeza que incluyen la descripción -- de fracturas y dislocaciones mandibulares, lesiones de los labios y el mentón.

En el siglo XVI A.C. hasta la segunda centuria de la era cristiana, los griegos iniciaron un sistema de medicina que ha sido la base de la terapéutica en Europa hasta finales del siglo XV. Los griegos iniciaron la Medicina científica y de ellos se deriva la mayor parte de nuestras abreviaturas médicas.

Hipócrates aconsejó la extracción de los dientes destruídos si eran móviles, y cuando estaban destruídos y no

tenían movilidad, aconsejaban la desecación con un cauterio. Para reducir las fracturas mandibulares, aconsejaba ligar juntos los dientes de cada lado de la fractura con cordel del lino o hilo de oro y también decir que los dientes perdidos podían reemplazarse y mantenerse en su sitio por medio de ligaduras similares.

Aristóteles comentaba que los forceps dentales estaban contruidos con dos palancas aplicadas la una contra la otra y con un fulcro común.

Celso Cornelio, romano del siglo I D.C., escribió un trabajo de varios volúmenes de medicina en el cual describía úlceras orales, que los griegos llamaban aftas; pequeños tumores llamados parulides, métodos para extraer dientes con fórceps, tratamientos para el dolor de muelas, incisiones para el drenaje de abscesos, reducción de fracturas de las arcadas con un método semejante al de los egipcios.

Galeno describió la anatomía y función de los incisivos, y diferenciaba el dolor producido por pulpitis del producido por periodontitis. También elaboró un procedimiento de farmacia que todavía tiene vigencia en el siglo XX.

Los autores islámicos de los siglos IX y X efectuaban tratamientos no quirúrgicos ya que su religión condenaba las heridas e insisiones de sangre humana, utilizando el cauterio.

Los árabes sustituían las extracciones de dientes por aplicaciones tópicas de medicamentos o los desvitalizaban a éstos con cauterio.

Epoca del Renacimiento, -

En el siglo XII después de la caída de Roma, debido al intercambio cultural de la guerra de las cruzadas, el interés del Renacimiento fué traducir a los clásicos latinos, y griegos. En el siglo XV llega a Inglaterra la afición por la Literatura Griega, Gramática Latina, y Medicina Científica, sobresaliendo la Universidad de Bolonia en la cual Guy de Chauliac publicó "Cirugía Magna" en 1478.

En 1483 Giovanni Arcolari que fué el profesor de Cirugía y Medicina, escribió un tratado de Cirugía "práctica" y es considerado como uno de los pioneros de la Cirugía Bucal. El narra en su tratado la forma de rellenar las carie con oro, además contiene grabados el instrumental usado -- que era pelicanos, forceps curvos y un pico de cigüeña para la extracción de raíces.

Guillermo de Salicilato, describió el método de fijación maxilar para el tratamiento de fracturas.

Los cuatro grandes artistas del Renacimiento, Miguel Angel, Leonardo Da Vinci, Rafael y Durero, practicaban la disección con el fin de representar la anatomía del cuerpo humano.

También en ésta época hubo tres grandes anatomistas, Vesario, Falopio y Eustaquio. Vesalio describió el diente y la cámara pulpar y discrepó el concepto Aristóteles de que la mujer tenía menos dientes que el hombre. Falopio adoptó los términos de paladar duro y blando e hizo la descripción del V, VII y IX par craneal.

Eustaquio y Falopio narraron con detalle al desarrollo del diente desde su fase intrauterina hasta el momento de su erupción.

Ambrosio Paré, francés contemporáneo de éstos anatomistas, describió métodos para el reimplante y transplante de los dientes, obturadores para paladares hendidos, extrajo dientes, drenó abscesos y consolidó fracturas.

Roberto Bunon publicó entre 1741 y 1744 cuatro tratados dentales, en los cuales señalaba el uso de prótesis bucales para el tratamiento de fracturas de mandíbula.

Pierre Fauchard, fué un gran clínico francés y comprendió la importancia de las enfermedades de la boca con relación a la salud corporal.

Su Le Chirurgien Dentiste, fué el compendio más completo de la época en el cual hablaba sobre Ortodoncia, Cirugía, Implantes, Piorrea, Dolores dentarios, Anatomía dental, Patología, Materia Médica y procedimientos de prótesis.

Bunon se opuso a la idea de que a las mujeres embarazadas no se les podía practicar extracciones.

Anselmo Luis Bernari Jourdain Berchillet, practicó la dentistería, lo que hoy en día es la Cirugía Oral.

F. Chopart y P. J. Desault, describieron en su tratado la importancia de la acción de los músculos depresores sobre los fragmentos de las fracturas mandibulares.

John Hunter escribió una de sus obras maestras que fué la "Natural History of the Human teeth" publicada en 1771 contribuyó notablemente a la Odontología en cuanto a la Anatomía y Fisiología, además estructuró una nomenclatura para los dientes y fué quien empleó por primera vez los términos de "cúspide y bicúspide".

Hacia 1820 en Norteamérica, existían aproximadamente 100 dentistas, los cuales eran emigrados, por lo cual los trabajos de cirugía eran tratados por los barberos.

Simón Hüllihen, fué el primer especialista en Cirugía Maxilo-Facial, perfeccionó instrumentos dentales y reunió una importante cantidad sobre prognatismo y paladar hendido.

James Garretson fué nombrado el padre de la Cirugía oral y le dió nombre a la especialidad y publicó en 1864 el "System of Oral Surgery". Practicó intervenciones por vía oral salvando a muchos pacientes de mutilaciones en aquella época.

Durante el siglo XIX y el XX ha habido un gran desarrollo tecnológico y gracias al desarrollo de la ciencia, nos ha traído la anestesia, la asepsia y los Rayos X y no se concibe la práctica de la clínica sin éstos elementos.

En el siglo XIX gracias al microscopio conocen fundamentos de patología y bacteriología, aquí destaca la obra "Cellular Patology the Virchow" en 1858, la cual dió la pauta para que en el siglo XX se publicaran obras de anti-sepsia.

En 1810 se introduce la procaína, como anestésico local.

La importancia que alcanzó el cirujano bucal fué decisiva y el desarrollo que alcanzó éste en el siglo XX es notoria.

C. Características clínicas óptimas de la cavidad oral para recibir una prótesis

Según Starshak:

- 1.- Los dos maxilares deben encontrarse en relación normal.
- 2.- Sus procesos maxilares deben ser lo más grande posible sin la presencia de protuberancias óseas o de tejidos blandos que pudieran formar zonas retentivas.
- 3.- Cada uno de los rebordes alveolares, deben tener forma de "U", ser anchos y altura suficiente.
- 4.- El ancho transversal del maxilar debe ser lo más semejante posible al de la mandíbula para que haya la mayor estabilidad.
- 5.- El hueso y los tejidos blandos deben encontrarse en estado no patológico.
- 6.- Debe haber cantidad suficiente de encía para cubrir los rebordes alveolares, y ella debe ser de consistencia firme y grosor uniforme.
- 7.- Los surcos vestibulares y sublinguales deben hallarse libres de tejido cicatrizado, pólipos y masas hipertrofiadas.
- 8.- La lengua debe moverse con libertad, no presentar enfermedad o tener restricciones de frenillo.
- 9.- La lengua no debe estar agrandada, ni invadir el espacio correspondiente a la prótesis.

10.- Las glándulas salivales menores y mayores deben presentar función secreta normal y mantener húmeda y lubricada la boca y ayudar así a la retención de la prótesis.

CAPITULO 2

HISTORIA CLINICA

A. Datos administrativos

Nombre, edad, dirección, sexo, ocupación.

B. Datos clínicos

1. Antecedentes heredofamiliares.- Estos nos permiten valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir las enfermedades dentro de su propia familia (padres, abuelos, tíos, hermanos, etc.).

Dentro de estos antecedentes encontramos a los cardiovascular, renales, hepáticos y neoplásicos.

2. Antecedentes personales no patológicos.- Nos proporcionan el tipo de vida del paciente: sueño, dieta. Hay que tomar en cuenta las medicinas que esté tomando y, en particular, la reacción a los antibióticos, sulfonamidas y sedantes. Para obtener estos antecedentes podemos observar el tipo de vivienda, hábitos higiénicos y alimentación, tabaquismo y etilismo, y además las inmunizaciones.

3. Antecedentes personales patológicos.- Informan sobre las enfermedades y traumatismos anteriores, debe especificarse con detalle el tiempo de iniciación, duración, com-

plicaciones, secuelas, tratamiento, lugar de tratamiento y nombre del médico. Ejemplos: reumatismos, tuberculosis, neumonía, enfermedades venéreas y tendencias hemorrágicas.

4. Padecimiento actual.- Descripción que hace el paciente de su padecimiento, nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas.

Debe ser como empezó y de como ha ido evolucionando, duración y el estado actual.

5. Interrogatorio por aparatos y sistemas.- En éste punto se le preguntará al paciente, sobre los síntomas que el no puede relacionar con una enfermedad; ya que el paciente rara vez describe su padecimiento clara y concisamente, y lo dividiremos por aparatos y sistemas:

- + APARATO RESPIRATORIO.- Dificultad para respirar, tos (seca o húmeda), gripes frecuentes, dolor durante la respiración, cianosis en uñas, labios, murmulleo de los pulmones.
- + APARATO CARDIOVASCULAR.- Disneas, fatiga ante el esfuerzo, dolor precordial, palpitaciones o taquicardias, bradicardias, cianosis, mareos, desmayos, fosfenos, cu fenos, adormecimiento de las extremidades, edema generalmente en tobillos.

+ APARATO GENITOURINARIO.- Dolor, dificultad, ardor, calor, olor al orinar, incontinencia urinaria, frecuencia.

Si es mujer: si presenta menarca, ritmo (cada 28 a 30 días), menopausia.

+ SISTEMA ENDOCRINO.- Diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso o aumento, aliento cetónico.

+ SISTEMA NERVIOSO.- Cefaleas, desmayos, convulsiones, crisis nerviosas, migrañas, parestesias, parálisis, --bruxismo, etc.

+ SISTEMA HEMATOPOYETICO.- Cansancio, inapetencia, hemorragias nasales o gingivales, hematomas, petequias, heuridas, etc.

+ SISTEMA LOCOMOTOR.- Adormecimiento en miembros, parestesia, edemas, pérdida de sensibilidad.

C. Exámen extraoral

Es necesario observar al paciente desde el punto de vista físico y psicológico, para obtener datos que nos van a ayudar a la elaboración de un buen diagnóstico.

En la valoración psicológica debemos apreciar su --comportamiento, actitud mental, angustia, miedo, ansiedad, etc.

En el aspecto físico inspeccionaremos la cara del paciente, buscando asimetrías, tumefacciones anormales incluyendo la palpación de ganglios linfáticos de cabeza y cuello.

D. Exámen intraoral

Consiste en la inspección y palpación de los tejidos de la cavidad oral. Deberá de seguirse un patrón de rutina sistemático para asegurarse de que ninguna superficie bucal es pasada por alto.

Podemos adoptar el siguiente orden:

1. Labios
2. Carrillos
3. Surcos vestibulares
4. Paladar
5. Lengua
6. Piso de boca
7. Encías
8. Inserciones musculares
9. Relación maxilo-mandibular

Valoraremos cambios de color, inflamación, aumento de tamaño, ulceraciones, formaciones tumorales, etc.

Posteriormente observaremos minuciosamente las fosas

amigdalinas y la bucofaringea.

Por último será una apreciación general de los dientes por medio de un odontograma en donde anotaremos caries, zonas de contactos defectuosas, clase de oclusión.

E. Exámen radiográfico

Para el establecimiento de un buen diagnóstico y un plan de tratamiento para el paciente es necesario llevar a cabo un correcto y minucioso análisis de toda la información lograda a través de la Historia Clínica, como es la inspección, palpación y una de gran importancia es la radiografía.

Al observar una radiografía, tenemos que identificar los puntos de referencia anatómicos, éstos pueden ser radiopacos, radiolúcidos o ambos.

El dentista tiene la obligación de identificar las diferencias entre normalidad y anormalidad o patologías; para esto es de suma importancia que el Odontólogo tenga un conocimiento claro y completo de la imagen radiográfica que normal de los tejidos de la cavidad bucal.

Para nuestro estudio radiográfico, una técnica adecuada, consistirá en tomar dos películas o radiografías oclusales; una superior y otra inferior. Este tipo de radiografías es una placa amplia intrabucal y por lo mismo nos

revela grandes áreas de la cavidad oral.

Dicha placa nos proporciona una vista de sección --- transversal del arco superior o inferior, por lo tanto es útil para localizar dientes retenidos, cuerpos extraños, - sialolitos, para evaluar el tamaño de quistes, etc.

Cuando creamos conveniente que las radiografías oclu sales no son lo suficientemente claras, podemos completar nuestro estudio radiográfico con unas radiografías periapica les, de aleta mordible, etc.

F. Exámenes de laboratorio

Si al llegar a este punto tenemos duda de que el pa-
ciente padezca alguna enfermedad orgánica, haremos uso de
las pruebas de laboratorio, las cuales son:

1. BIOMETRIA HEMATICA:

- Fórmula leucocitaria

Estas son células de defensa.

5000 - 10,000/mm³

- a) Neutrófilos 65%
- b) Linfocitos 20-30%
- c) Monocitos 8%
- d) Basófilos 4%
- e) Eosinófilo 3%

Metamielocitos	En banda	Reticulosis	0.5-1.5%
	Segmentados		0%

La fórmula leucocitaria es muy importante, ya que su aumento o la disminución de éstos puede indicarnos la presencia de infecciones o de inflamación como por ejemplo: - los monocitos aumentan en proceso infecciosos, los basófilos aumentan en procesos inflamatorios agudos, los eosinófilos aumentan en procesos infecciosos exudativos, los mielocitos o metamielocitos aumentan solo en infecciones graves.

- Eritrocitos:

Son células de transporte de oxígeno, hemoglobina y nutrientes. El aumento de éstos principalmente propicia la Policitemia Vera, la disminución produce anemia.

HOMBRE ADULTO: 5-6 millones/mm³

MUJER ADULTA : 4.5 - 5.5 millones/mm³

- Plaquetas:

Células de coagulación

150,000 a 400,000/mm³

- Hemoglobina:

Transporte de oxígeno, intercambio de CO₂.

HOMBRE ADULTO: 15-20 grs/100 ml

MUJER ADULTA : 13.5 - 17 grs/100 ml

- Hematocrito:

Cantidad de eritocitos en sangre en porcentaje.

HOMBRE ADULTO: 45 - 60%

MUJER ADULTA : 40 - 52%

- Volumen globular:

83 - 104 v

- Concentración media de globulina:

31 - 37 %

2. PRUEBA DE TENDENCIA HEMORRAGICA

Tiempo de sangrado 3 - 5 min.

Tiempo de coagulación 5 - 8 min.

Tiempo de protombina 12 - 15 min.

Tiempo parcial tromboplastina 30 - 50 seg.

Retracción del coágulo:

Inicio 30 min.

Final 240 min.

3. QUIMICA SANGUINEA

Glucosa 60 - 100 mg

Urea 16 - 35 mg

Creatinina .75 - 1.2 mg

Fósforo	24 - 47 mg
Calcio	9 - 11 mg
CO	19 - 25 mg
PH	7.35 - 7.41 mg
Potasio	3.6 - 4.4 meq
Na	132 - 144 meq
Acido úrico	2.5 - 6 mg

4. ORINA

Volúmen	900 - 1 600 ml
Densidad	1003 - 1 035
pH	6

No deben encontrarse en orina:

- + Glucosa
- + Cetona
- + Albúmina
- + Bilirrubina
- + Hemoglobina
- + Sedimentación

Sedimentación menos de 10 leucocitos por campo

Colestero Total	170 - 285 mg
Fosfatasa	1 - 4 U

G. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento

Todos los datos que en la historia clínica obtenemos nos servirán para que por medio de éstos lleguemos a un diagnóstico presuntivo, el cual es de vital importancia para elegir la terapéutica a seguir.

De acuerdo al diagnóstico podremos darnos cuenta del pronóstico, el cual será la evolución que nosotros pensamos podrá presentar la enfermedad, es decir, será una manera de adelantarnos a la conducta que seguirá el padecimiento.

A partir del diagnóstico y del pronóstico elegiremos el tratamiento que juzguemos más adecuado. El tratamiento no hace falta decir la importancia que encierra, lo que sí es necesario aclarar que en la eficacia de éste dependerá en gran medida de la certeza del diagnóstico.

C A P I T U L O 3

TECNICAS QUIRURGICAS

A. Incisión

Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. En la cavidad oral tiene el mismo fin: abrir, medios mecánicos, térmicos o eléctricos el tejido gingival.

Para realizar cualquier tipo de incisión es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o la encía con los dedos de la mano izquierda, los cuales, al mismo tiempo apartan los labios o se apoyan sobre los separadores.

El instrumento comunmente usado es el bisturí de hoja corta. El cual consta de un mango y de una hoja de bisturí de distintas formas y tamaños.

La elección del sitio de la incisión es previa al acto operatorio y esta está en consonancia con el tipo de operación realizada.

Hay distintas variedades de incisiones orales:

+ Semilunar o de Partsch.- Para un solo diente, para el tratamiento de quistes en los maxilares.

+ De Newman.- Es una incisión tipo liberatriz, se incide sobre papilas de dientes necesarios, y lleva liberatrices a cada lado, para el tratamiento quirúrgico de paradentosis y focos apicales.

+ Seminewman.- Lleva una sola liberatriz.

+ En festón de la bóveda palatina, para la extracción quirúrgica de caninos retenidos. En paladar nunca se utilizan incisiones liberatrices. Se hacen tan amplios como sea necesario. El festoneado se hace a nivel de los cuellos.

+ Lineal.- Para la extracción de los terceros molares incluídos; y la incisión lineal de la mucosa, para el drenaje de absesos.

Las incisiones en la cavidad bucal, en general deben llegar en profundidad hasta el tejido óseo, y se debe seccionar; para ello; por lo tanto el tejido que cubre el hueso, el periostio.

Las incisiones limitan un trozo de fibromucosa o mucoperiostio, que se denomina colgajo.

Características que debe tener una incisión

1.- Amplitud, dirección y fuerza necesaria.- Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, es necesario que tenga una base lo suficientemente ancha para proveer -

la irrigación suficiente y se evite su necrosis.

Al trazarse la incisión debe tenerse presente el recorrido de los vasos para evitar que sean seccionados y se originen hemorragias.

- 2.- Buena visualización.- El trazado que se haga debe permitir una perfecta visibilidad del objeto a operarse y no obstaculizará las maniobras operatorias.
- 3.- Extensión.- La incisión debe ser lo suficientemente extensa para que permita un colgajo que descubra ampliamente y suficiente el campo operatorio y así evitar desgarramientos y torturas del tejido gingival que siempre terminan en necrosis. Nunca deben realizarse incisiones económicas; algunos milímetros más no significan nada para el proceso cicatrizal; aunque exagerar ocasiona trastornos inútiles.
- 4.- Un sólo trazo.- Sin líneas secundarias, que sea de un solo intento, perpendicular a los tegumentos; a trazado correcto, rectilíneo, hecho con bisturí filoso, corresponde buena adaptación y buena cicatrización.
- 5.- Soporte óseo.- La incisión ha de tratarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro.

5.- Soporte óseo.- La incisión ha de trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro.

Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo; de otra manera los puntos se desprenden y la incisión se abre nuevamente.

8. Colgajos

Una incisión se realiza para obtener un colgajo, que es un trozo de mucoperiostio limitado por dos incisiones ó la superficie de una incisión arqueada.

Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida, o entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra o un periostotomo.

Todos ellos se utilizan de la misma manera que el bisturí, o sea, entre el pulgar, índice y medio.

Requisitos que debe tener un colgajo

- 1.- Amplitud necesaria.
- 2.- Base amplia para una buena irrigación.
- 3.- Soportado por tejido óseo sano.
- 4.- Con un ángulo mayor de 90 grados para evitar necrosis mucoperióstica (en cavidad bucal).

Métodos para desprender un colgajo

+ Se desprenderá el colgajo de su inserción en el hueso, apoyando decididamente contra el hueso la legra o periostotomo y se harán movimientos suaves de lateralidad; elevando por lo tanto fibromucosa y periostio.

La pinza de disección de dientes de ratón ayuda a preparar el colgajo y a coaptarlo en la sutura.

Con ella se toma el labio de la incisión ligeramente movilizado y se va levantando el colgajo al mismo tiempo que la espátula lo desprende.

La pinza se toma con la mano izquierda entre la cara palmar del dedo pulgar, índice y medio.

+ El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria. Los planos musculares de poco volumen y extensión (mitriforme, canino, buccinador, cuadrado de la barba, etc.) deberán desinsertarse mediante legrado y ser separados de tal modo de la superficie ósea que está quede al descubierto.

Muchas veces los colgajos no vuelven a su lugar de origen; pueden deslizarse e irse a ocupar otras regiones, para cubrir perforaciones buconasales o bucosinusales, por ésta razón deberá dársele al colgajo una base suficientemente ancha para que se nutra no resulte perturbada.

C. Osteotomía y ostectomía

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso; la ostectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación; la operación se realiza con escoplos, pinzas gubias, fresas y osteotómo.

Osteotomía con pinzas gubias

Se usan para agrandar orificios previamente preparados con los escoplos. También para resecaer hueso sobrante del hueso alveolar o puntas óseas que quedan después de las extracciones. En ocasiones algunos cirujanos lo utilizan para retirar hueso desvitalizado.

La pinza funciona como una cizalla o como un socabado extrayendo la cantidad de hueso requerido.

Las puntas rugosas, bordes afilados y crestas son aliados con linas para hueso.

Osteotomía con fresas

La fresa es muy útil para practicar las osteotomías, disminuye el trauma que el golpe del escoplo provoca, el cual resulta muy desagradable.

La fresa actúa ya sea eliminando el hueso en su totalidad o realiza perforaciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea, el hueso limitado por las perforaciones, es levantado con un escoplo.

En el hueco dejado, se introducen las ramas de las pinzas gubias, eliminándose el hueso que sea necesario y de acuerdo al caso.

La fresa debe actuar siempre con agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar el calentamiento del hueso que puede producir lesiones.

D. Hemostasis.

Etimológicamente viene de Haima-sangre y tasis-detención, por lo tanto es un acto de cohibir la hemorragia.

Esta hemorragia viene de distintos orígenes y, según el vaso lesionado, distinta importancia, generalmente no tiene trascendencia; porque se cohibe espontáneamente por el mecanismo de la coagulación. Normalmente la sangre fuera de los vasos tarda diez minutos en coagular; pero tal mecanismo está acondicionado a muchas circunstancias que aceleran o retardan la coagulación.

Métodos para cohibir la hemorrágia

+ METODOS FISICOS.- Son los más importantes y los más empleados.

- a) Bajas temperaturas.- La aplicación de éstas produce vasoconstricción. Ejemplo: colocación de hielo.
- b) Altas temperaturas.- Carbonizan los tejidos formando una escara o cicatriz a manera de taponamiento, cerrándose por éste mecanismo la luz de los vasos. Para éste medio se utiliza el termocauterio, electrocoagulación y la electrodissección.
- c) Presión.- Es el principal agente físico, para lograr la hemostasia y dicha presión puede llevarse a cabo por compresión digital, manual o bien mediante el empleo de un torniquete.

Estos procedimientos pueden ser considerados como medios de emergencia y suelen proporcionar una hemostasis temporal.

+ MEDIOS QUIMICOS.- Su uso es en forma local.

- a) Acido tricloracético.- Es una sustancia cauterizante que se utiliza para sangrado capilar, no para el sangrado.
- b) Adrenalina.- Se utiliza como elemento de vasoconstricción. Se aplica con una torunda de gasa.

c) Gelfoam (espuma de fibrina).- Por la fibrina que es el último paso de la cascada de la coagulación, va a ocasionar que la coagulación se realice en un tiempo mucho menor.

d) Cera para hueso.- Controla el sangrado en el hueso. - Es una cera muy blanda, se obtiene de las ballenas. - Se usa presionando ésta cera sobre el hueso, obliterando todos los puntos donde esté sangrando el hueso. Es una sustancia reabsorbible por ser de tipo natural.

La hemostasia de los vasos mayores seccionados son: - vasos gingivales, vasos cutáneos, vasos intraóseos, ramas palatinas y dentario inferior.

La maniobra fundamental en cirugía general, se realizan obliterando con un instrumento el vaso que sangra y reemplazando el instrumento por una ligadura.

Ligadura de vasos

Puede efectuarse bajo tres condiciones especiales:

1. Que el vaso esté seccionado y pueda ser pinzado.
2. Se efectúe la clásica ligadura previa como medio preventivo.
3. Cohibir a distancia cuando no se pueda pinzar los extremos sangrantes.

En el primer caso la hemostasia se puede lograr mediante el procedimiento de ligaduras por pinzamiento, y se efectúa entre varios tiempos, como pinzar el extremo del vaso - por ligar, después se pasa un asa del material de ligadura que puede ser catgut o seda, rodeando el extremo por rodear.

En el siguiente tiempo, la pinza se coloca paralelamente a los planos, con el objeto de exponer el extremo y poder bajar el asa lo más distante posible del extremo seccionado. Después se efectúa el nudo y por último se corta el - excedente de la ligadura.

La hemostasia transquirúrgica es de vital importancia y debe hacerse lo más rápidamente posible, tanto para abreviar el acto operatorio como para evitar pérdida de sangre y prevenir un accidente.

E. Suturas

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir - los tejidos separados por la incisión.

Características del material de sutura

1. El material de sutura debe poseer y conservar adecuada - resistencia tensil, hasta cumplir su objetivo.
2. Debe estimular resistencia tisular mínima y no crear situaciones favorables para la proliferación bacteriana.

3. No debe ser electrolítico, ni carcinógeno, ni desendaginar reacciones alérgicas.
4. Que el material sea manipulado cómodamente por el cirujano, que el nudo perdure sin deshilacharse ó seccionar los tejidos.
5. Debe ser económico.
6. Fácilmente esterilizable y sin alteración.

Requisitos

1. Que una tejidos de la misma naturaleza.
2. Dicha unión por planos sea perfecta para no dejar espacios muertos que favorezcan el desarrollo de gérmenes.
3. Emplear clase de sutura y material adecuado para la finalidad a que esté destinada.
4. Dicha sutura sea efectuada en herida limpia, desprovista de coágulos, tejidos infectados o desprendido de -- sus bordes y con una perfecta hemostasia.

Métodos de sutura

Hay dos métodos para realizar las suturas; por puntos separados o asilados y por sutura continúa.

+ SUTURA POR PUNTOS SEPARADOS.- Es el método más usado en - Cirugía Bucal. Consiste en realizar puntos independientes u

nos de otros, con la aguja enhebrada con el material de sutura (hilo, seda, catgut) y manejado por el portaagujas ó a mano; se perfora la fibromucosa del lado ligal, a una distancia aproximada de medio centímetro del borde de la incisión.

La aguja recorre el trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita, hasta quedar tenso, se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo.

Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de un centímetro. Ciertos tipos de sutura se pueden realizar con espacios mayores (sutura en paradosis, sutura para colgajos palatinos) ó más aproximados (suturas plásticas).

+ NUDOS.- El material de sutura con el cual se han afrontado los labios de la herida ha de ser asegurado por medio de nudos.

+ SUTURA CONTINUA.- Es un método que no tiene muchas aplicaciones en nuestra especialidad.

Solo lo empleamos en alveolectomías y separación quirúrgica para prótesis sobre toda la arcada. Puede ocupar toda la arcada o realizarse en dos segmentos.

La sutura continua se practica con hilo o seda.

Se inicia sobre una extremidad de la arcada y se termina en la línea media o en la otra extremidad de la arcada. El punto inicial se traza como para sutura a puntos se parados y se anuda el hilo. Con el cabo más largo, la aguja vuelve a perforar la fibromucosa de adentro hacia afuera, dejando entre cada punto un centímetro de distancia; - el hilo recorre en espiral la línea de incisión y se mantiene tenso, con el objeto de cerrar y adaptar los bordes de la herida. Una vez que se ha completado la sutura, se realiza un punto terminal.

+ SUTURA FESTONEADA.- Es una forma de sutura continua. Se emplea también para alveolotomías.

Se inicia como la sutura continua, pero en vez de introducir nuevamente la aguja, como se ha indicado, para -- practica la sutura en espiral; esta se desliza entre la -- primera vuelta de espiral y se tracciona el hilo; de ésta manera se continúa hasta el final, terminando la sutura -- con un punto aislado.

Material para suturar

Orígenes: Naturales (Seda, algodón, catgut, lino)

Sintéticas (Nylon, dexón)

Propiedades: Absorbibles (Catgut, dexón)

No absorbibles (Nylon, seda, algodón,
hilo de acero inoxidable)

+ SEDA.- Es un material de origen animal, no absorbible.

Se utiliza para mucosas en piel. Los puntos de sutura se deben de retirar en un tiempo de 24 a 48 horas como --- máximo porque pueden provocar microabscesos.

También los podemos utilizar para ligaduras de vasos.

+ CATGUT.- Es un material de origen animal, absorbible. Se obtiene del intestino de los bovinos.

Tiene una resistencia y fuerza tensil de 15 a 90 días.

El catgut se clasifica en:

- a) Simple.- 5 a 8 días aproximadamente.
- b) Semicrómico.- 15 días aproximadamente.
- c) Crónico.- 20 días aproximadamente.

+ ALGODON.- Es un material de origen vegetal, no absorvible.

Se utiliza para suturar cuero cabelludo. Casi no se utiliza.

+ NYLON.- Es un material totalmente sintético, no absorvible. Se utiliza para piel.

+ DEXON.- Es un material sintético, absorbible. Está formado por ácido poliglicólico. Se utiliza para planos profundos, mucosa y músculo.

Es más resistente que el catgut y más costoso.

Todas las suturas (excepto el algodón) viene en presentaciones individuales con la aguja unida al hilo (agujas atraumáticas).

El calibre de una sutura se mide por ceros, que va de mayor a menor, de un cero a diez ceros.

Dependiendo del grosor va a depender la aguja, cuanto más delgada sea la sutura, más pequeña la aguja.

El hilo de acero y grapas no tienen el mismo calibre.

CAPITULO 4

ALVEOLOPLASTIA Y ALVEOLECTOMIA

A. Definiciones

+ Alveolotomía.- Significa cortar dentro del proceso alveolar. La alveolotomía se efectúa para exponer o permitir la eliminación de un diente retenido, para exponer un tumor, un quiste o para efectuar una apicectomía.

+ Alveolectomía.- Es la extirpación quirúrgica del reborde alveolar por presencia de sinusidades óseas marcadas o láminas corticales agudas, reducción de irregularidades o elongaciones de la cresta del reborde y eliminación de exostosis óseas.

+ Alveoloplastia.- Es la remodelación de los procesos maxilares.

La alveolectomía y la alveoloplastia forman la regularización del proceso.

B. Objetivos

La alveolectomía y la alveoloplastia se deberán efectuar para la corrección de las deformidades de los --

bordes alveolares que evitan la inserción de la dentadura postiza, es conveniente también para distribuir la -- carga de las fuerzas masticatorias sobre la mayor superficie posible, para ello, los rebordes alveolares deben tener forma de "U" y ser lo más ancho posible, hay que - evitar el reborde en forma de "V" puesto que el peso por unidad de superficie aumenta a medida que disminuye la - superficie. Se deberán eliminar las prominencias agudas del proceso alveolar, que en la mayoría de los casos pro - vocan dolor. También deben ser eliminados los espacios - muertos que provocan retención a las prótesis.

En la intervención, hay que impedir la eliminación excesiva de hueso ya que el hueso esponjoso se reabsorbe con mayor rapidez y con mayor intensidad que el hueso compacto.

Para evitar la reabsorción excesiva de hueso hay -- que tomar en cuenta, también la edad del paciente, ya -- que el hueso en los pacientes jóvenes es más plástico, - por lo cual será propenso a la reabsorción producida por la atrofia y el abuso durante una mayor cantidad de años que los pacientes mayores, por lo cual, al realizar una alveoloplastia en pacientes jóvenes hay que eliminar el

menor hueso posible y en los muy jóvenes no se recomienda efectuar ningún corte.

Indicaciones

1. En presencia de rebordes bajos opuestos.
2. Falta de espacio intermaxilar.
3. En rebordes espinosos y afilados.
4. Exostosis.
5. Irregularidad extrema de la cresta alveolar.
6. En formaciones de hueso alveolar desfavorables estéticamente.

En conclusión la alveoloplastia y la alveolectomía están indicadas en varios casos, por lo que éstas son -- muy útiles en la cirugía preprotética.

C. Anatomía

La apófisis alveolar es aquella parte del maxilar superior y del maxilar inferior que forma y sostienen -- los alveolos de los dientes.

Se distinguen dos porciones de apófisis alveolar, -- la primera está formada por una lámina delgada de hueso

que rodea la raíz del diente, lugar donde van a insertarse las fibras del ligamento, éste es el hueso alveolar propio. La segunda porción es la que rodea al hueso alveolar, proporcionando apoyo al alveolo, denominándose hueso alveolar de soporte, éste a su vez se encuentra formado por dos partes:

- a) El hueso compacto o lámina cortical que forman la lámina vestibular y la lámina lingual de los procesos alveolares.
- b) El hueso esponjoso, que se localiza entre las placas y el hueso alveolar propio.

Las láminas corticales son más delgadas en el maxilar superior. En el maxilar inferior el hueso cortical de la apófisis alveolar es denso. En el maxilar superior la lámina cortical externa, presenta ligeras aberturas pequeñas por donde pasan vasos sanguíneos y linfáticos. En la región de ambos maxilares, el hueso de soporte es delgado, no encontrándose hueso esponjoso y la lámina cortical está fusionada con el hueso alveolar propios.

Los tabiques interdentarios e interradiculares contienen los canales preferentes de Zucker Kandl y Hirschfield, que albergan las arterias, venas linfáticas y los nervios interdentarios e interradiculares, con disposi-

ción irregular.

D. Técnicas quirúrgicas

Alveoloplastia simple.

Puede ser parcial ó total, de uno o de ambos maxilares.

La anestesia puede ser local ó regional, según sea el caso, o ambas.

Después de la anestesi se efectúa la incisión, la cual debe ser de un solo trazo de la porción más distal a mesial, sobre la zona principal de soporte en su parte central, a continuación el colgajo mucoperióstico se levanta con un periostomo a una profundidad de 10 mm, ya que si se profundiza la separación, puede generar inflamación excesiva, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva. En algunas ocasiones se deberá efectuar una liberatriz hacia el surco vestibular a 45° y de 15 mm. de largo.

Ya separado el colgajo, se coloca una gubia, colocando un bocado contra la cresta y el otro debajo de la protuberancia por extraer, comenzando de los incisivos -

centrales dirigiéndola hacia la parte más distal del reborde alveolar. En caso de estar interviniendo en el -- maxilar superior, se tendrá cuidado de no separar la mu cosa palatina, ya que podríamos seccionar la arteria na sopalatina.

Una vez que se han eliminado las protuberancias óseas con la gubia, se alisa la superficie vestibular -- con lima para hueso, efectuándose movimientos de tracción en pequeñas zonas. También puede utilizarse fresas quirúrgicas de fisura para pulir la superficie ósea.

Es importante recordar que durante el procedimiento, debe irrigarse constantemente con abundante solu-- ción salina.

El operador deberá asegurarse de haber eliminado - desechos, y que el soporte óseo esté liso por medio de palpación e inspección. Se procede a colocar el colgajo en su lugar, se recorta el tejido excedente con una tijera. Se sutura con seda ó dexón No. 3-0 con puntos aislados.

Alveoloplastia de Dean

Esta técnica se utiliza cuando se efectúa la exodoncia y la alveoloplastia al mismo tiempo. Esta consiste en eliminar el hueso interradicular.

Los objetivos son reducir la prominencia de los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la recepción de la prótesis, no perturbar la inserción de los músculos, conservar la tabla cortical como una capa vital del hueso, reduciendo así la reabsorción postoperatoria.

Se comienza con la extracción del molar más posterior y luego hacia adelante. Una vez extraídos los dientes, hay que eliminar el tabique óseo interradicular con gubias o alicates o con fresa y cinceles.

Para permitir el movimiento de la tabla vestibular hacia palatino, se precisa cierto alivio para permitir la proyección de la cortical vestibular. Dean usa un cincel para hacer una excisión de hueso en forma de "V" en la tabla cortical del alveolo del canino, así se liberan tres lados del colgajo óseo cortical vestibular.

Para prevenir que la tabla cortical vuelva a su lugar original, no siendo suficiente la presión digital, Dean sugiere que se use un cincel desde dentro del alveolo para pasar a través de la tabla cortical vestibular, que se convierte en un injerto óseo de movimiento libre unido únicamente al periostio del cual se recibe el apoyo

te sanguíneo. La línea de fractura horizontal en la zona apical, se utiliza con limas para hueso desde dentro del alveolo para dejar una superficie vestibular lisa. Posteriormente se efectúa la sutura con seda o Dexon de 3-0 a través del hueso interseptal, mientras el asistente sostiene el surco hacia arriba con un retractor.

Técnica de Obwegeser

Obwegeser propuso una modificación a la técnica de Dean, en casos de protusión maxilar, la técnica de Dean producirá un reborde en forma de "V".

Se extraen los dientes de posterior a anterior, se conectan los alveolos eliminando el hueso interradicular con una fresa periforme se agrandan los alveolos y se intercomunican. Las tablas vestibulares y palatina se cortan con fresas en la zona de caninos para debilitar el hueso y formar colgajos óseos de tres lados en las dos tablas corticales.

Posteriormente se introduce un disco montado pequeño dentro de los alveolos para ranurar las corticales -- vestibular y palatina, debilitándolas horizontalmente a

lo largo de las líneas de fractura. Puesto que la cortical vestibular es muy delgada, solo hay que ranurar con el disco la cortical palatina. Se introducen elevadores rectos gruesos en las alveolos y sus espacios de comunicación y se fractura la tabla vestibular hacia vestibular y la palatina hacia palatino. Entonces se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle forma adecuada.

Se sutura con catgut o seda. Se usa una prótesis con férula para estabilizar el proceso alveolar de 4 a 6 semanas. Se confecciona la férula o la prótesis, efectuando en el modelo de yeso los cortes que se harán al paciente.

Eliminación de quistes residuales, restos radiculares y dientes incluidos

El establecimiento de un buen diagnóstico es básico para el éxito o fracaso de nuestro plan de tratamiento, por lo cual antes de llevar a cabo este tratamiento no debemos omitir el estudio radiográfico, ya que gracias a éste podemos observar alteraciones existentes -- que no se ven a simple vista, por lo que no debemos li-

mitarnos a observar simplemente y palpar la zona a intervenir, sino hay que establecer un estudio radiográfico - lo más completo posible.

En numerosas ocasiones, se han llegado a encontrar radiográficamente, la presencia de restos radiculares en las zonas desdentadas, quistes residuales; también suelen encontrarse dientes incluidos, que puede pensarse -- que permanecerán asintomáticos, pero que por la presión ejercida por la prótesis y con el tiempo, la resorción - del proceso hace que disminuya la cantidad de hueso entre el diente y la prótesis, por lo cual se presentará una reacción inflamatoria consecutiva a la presión.

La eliminación de éstas alteraciones se efectuará en el momento de efectuar la alveoloplastía, aprovechando la intervención.

CAPITULO 5

RESECCION DE TORUS PALATINO

A. Definición de Torus Palatino

Es una exostosis de la bóveda palatina, situada en el rafe medio.

Adquiere distintas formas según Thomas y Shafer:

- a) Torus plano,.- Excrecencia convexa, sésil, lisa, distribuída a los lados del rafe medio.
- b) Torus nodular,.- Nasal semifusionado de diversos tamaños y número de protuberancias óseas, semipediculadas y bases múltiples.
- c) Torus fusiforme,.- Masa ósea grande, con base amplia, la excrecencia presenta surcos.
- d) Torus lobular,.- Poco común, se presenta como un reborde en la línea media palatina de longitud variable.

Prinz sostiene que es más común entre mujeres. ----
Matthews ha observado que se encuentran en esquimales y en individuos con grandes músculos masticatorios y dientes abrasionados mecánicamente.

Etiología

Desconocida, se cree que es de origen hereditario debido a un gen dominante.

B. Anatomía

Anatomía descriptiva del paladar

El paladar forma la pared superior de la boca, la bóveda palatina es su parte anterior y el velo del paladar - en su parte posterior.

La bóveda palatina tiene forma de herradura, abierta hacia atrás, limitada adelante y lateralmente por las apófisis alveolares de los maxilares. A lo largo de la línea media se haya un ligero relieve o rafe fibroso, producto - de la unión de los hemimaxilares embrionarios. Comienza en la base de la úvula y se extiende hasta la papila palatina, que cubre el agujero palatino anterior. En la superficie - de la papila y a cada lado de la línea media, se observan en ocasiones reliquias del conducto nasopalatino de Sten--son.

Del tercio anterior del rafe, parten en número varia--ble las arrugas palatinas formadas por tejido fibroso den--so, adheridas al periostio, las cuales se clasifican en --conjunto con respecto al plano de la papila incisiva y al rafe medio del paladar en:

1. Dirección mesial.
2. Dirección distal.

3. Dirección lateral.

4. Dirección variada.

Los dos tercios posteriores del paladar tienen aspecto liso, el límite con el paladar blando, se establece con el cambio de color de la mucosa, siendo el paladar duro, - de coloración rojo blanquecino con un tinte amarillento. - En ésta zona del paladar, existe en la línea media la fosita palatina, lugar donde desembocan las glándulas palatinas.

Constitución anatómica

La bóveda del paladar se encuentra formada por tres - capas:

a) Mucosa

b) Capa glandular

c) Osea

a) Mucosa.- Formada por epitelio con una capa queratinizada bastante espesa y numerosas prolongaciones interpapilares largas.

La lámina propia o corion está constituida por tejido conjuntivo denso más espeso en la parte anterior que en la posterior. En la vecindad de la línea media y sobre la cara interna de la apófisis alveolar, la submucosa está for-

mada por tejido conjuntivo de mallas cerradas mientras que en la región paramediana el tejido conectivo es laxo, con glándulas numerosas y lóbulos adiposos.

b) Capa glandular.- Formada por numerosos grupos de glándulas de tipo salival, muy abundantes en el sector posterior del paladar que desaparecen a nivel de la línea horizontal ficticia trazada de uno a otro canino.

c) Esqueleto óseo.- Está representado por la apófisis palatina del maxilar superior articuladas con las láminas horizontales de los huesos palatinos.

En cada uno de los maxilares superiores, se distingue:

1. Apófisis cigomática o piramidal.
2. Apófisis palatina.
3. Apófisis ascendente.
4. Apófisis alveolar.
5. Una porción recia o cuerpo y cuatro prolongaciones.

1. Cuerpo.- En su cara anterior presenta en el borde superior, el borde orbitario, el orificio suborbitario por debajo del borde superior, la fosa canina la cual es una depresión debajo del agujero suborbitario.

En la cara posteroinferior o cigomática, se encuen--

tra la tuberosa con pequeños orificios o agujeros alveolares. La cara nasal o interna forma parte de la pared lateral de la cavidad nasal, allí se encuentra el orificio -- del seno maxilar y la cresta turbinal inferior que se articula con el cornete inferior.

2. Apófisis ascendente. - Presenta un canto filoso con fin anterior de la fosa lagrimal llamado cresta lagrimal, surco cuya porción inferior conjuntamente con el hueso lagrimal y el cornete inferior forma el conducto lacrimonasal.

3. Apófisis cigomática. - Se articula con el hueso cigomático.

4. Apófisis alveolar. - Presenta el arco alveolar, alveolodentarios, los cuales son los compartimientos para las raíces dentarias, tabiques interalveolares, que separan los - alveolos. Tabiques interradiculares o intraalveolares y - las eminencias alveolares que forman la cara externa de la apófisis alveolar.

5. Apófisis palatina. - Forma parte de las tres cuartas partes del paladar óseo, aquí se encuentra la sutura palatina mediana, la cual se encuentra uniéndolo las apófisis palatinas de ambos lados.

La cresta nasal se encuentra en el borde medial de la

apófisis palatina, que se continúa hacia adelante formando la espina nasal anterior. El agujero incisivo que es una desembocadura del conducto palatino anterior que comunica la cavidad nasal con la bucal.

El hueso palatino forma la parte posterior del paladar óseo, consta de:

+ LAMINA HORIZONTAL.- Tiene un borde posterior libre y el borde anterior se continúa con la apófisis palatina del maxilar superior.

Las caras nasales de ambas láminas horizontales forman la cresta nasal que hacia atrás forma la espina nasal posterior y las caras inferiores palatinas formando la cresta palatina.

+ LAMINA VERTICAL.- Muy delgada, en ella se distingue una cara nasal o interna, la cual presenta la cresta turbinal inferior y una cara maxilar o externa, en la cual se encuentra el surco pterigopalatino, en el cual se encuentra en conjunto con el surco de la apófisis pterigoides, forma el conducto pterigopalatino, la apófisis piramidal que encaja en la escotadura pterigoidea del esfenoides, agujero palatino mayor, que es la desembocadura inferior del conducto pterigopalatino, los agujeros palatinos accesorios, que son desembocaduras de los conductos palati

nos posteriores, la apófisis orbitaria que es anterosuperior de la lámina vertical formando el ángulo posteromedial del suelo de la cavidad orbitaria, apófisis esfenoidal, es posterior y se articula con el cuerpo del esfenoides, escotadura esfenopalatina, al articularse con el esfenoides, se cierra formando el agujero pterigopalatino.

Irrigación

Las arterias que irrigan el paladar duro son: la arteria palatina superior o descendente y la esfenopalatina interna.

La arteria palatina superior o descendente, forma parte de las ramas descendentes de la arteria maxilar interna, la cual es una rama de la carótida externa. La arteria palatina desciende por el conducto palatino posterior y después de originar dentro del mismo canal las arterias palatinas menores, que por los conductos palatinos accesorios alcanzan el velo y las amígdalas aparecen en el paladar por el orificio palatino posterior, cambia entonces de dirección, haciéndose horizontal, alojándose en el surco situado entre la bóveda y la apófisis alveolar hasta perder-

se cerca del orificio nasopalatino, donde se une con la arteria esfenopalatina interna.

Cuando el maxilar interno atraviesa el orificio esfenopalatino por su labio inferior y penetra en la fosa nasal, cambia su nombre por esfenopalatina y ésta se divide en dos ramas terminales, interna y externa. La externa irriga la pared externa de las fosas nasales.

La interna o arteria del tabique, después de irrigar el tabique y el piso nasal, alcanza el orificio del conducto palatino anterior, terminando en el sector anterior de la región palatina.

Las venas que se localizan en el paladar son la vena maxilar interna y el plexo venoso pterigo-maxilar, el cual es formado por la anastomosis de las venas pterigoideas, temporales profundas, meninges, dentaria inferiores y maxilares, por lo cual es un vaso de pequeño recorrido. Ambas venas son ramas de la vena yugular interna.

Linfáticos del paladar

Los ganglios linfáticos drenan en la cadena yugular interna, principalmente en los subdigástricos y en algunas ocasiones en los submaxilares y retrofaríngeos, los cuales son de la tres, situados por detrás de la faringe a nivel del atlas.

Inervación

Los nervios son pertenecientes al nervio trigémino -- (V par craneal) y éstos son el palatino anterior, que se encuentra situado en la mayor parte del paladar y el nasopalatino.

C. TECNICA QUIRURGICA

Los torus del maxilar superior deben de estudiarse -- con una radiografía lateral ya que la resección de éstos - torus puede producir una abertura buconasal yatrogénica.

Indicaciones

Los torus grandes y lobulados, con delgada cubierta - mucoperiostica que se extienden hacia atrás de la línea vi brátil del paladar, deben extirparse ya que evitan que la prótesis se asiente sobre la masa, así como el sellado ulterior de las depresiones palatinas, y con esto una mala a daptación de la prótesis.

Lo primero que se coloca, es una buena anestesia, blo queando el nervio palatino anterior y nasopalatino.

Posteriormente se procede a efectuar una incisión en la línea media desde el extremo anterior hasta el poste---

rior del crecimiento óseo. En el extremo de la incisión mediana, se realizan incisiones laterales, derecha e izquierda, a una distancia de 0.5 cm. más allá del ancho del torus.

Debemos tener presentes la localización de los agujeros palatinos (anterior y posterior) que deben ser evitados al incidir. El paso siguiente, consiste en levantar el colgajo, lo cual es tarea difícil, ya que el tejido es delgado y el epitelio escamoso está estrechamente adherido al mucoperiostio. Estos colgajos se pueden levantar con espátula de Frier, los colgajos se levantan descubriendo la exostosis, se hace hemostasis por compresión.

Los colgajos los podemos levantar ó sostener con suturas a los dientes adyacentes o mediante un periostomo ancho.

Después se realizan unas perforaciones en la línea de fusión, en la línea media y en los diferentes nódulos con una fresa de punta; para que posteriormente se unan por medio de una fresa de fisura dentada. Dichos nódulos se eliminan mediante el uso de escoplo y martillo. El escoplo se colocará en la base del torus con el bisel hacia el hueso palatino, y el martillo al golpear el escoplo producirá mo-

vimientos aplanadores; posteriormente se alisará y se redondeará con una lima redonda; ésto es lo que corresponde a la Osteotomía.

Ya extirpado el torus, se vuelven los colgajos a su sitio y se sutura con puntos aislados, y se cubre con una férula palatina ajustada a los dientes mediante ganchos a ligaduras durante 48 horas., esto es para evitar formación de hematoma y sostener el colgajo.

CAPITULO 6

RESECCION DE TORUS MANDIBULAR

A. Definición

Es una exostosis que puede presentarse uni o bilateralmente, pero con mayor frecuencia en ésta última, sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar por su parte lingual.

B. Anatomía

El maxilar inferior o mandíbula, se haya ubicado en la parte posterior e inferior de la cara, está constituido por un hueso impar, debido a la soldadura en la línea media de los brotes laterales que lo origina. Su osificación es conjuntiva, pero se forma a lo largo del cartílago de Meckel, que desaparece.

El maxilar inferior es un hueso de estructura simétrica, es el único hueso móvil de la cabeza, por presentar doble articulación, una izquierda y una derecha que se articula en las cavidades glenoideas de los temporales.

Tiene forma de herradura, horizontal abierta hacia atrás, en los extremos libres del cuerpo de la mandíbula

se elevan dos prolongaciones que se llaman ramas ascendentes. Aloja a los dientes inferiores, y forma con el hueso hioides del piso de la boca.

La región mandibular está formada por: a) Superficie ósea, b) músculos que se insertan en la mandíbula y c) Capa de revestimiento.

a) Superficie ósea. - Formada por el hueso maxilar inferior o mandíbula, el cual consta de un cuerpo, dos ramas ascendentes y a su vez el cuerpo se divide en cara externa y - cara interna.

Cara externa: Vamos a encontrar la sínfisis mentoniana que es el resultado de la unión de los dos huesos, por abajo de ésta se va a encontrar la eminencia mentoniana, a nivel de los premolares se encuentra el agujero mentoniano, del cual salen la arteria y nervio mentoniano. Más allá del orificio mentoniano, del cual se encuentra la línea oblicua externa que desciende desde el borde anterior de la rama ascendente hasta perderse a nivel de la cara - distal del primer molar.

La cara interna o lingual, en su línea media nos presenta la apófisis geni, que son cuatro. Por debajo se encuentra la línea oblicua interna o milohioidea, ésta lí-

nea oblicua interna o milohioidea, ésta línea no es uniforme, ya que a la altura de los premolares asciende y se pierde. La superficie situada por arriba y adentro de la línea milohioidea aloja a la glándula sublingual recibiendo el nombre de fosa sublingual. Por atrás y abajo se observa la fosa submaxilar que aloja a la glándula del mismo nombre.

En la parte superior del cuerpo se encuentra la porción alveolar, en la cual se encuentran los alveolos dentarios.

Ramas ascendentes: Son de forma triangular, más altas que anchas, presentan para su estudio dos caras y -- cuatro bordes.

+ Cara externa: Es plana con rugosidades para la inserción del músculo masetero.

+ Cara interna: En su centro se encuentra el orificio interno o entrada del conducto dentario. Por su parte anterior se encuentra una laminilla ósea denominada espina de Spix. En el límite posteroinferior nace el canal milohioideo. Por encima y adelante se observa una cresta ósea que desciende, denominada apófisis coronoides. Hacia adelante de la apófisis coronoides que forma el

límite interno de la rama continuada por la línea oblicua externa hay una superficie denominada fosa retromolar, -- por atrás del orificio del conducto dentario, la cara interna de la rama presenta hacia arriba y atrás la cresta del cóndilo.

+ Borde anterior.- Delgado, se origina en la apófisis coronoides por debajo se continúa con la línea oblicua externa.

+ Borde posterior.- Se haya en relación con la glándula parótida, contorneando en forma de "S".

+ Borde inferior.- Se continúa con el borde inferior del cuerpo con el borde parotídeo forma el ángulo mandibular o gonión.

+ Borde superior.- Constituido por la apófisis coronoides, la escotadura sigmoidea y el cóndilo.

La apófisis coronoides tiene forma triangular, puntiaguda y elevada, por su cara externa se continúa con la cara externa de la rama ascendente, en su cara interna se haya la iniciación de la cresta temporal.

La escotadura sigmoidea se encuentra entre la apófisis coronoides y el cóndilo, tiene forma semilunar.

El cóndilo es de forma ovoide, aplastado en forma anteroposterior, la superficie superior es libre y se re-

laciona con el menisco articular. El cóndilo está unido al hueso por el cuello que presenta en su cara interna - la fosa pterigoidea.

Músculos que se insertan en la mandíbula.-

+ Músculo temporal.- Tiene forma de abanico, su inserción superior es en la línea curva del temporal, en la fosa temporal, desde la cara profunda de la aponeurosis temporal, y en la cara interna del arco cigomático, desde éstos sitios se va a estrechar terminando su inserción en vértice hasta llegar a la cara interna de la apófisis coronoides.

+ Músculo masetero.- Presenta dos haces: uno interno y uno externo. El haz superficial se inserta superiormente en los dos tercios anteriores del arco cigomático e inferiormente en la cara externa del ángulo de la mandíbula. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática, terminando en la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

+ Músculo pterigoideo externo.- Tiene un haz superior -- que se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides y un haz inferior que se inserta en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoide-

des. Ambas haces terminan insertándose en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y menisco articular.

+ Músculo pterigoideo interno.- Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en la fosa pterigoidea y en parte de la cara externa del ala interna de la apófisis pterigoides. - De aquí se dirige al ángulo de la mandíbula en su cara interna y sobre la cara interna de la rama ascendente.

+ Músculo milohioideo.- Forma parte del piso de la boca, su inserción superior es en la línea milohioidea, las fibras posteriores terminan su inserción en la cara anterior del hueso hioides y las anteriores lo hacen en un rafé aponeurótico que se extiende de la sínfisis mentoniana al hioides.

+ Músculo geniohioides.- Se inserta superiormente en la apófisis geni inferior y termina insertándose en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides.

+ Músculo cutáneo del cuello.- Inferiormente se inserta en el tejido conjuntivo subcutáneo de la región infraclavicular y se dirige al borde inferior del maxilar inferior. Los haces internos se fijan debajo de la piel del mentón, los medios se insertan sobre el tercio interno -

de la línea oblicua externa y los extremos terminan fijándose en la piel de la comisura labial.

También los músculos cuadrado de la barba, triangular de los labios, geniogloso, si insertan en el maxilar inferior, de los cuales va hablamos en capítulos anteriores.

Capa de revestimiento.- La mucosa bucal es delgada, y está poco adherida al periostio por una capa submucosa bien definida de tejido conjuntivo laxo y puede contener pequeñas glándulas mixtas. El epitelio no está queratinizado.

Irrigación

Las arterias que irrigan la mandíbula son la arteria dentaria y la arteria submentoniana.

+ Arteria dentaria inferior.- Rama de la arteria maxilar interna y ésta a su vez es rama de la arteria carótida externa. La arteria dentaria inferior, se interna en el conducto maxilar del cual vuelve a salir como arteria submentoniana, a la vez que la rama incisiva se dirige más hacia adelante. Vasculariza el esqueleto y partes blandas del maxilar inferior.

+ Arteria submentoniana.- Rama de la arteria facial sien

do la más gruesa, pasa por la cara externa del músculo milohioideo hasta el mentón.

El drenaje venoso se lleva a cabo por el tronco temporomaxilar que es una rama de la vena yugular interna, - dicho tronco temporomaxilar está constituido por la unión de la vena temporal superficial con la vena maxilar interna a nivel del cuello del cóndilo mandibular, la vena temporal superficial se forma por la unión de las venas tegumentarias laterales del cráneo, recibiendo como afluentes las venas de pabellón de la oreja, de la parótida y de la articulación temporomandibular.

Inervación

La inervación de la mandíbula corresponde al nervio trigémino (V par craneal) en su tercera rama o nervio maxilar inferior, el cual atraviesa el agujero oval para llegar a la fosa cigomática. El nervio provee inervación sensitiva a: piel (mentón del labio inferior, porción inferior, de la mejilla, porción anterior del pabellón de la oreja y del conducto auditivo externo y sien), mucosa (cañalillo, piso de boca, dos tercios anteriores de la lengua) y dientes del maxilar inferior y ATM.

También produce inervación motora a músculos masticadores, músculo milohioideo, músculo digástrico (vientre -

anterior) y músculo del martillo.

La principal rama del nervio maxilar inferior corresponde al nervio dentario inferior, el cual transcurre su trayecto en compañía de la arteria y venas homónimas. En el agujero submentoniano emerge de su parte interna como nervio submentoniano que al nivel de los incisivos se transforma en nervio incisivo.

Linfáticos

Los ganglios linfáticos de la mandíbula son principalmente, los ganglios submaxilares, submentonianos y maxilar inferior.

Los ganglios submaxilares son de dos a seis ganglios que se agrupan alrededor de la glándula submaxilar, sus afluentes son la porción media de la cara, dientes, encías lengua, piso de boca con sus glándulas.

Los ganglios submentonianos se encuentran situados en el triángulo limitado por atrás del hioides.

El ganglio maxilar inferior generalmente es uno, forma parte de los ganglios faciales o venianos, los cuales son subcutáneos de pequeño volumen y siguen el trayecto de los vasos faciales de la cara. Está ubicado este ganglio sobre el músculo triangular de los labios y por delante de la vena facial.

C. Técnica quirúrgica

Indicaciones

El torus mandibular se va a eliminar cuando por su volumen provoca dificultades en la dicción y la eliminación se hace cuando la mucosa de revestimiento se ulcera como consecuencia de traumatismos, para facilitar la confección de la prótesis y la adaptación de ésta.

Se principia la intervención, bloqueando el nervio dentario inferior, pudiéndose reforzar ésta anestesia con puntos locales. La incisión se hace a lo largo de la cresta alveolar desde el primer molar a la región de los incisivos ya que la incisión debe ser lo suficientemente larga para abarcar todo el torus y extenderse más allá del mismo, esto último con objeto de no desgarrar el colgajo. Se separa el colgajo mucoperiostico hasta un centímetro sobre el lado lingual, por debajo del torus. Se coloca una gasa en el campo operatorio entre el colgajo, el cuerpo de la mandíbula y el espacio quirúrgico, esto evitará que el hueso reseca se pierda en las estructuras profundas del piso de la boca.

Se corta un canal con fresa, en el torus expuesto, para desarrollar un plano desde el cual se le dividirá, en la base de éste. Se coloca un osteotomo de un solo bisel o un escoplo afilado sobre el corte con el bisel dirigido con dirección opuesta a la corteza y es golpeado con el martillo tratando de eliminarlo de un golpe. Una vez removido se alisa el hueso con una lima para hueso, o si el espacio lo permite, con una fresa para hueso en frotación o se realizan ambos procedimientos.

Se irriga con solución salina normal, previamente se quitan las gasas del campo operatorio. Se coloca el colgajo en su lugar y si es necesario se recortan excedentes con tijeras curvas de mayo. Se sutura con puntos aislados con Dexón o seda no. 3-0 y se coloca una férula acrílica, para evitar formación de hematoma, la férula acrílica debe cubrir la zona lingual y estar ajustada a los dientes mediante ganchos o ligaduras con alambre de acero inoxidable. La férula se deja 48 horas. La férula debe quitarse después de cada comida para limpieza e higiene bucal.

CAPITULO 7

FRENILECTOMIA

A. Definición de frenillo

El frenillo labial es un haz fibroso de 2 - 3 mm. de ancho que se dirige cuando el labio está en reposo, hacia arriba y adelante pasando por encima del surco vestibular.

B. Anatomía descriptiva y clasificación de los frenillos

Para estudiar el frenillo labial, nos referimos a la pared anterior de la boca.

En la parte anterior de la boca, encontramos los labios, los cuales son dos repliegues muco-membranosos blandos y los cuales circunscriben el orificio bucal. Para el estudio los labios se consideran: cara anterior, cara posterior, borde adherente, borde libre y dos extremidades.

Es en el borde adherente, por el lado de la cavidad bucal, donde se encuentra interrumpido en la línea media, tanto superior como inferior, por un pliegue mucoso sagital o frenillo labial, ocasionalmente prolongado hasta la mucosa gingival.

Los frenillos son haces de tejido fibroso, de grosor y extensión variable, cubierto por la mucosa oral.

El frenillo labial superior, en el adulto, se inserta a un centímetro por arriba del borde de la lengüeta -- gingival intraincisiva, aunque a veces se prolonga hasta la misma lengüeta, o inclusive se fusiona con la papila palatina inferior, como ocurre en el recién nacido.

El frenillo labial inferior, es de escaso desarrollo, en desdentados con atrofia alveolar, los frenillos se implantan a nivel del reborde residual, por lo cual se dificulta la adaptación de la prótesis total.

Existen diversas clasificaciones de los frenillos:

+ JACOBS describe cuatro tipos de frenillos anormales:

1. Ancha base, en forma de abanico en el labio.
2. Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
3. Ancha base en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
4. Amplio frenillo difuso adiposo.

+ MONTI reconoce tres tipos de frenillos:

1. Alargado, rectangular, que produce el diastema por desplazamiento paralelo de los incisivos.
2. Triangular, cuya base coincide con el surco gingival causante del diastema, caracterizado por la convergencia de los ejes incisivos hacia la porción corona

ria con mayor separación radicular.

3. Triangular, base inferior que origina un amplio -- diastema coronario y aproximación de los ápices radicales.

Constitución anatómica

El repliegue que forma el frenillo, se componen histologicamente por tres capas.

- + Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- + La túnica propia, consistente en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- + La submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

De la superficie a la profundidad de los labios se componen en cuatro capas superpuestas:

1. Piel.- Es gruesa y posee abundantes folículos pilosos con glándulas sebáceas y sudoríparas. Su capa profunda -- contrae firmes adherencias con los músculos subyacentes. El tejido celular subcutáneo existe únicamente en los con fines laterales de la región.
2. Plano muscular.- Adherido a la dermis cutánea, los mús culos se clasifican según su función en constrictores y - dilatadores. Los primeros son grupos de fibras indepen---

dientes de difícil desecación, el compresor de los labios. Los músculos dilatadores se disponen en dos planos: superficial y profundo. El músculo elevador común de la nariz y del labio superior. Elevador propio de labio superior, zigomáticos mayores y menores, risorio de Santori, triangular de los labios y borla de la barba, están en el plano superficial.

Los músculos canino, buccinador y cuadrado del mentón son profundos; de éstos solo el buccinador está cubierto por una aponeurosis propia.

+ MUSCULOS CONSTRICTORES.-

a) Músculo orbicular de los labios.- Está situado en el espesor de los labios y más cerca del plano mucoso que del cutáneo. Es elíptico, se divide en semiorbicular superior e inferior. La inervación es independiente a la derecha e izquierda y pasa el labio superior e inferior; por lo cual tenemos cuatro partes: dos semiorbiculares superiores y dos inferiores.

- Semiorbicular superior: Las fibras periféricas se originan en dos puntos: a) en el subtabique formado por un grupo (depressor del septo nasal) y b) por dentro del borde externo de la fosita mirtiforme, constituye el haz incisivo superior.

- **Semiorbicular inferior:** Las fibras periféricas nacen de la eminencia canina de la mandíbula y de allí se dirigen a la comisura. Al igual que la superior, las fibras van de una a otra comisura. En el semiorbicular inferior terminan fibras extrínsecas que corresponden a un músculo dilatador del cuadrado del mentón y fibras irradiadas del canino y buccinador.

b) Músculo compresor de los labios.- Fibra individual - que se extienden de la cara profunda de la piel hasta la mucosa, cruzándose casi con el orbicular interno casi en ángulo recto.

+ MUSCULOS DILATADORES.-

1) Plano superficial.

a) Elevador común del ala de la nariz y labio superior: Músculo delgado ubicado en la profundidad del surco nasogeniano desde el ángulo interno del párpado hasta el labio superior. Por arriba se inserta en la apófisis ascendente del maxilar superior y en la apófisis orbitaria interna del frontal, para terminar su inserción interna en la piel del borde posterior del ala de la nariz y por sus fibras externas en la piel del labio superior.

b) Elevador propio del labio superior: Músculo cuadrilátero, recubierto en sus bordes superior e interno por -

Los músculos del orbicular de los párpados, y elevador común. Se extiende del reborde orbitario del labio superior. Su inserción inferior en la piel del labio superior.

c) Cigomático mayor: Músculo delgado y largo, va del pómullo a la comisura labial. Está cubierto en su extremo superior por el orbicular de los párpados. Por su borde interno, corre paralelo al músculo cigomático menor.

Su inserción superior es en la cara externa del malar, la inserción inferior se hace en la comisura bucal y piel de la porción externa del labio superior.

d) Cigomático menor: Músculo delgado que puede o no existir, paralelo al cigomático mayor, arriba se inserta en la cara externa del malar y finaliza en la piel del labio superior.

e) Risorio de Santorini: Se extiende de la región maseterina a la comisura. Hacia afuera se inserta en la aponeurosis maseterina, convergiendo a la comisura, tiene forma triangular.

f) Triangular de los labios.- Músculo plano, delgado y de forma triangular, se extiende del borde inferior de la mandíbula a la comisura. Se inserta en amplia extensión por debajo de las ataduras del cuadrado en la línea oblicua externa del maxilar inferior, de allí sus fibras convergen hacia la comisura donde terminan en la piel y mucosa.

g) Borla de la barba.- Músculos pequeños situados en la línea media, se insertan en la fosita mentoniana de la mandíbula y en la cara profunda del orbicular de los labios.

11) Plano profundo.

a) Canino: De forma cuadrilátera, se inserta en la fosa canina por debajo del agujero suborbitario y por otra parte en la comisura, contribuye a formar el frenillo lateral al pasar del plano óseo a la cara profunda del orbicular de los labios.

b) Cuadrado del mentón.- Se encuentra oculto por el triangular, se inserta por debajo de la línea oblicua externa, por encima de las inserciones del triangular, de allí van a la piel del labio inferior.

c) Buccinador.- Es el músculo de la mejilla, por su cara externa tiene forma rectangular, es aplanado y sus fibras están bien desarrolladas en la zona central.

Inserciones

- Arriba en la tabla externa de la apófisis alveolar maxilar superior a nivel de los molares.
- Abajo, en la zona retromolar, en la línea que ocupa la cresta alveolar.

- Atrás, las fibras musculares se insertan en ligamento pterigo-maxilar.

De todos estos puntos, las fibras musculares se dirigen hacia la comisura, ocupando el plano interno, entrecruzándose con los músculos canino, cigomático mayor y triangular, terminando en la cara profunda de la piel y de la mucosa.

III) Capa glandular.

Debajo del plano muscular existe una submucosa compuesta por un tejido celular poco denso, donde se localizan abundantes formaciones salivales, cuyos conductos excretorios se abren en la mucosa labial.

IV) Mucosa.

Se adhiere a la capa glandular, transmitiendo su típico adpecto.

Irrigación

Todas las arterias de circulación mayor surgen de la aorta, de la ascendente nace el cayado de la aorta por encima del pedículo del pulmón izquierdo llegando al lado izquierdo de la columna vertebral, de la porción convexa del cayado de la aorta emergen dos grandes troncos desti-

nados a la cabeza y a los brazos, a la izquierda nacen -- por separado la arteria carótida primitiva izquierda y la arteria subclavía izquierda. A la derecha, primariamente - como tronco común, tronco braquicefálico del cual emergen la arteria carótida primitiva derecha y arteria subclavía derecha. La arteria carótida primitiva transcurre en tronco hasta su bifurcación en arteria carótida primitiva externa e interna.

La arteria carótida externa es la rama anterior que nace en la bifurcación de la arteria carótida primitiva, vascularizando la cabeza. Termina por ramificación en la arteria maxilar interna y la arteria temporal superficial. La arteria carótida externa emite ocho ramas:

1. Arteria tiroidea superior
2. Arteria lingual
3. Arteria facial
4. Arteria faríngea ascendente
5. Arteria occipital
6. Arteria auricular posterior
7. Arteria temporal superficial
8. Arteria maxilar interna

Las arterias principales que irrigen los labios -- son:

- a) Arteria labial inferior, que transcurre debajo del músculo orbicular de los labios.
- b) Arteria labial superior; ambas ramas son de la arteria facial, que se encuentran entre las capas muscular y glandular a 7 u 8 mm. del borde libre de los labios. - Se anastomosan en la línea media dejando constituido - el gran círculo arterial de los labios.

Las venas van acompañadas por las arterias. La sangre procedente de la porción superior del cuerpo retorna por la vena cava superior la cual surge de la confluencia de las dos venas bronquicefálicas a nivel de la primera articulación esternocostal. Las dos venas bronquiocefálicas que a su vez se forman por la confluencia de las venas subclavias y de las venas yugulares. Las venas bronquicefálicas derecha e izquierda son los troncos comunes después de la confluencia de las venas de la cabeza y brazos.

Las ramas de las venas bronquicefálicas son:

1. Venas tiroideas inferiores
2. Venas tímicas, bronquicas, medias tímicas
3. Vena mamaria interna
4. Vena intercostal superior
5. Vena yugular interna
6. Venas yugulares externas y anteriores
7. Vena vertebral

8. Vena cervical transversa

9. Vena cervical profunda

10. Vena supraescapular

11. Vena subclavia

La vena yugular interna corresponde generalmente a la arteria carótida, sus afluentes son:

1. Los senos de la cavidad craneal

2. Las venas faríngeas

3. La vena lingual

4. La vena facial

5. Tronco temporo-maxilar

Las venas que recogen la sangre de los labios, desembocan en la vena yugular externa.

Inervación

La inervación de los labios en forma motora, proviene del nervio facial y los nervios sensitivos son ramas del suborbitario, del mentoniano y del bucal (V par craneal).

Linfáticos

Los linfáticos se consideran como un circuito colateral del sistema vascular sanguíneo. Los linfáticos del

labio superior se cuelcan en los ganglios submaxilares, - los cuales son de 5 a 8 ganglios que van a lo largo del - borde del maxilar inferior, situados cerca de la glándula submaxilar.

Sus afluencias son la porción media de la cara, dien tes, encía, lengua, piso de boca con sus glándulas.

En ciertos casos los linfáticos mucosos son tributo- rios de los ganglios submentales y parotídeos preauri- culares.

Los linfáticos del labio inferior terminan en los -- ganglios submentonianos y submaxilares de los dos lados.

C. Técnica quirúrgica

Indicaciones

La frenilectomía es necesaria cuando existe deforma- ción en los frenillos, el problemas más frecuente son los frenillos altos, que limitan los movimientos de los la--- bios, carrillos y lengua y que al reabsorberse el hueso - alveolar las inserciones de estos, pueden hacerse más li- mitadas.

La hipertrofia de los frenillos, es más frecuente en el maxilar superior. Desde el punto de vista ortodóntico, el frenillo es la causa del diastema interincisivo, des--

crito ya en la clasificación de Monti, señalando las anomalías que ocasiona el frenillo, por lo cual se aconseja la eliminación de éste, ya que interfiere en el tratamiento ortodóntico.

Desde el punto de vista protético, el frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis y desplazar a ésta en los movimientos de labio, perturbando la restauración protética. Además de que motiva alteraciones fonéticas y estéticas.

La edad adecuada para la eliminación del frenillo - con fines ortodónticos debe ser en la edad juvenil, y en la edad adulta con fines protésicos.

Por lo que respecta a los problemas parodontales -- que provoca la hipertrofia del frenillo labial superior, por la tensión causada es la retracción gingival, gingivitis, no poder efectuar un cepillado correcto en la zona, por lo cual habrá acumulación de placa bacteriana y la posible formación de bolsas parodontales, por lo que se recomienda también, la frenilectomía.

Existen varias técnicas quirúrgicas para la eliminación del frenillo, nombraremos las más usadas. En todas se utiliza anestesia local, infiltrando en el origen del frenillo labial.

+ FRENILECTOMIA.- Se levanta el labio y se coloca una pinza hemostática paralela a la superficie labial del borde alveolar, y en contacto con la mucosa que cubre la superficie labial de la apófisis alveolar, se cierra la pinza sobre las fibras del frenillo. Se levanta el labio hacia arriba y afuera hasta que forme ángulo recto con la superficie labial del hueso alveolar. Colocamos otra pinza hemostática paralela al labio levantado; se pinza éste instrumento sobre las fibras del frenillo donde éstas se introducen en el labio hasta el fondo del surco vestibular.

Las puntas de las dos pinzas, deben tocarse mutuamente; el frenillo forma una "V" invertida, las pinzas se sujetan sin ejercer tracción. Con un bisturí Bard-Parker número 11, se corta alrededor de la superficie exterior de las dos pinzas, de modo que cuando el corte esté listo, las dos pinzas salgan con el tejido del frenillo entre ellos. Los márgenes laterales de la herida quirúrgica son ahora debridados por medio de tijeras quirúrgicas o una pinza hemostática recta. Esto permite un movimiento deslizante de la mucosa, de manera que pueda ser aproximada y suturada sin tensión.

Si el corte, hubiera sido hecho en el interior, entre las dos pinzas, habría quedado tejido lacerado des---

pués de retirar las pinzas. Este tejido dañado es propenso a necrosis, retracción, cicatrización lenta y bordes débiles a través de los cuales la sutura puede deslizarse y cortarse, malogrando así, el mantenimiento de los labios de la herida hasta que la cicatrización se produzca.

Posteriormente, se sutura la mucosa. Al colocar la sutura, sobre el labio, hay que cerciorarse de que las glándulas mucosas estén cubiertas por membrana mucosa.

Finalmente, se colocan capas de gasa yodoformada entre la superficie labial del borde alveolar y el labio, dicho apósito deberá mantenerse durante dos horas, después de retirar la gasa, el paciente efectuará enjuagatos con antisépticos cada hora.

La frenilectomía es la resección que debe emplearse en frenillos grandes y voluminosos.

+ ZETAPLASTIA,.- Se utiliza en frenillos pequeños que generalmente limitan el movimiento de la extensión labial. Si se intenta la zetaplastia en frenillos grandes y voluminosos, se provoca un colapso de la capa muscular del labio con posibilidad de que el paciente presente posteriormente un labio doble o de cortina. Con ésta técnica, se obtiene una menor retracción cicatrizal y por consiguiente, mayor movilidad de la región operada.

La zetaplastía consiste en efectuar una incisión -- vertical en toda la extensión del frenillo que abarca la totalidad de su plano mucoso, esta incisión se complementa con otras dos de menor dimensión que la anterior ligeramente oblicua y de igual tamaño entre sí, incidiéndose en los extremos de la vertical de tal manera que pueda - quedar en forma de zeta. Terminados los cortes, se hace una disección roma para movilizar los colgajos triangulares de la incisión efectuada, invirtiéndose éstos, de -- tal manera que el superior ocupe el espacio del inferior y viceversa. Así mismo, se corta el tejido fibroso que - esté por debajo de dichos colgajos, se sutura con puntos aislados con seda atraumática 000 o bien, se hacen nudos invertidos con catgut de 000.

CAPITULO 8

ANQUILOGLOSIA

A. Anatomía

Anatomía descriptiva de la lengua

La lengua es una eminencia muscular móvil, que ocupa el piso de la cavidad bucal, posee forma irregularmente elevada con la extremidad gruesa posterior, y su punta inclinada hacia adelante.

Su conformación exterior en la parte libre de la lengua es: dos caras, dos bordes y un vértice.

+ CARAS.-

a) Cara superior ó dorsal.- Se caracteriza por la presencia de un surco terminal en forma de "V" que divide en dos porciones: una anterior ó bucal y otra posterior ó faríngea. La bucal se haya recorrida en la línea media por el surco medio superior, la mucosa de ésta zona es muy gruesa. Su superficie se encuentra tapizada por la papilas linguales, las cuales se dividen en: filiformes, fungiformes, califormes y foliadas.

Las papilas filiformes, son elementos cónicos blancuzcos extendidos en los dos tercios anteriores de la mucosa del dorso y puente de la lengua. Estas papilas no tienen relación en el sentido del gusto.

Las papilas fungiformes, tienen forma de hongo, de color rojizo y más visibles en los bordes y punta de la lengua separadas entre sí.

Las papilas calciformes son las más voluminosas de las papilas linguales, formando en hilera de 7 a 12 la "V" lingual, están compuestas por un mamelón central y un rodeo circular o vallum, entre los que se interponen un surco de regular profundidad, donde se abren los conductos de las glándulas serosas.

Las papilas foliadas forman pliegues y surcos con disposición paralela a la pared posterior del borde lingual.

La porción faríngea ó raíz de la lengua se orienta hacia atrás, en esta región la mucosa no es tan adherente y la superficie presenta en la dermis folículos linfáticos cuyo conjunto lo constituye la amígdala lingual.

De la raíz de la lengua se desprenden los pliegues glosopiglóticos, una media y dos laterales, que limitan entre sí y a cada lado de la línea media, dos depresiones ó fositas glosopiglóticas, lateralmente la raíz de la lengua se relaciona con las amígdalas palatinas.

b) Cara inferior. - La mucosa es lisa, de color rosa, delgada, transparente y contiene los siguientes elementos:

- + Surco medio.- Más profundo y ancho que la cara dorsal.
- + Frenillo lingual.- Repliegue mucoso que nace de la extremidad posterior del surco medio y termina en el surco --gingivo-lingual.
- + Rodetes longitudinales.- Se encuentran laterales al surco medio.
- + Venas raninas.-
- + Canales laterales.- Depresiones interpuestas entre los - rodetes musculares y los bordes laterales de la lengua.
- + Glándulas seromucosas.- Se encuentran cerca del vértice incluidas en el espesor del cuerpo muscular.

+ BORDES.-

Los bordes son libres y redondeados, más gruesos por delante, corresponden a los arcos dentarios.

+ VERTICE.-

También llamado punta de la lengua, presenta un surco medio, en el cual se reúnen los dos surcos que recorren las caras dorsal e inferior.

Constitución anatómica

La lengua está constituida por:

1. Esqueleto fibroso.- También llamado esqueleto óseo fibroso. Comprende el hueso hioides y varias láminas fibrosas: - la membrana híglosa con el septo y la fascia lingual.

El hioides es un hueso móvil, sin conexión directa - con otros huesos, impar y medio. Está ubicado en el ángulo que forman el plano inferior de la cara, con el plano anterior del cuello; paralelamente colocado al borde inferior del maxilar y por detrás del mismo.

Tiene forma de "V" con la concavidad dirigida hacia atrás compuesto por una parte media, el cuerpo y cuatro - prolongaciones: las astas mayores o tiroideas y las astas menores o estilohioideas.

+ CUERPO.- Forma alargada y diámetro mayor transversal, -- presenta una cara anterior convexa, con dos crestas ósea irregulares, una transversal y una vertical. La cara posterior es cóncava y está en relación con la membrana tiroidea. El borde superior es delgado y presenta inserción a la membrana hioglosa que se dirige hacia arriba y la membrana tiroidea que se orienta hacia abajo.

El borde inferior es delgado y presenta inserción a los omósculos infrahioideos.

+ ASTAS MAYORES.- Presentan una cara superior donde se insertan los músculos hioglosa y constrictor medio de la farínge, una cara inferior para la inserción de la membrana tiroidea; un extremo interno soldado al cuerpo y un extremo externo libre, en el que termina el ligamento tiroideo lateral.

+ **ASTAS MENORES.**- Tienen la base implantada en el cuerpo del hueso y las paredes destinadas a inserciones musculares; en el vértice termina el ligamento estilohioides.

La membrana hioglosa se extiende en sentido transversal, desde el borde superior del hioides (entre las dos astas menores) hasta la porción posterior de la lengua.

El septo lingual se desprende de la membrana hioglosa y del borde superior del hioides, ocupando el plano medio de la lengua entre los dos músculos genioglosos.

La fascia lingual representa una descalcificación del cartílago submucoso dorsal.

2. Músculos de la lengua.- Los músculos de la lengua son diez y siete: ocho pares y un impar, el lingual superior, se divide en intrínsecos y extrínsecos por sus inserciones. Cuando su origen y terminación se haya en la lengua, el músculo es intrínseco y de éste tipo encontramos al transverso.

Los extrínsecos tienen su origen fuera de la lengua y se clasifican en tres grupos:

- a) Los que se insertan en huesos vecinos: genioglosos, estiloglosos e hioglosos.
- b) Los que se insertan en órganos vecinos: patoglosos, -

farínoglosos y amígdalológico.

c) Los que nacen en huesos y tejidos blandos próximos: lin-
gual superior y lingual inferior.

+ MUSCULO INTRINSECO TRANSVERSO.- Músculo impar que se ex-
tiende del borde al septo medio. Por adentro, se inser-
ta en el septo medio de ahí sus fibras se dividen a la
cara profunda de la mucosa del borde de la lengua.

+ MUSCULO EXTRINSECOS.-

a) Genioglosos.- Tienen forma de abanico, con el vértice -
en la apófisis geni y el borde convexo de toda la exten-
sión del dorso lingual. El extremo anterior tiene su in-
sión en la apófisis geni superior de la mandíbula.

Las fibras musculares se irradian termiando las infe-
riores o posteriores en el cuerpo del hioides, las me-
dias, que son las más numerosas, en la mucosa del dorso
de la lengua y las superiores o anteriores terminan en
el vértice de la lengua.

b) Estilogloso.- Músculo largo que nace en la apófisis es-
tiloides y termina en la punta de la lengua, por arriba
se inserta en la cara anteroposterior de la apófisis y -
en los orígenes del ligamento estilomaxilar. Su inser-
ción terminal es en tres fascículos: superiores, se in-

sertan en el septum medio. Medios, que llegan al borde de la lengua y siguen por la punta y los fascículos inferiores que finalizan entre las fibras del lingual inferior y del geniogloso.

c) Hiogloso.- Músculo aplanado, rectangular, presenta dos porciones: una vertical y ascendente y la segunda horizontal desde el borde al septum medio. Por abajo se inserta en el hioides por dos fascículos: el basiogloso en el borde superior del cuerpo y el ceratogloso en el asta mayor. Las fibras se dirigen al septum medio donde terminan, después de mezclar sus fibras en la porción horizontal, con los haces superiores del estilogloso.

d) Palatogloso.- Se extiende desde el constrictor superior de la faringe, hasta los bordes de la lengua. Su inserción terminal superior alcanza el borde lingual confundiéndose con el palatogloso y haces medios del estilogloso y un fascículo inferior que termina en la cara profunda del hiogloso.

e) Amigdalogloso.- Músculo delgado, su extremo posterior se origina en la aponeurosis faríngea, a nivel de la cara externa de la amígdala, de allí se dirige hasta el borde de la base de la lengua donde se hace transversal, alcanzando la línea media.

f) Lingual superior.- Músculo impar, situado por debajo de la mucosa del dorso de la lengua, desde los repliegues glosopiglóticos hasta su vértice. Los haces laterales se insertan en las astas menores del hioides y los haces medios se insertan en el repliegue glosopiglótico. De allí se dirigen hasta la punta de la lengua, ocupando todo el dorso de borde a borde.

g) Lingual inferior.- Músculo alargado, que ocupa el borde de la cara inferior de la lengua. Se inserta por debajo y atrás de las astas menores del hioides; recibiendo fibras de refuerzo de los músculos faringogloso y estilogloso. Su inserción finaliza en el ápice lingual por debajo de la mucosa.

3. Mucosa de revestimiento.- Como se dijo anteriormente, la mucosa que cubre la parte de la lengua, está constituida por las papilas, las cuales en su eje central contiene tejido conectivo. El epitelio que las cubre es queratinizado, especialmente en el vértice de las papilas.

La mucosa que recubre la raíz de la lengua, contiene papilas verdaderas, las prominencias que se observan dependen de acúmulos de nódulos linfáticos que hay en la lámina propia por debajo del epitelio, ll

mados folículos linguales, estos a su vez constituyen en conjunto la amígdala lingual.

La mucosa de la cara inferior de la lengua está revestida por epitelio no queratinizado, éste es liso y delgado, las papilas de tejido conjuntivo son numerosas pero cortas.

Irrigación

Las arterias que irrigan la lengua provienen principalmente de la arteria lingual, la cual nace por encima de la arteria tiroidea superior, a nivel del asta mayor y desaparece en seguida debajo del músculo hiogloso.

El sitio para su ligadura en las operaciones en la lengua, es en la proximidad de su emergencia de la arteria carótida externa, su ramo terminal se llama arteria ranina y transcurre hacia adelante, hasta el vértice de la lengua. Secundariamente hay irrigación de la arteria palatina inferior y de la faríngea ascendente.

Inervación

El drenaje venoso, se efectúa por conducto de la vena lingual, la cual resulta de la confluencia de tres grupos venosos:

+ Arterias linguales profundas, satélites de la arteria lingual.

+ Las venas dorsales.

+ Venas raninas, de trayecto submucoso, siguen al nervio hipogloso desde la punta de la raíz de la lengua.

La vena lingual termina independientemente en la yugular interna.

Linfáticos de la lengua

Los ganglios linfáticos y sus tributarios:

+ De los ganglios de la cadena yugular interna, en particular del grupo anterior.

+ De los ganglios submaxilares, los cuales son tres a seis, se agrupan alrededor de la glándula submaxilar, son subaponeuróticos y están escalonados a lo largo de la cara interna y borde inferior de la mandíbula. En la lengua, reciben la linfa por delante de la "V" lingual.

+ Ganglios submentales, están situados en el triángulo limitado hacia atrás por el hioides, adelante por el borde inferior del maxilar y lateralmente por los vientres anteriores de los digástricos.

Los nervios se dividen en:

- + Motores. - Proceden del hipogloso mayor (XII par), que inerva todos los músculos de la lengua.
- + Sensitivos. - Los constituyen los nervios lingual, glossofaríngeo y neumogástrico. El lingual inerva la mucosa - que recubre los pliegues y fositas glossoepiglóticas.

Los nervios craneales relacionados con la sensibilidad gustativa, proceden del nervio facial y rama lingual del glossofaríngeo.

C. Técnica quirúrgica

Resección del frenillo lingual

En técnicas quirúrgicas, la anestesia puede ser local o general.

Si vamos a anestesiarse local, se deberá hacer un bloqueo bilateral del nervio lingual. La infiltración local de la solución anestésica no es conveniente, pues distorsiona los tejidos impidiendo una línea de incisión precisa.

Posteriormente, que se haya logrado una buena anestesia, es decir, que la punta de la lengua esté insensible se mantendrá abierta la boca y se sujetará la lengua con

una ligadura cuya punta se pasa a través del punto medio de la lengua, a un centímetro de la punta, para sostener la lengua hacia arriba durante la operación (punto de -- tracción).

El frenillo lingual corto y/o el músculo geniogloso se ponen tensos, por la tracción de la sutura lingual; - con tijeras rectas bien afiladas se corta a mitad de camino, entre la punta de la lengua y su origen en la superficie lingual de la sínfisis mandibular. El corte se dirige hacia atrás paralelo al piso de la cavidad bucal, en una longitud de 4 ó 5 cm. o hasta que la punta de la lengua pueda tocar la superficie lingual de los dientes superiores anteriores con la boca abierta. El corte de - éste frenillo a éste nivel, evitará que se traumatice la carúncula salival y los conductos salivales submaxilares que están debajo de los bordes cortantes de la tijera.

Los bordes laterales de la incisión son cóncavos - con las tijeras. Con seda negra de sutura 000 y una aguja curva, se aproximan los bordes del corte de la mucosa en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua, así la incisión horizontal se toma vertical.

Se deberá utilizar suturas discontinuas, distantes de 1 cm. entre sí.

Resección del frenillo lingual con mioplastia del genio- gloso

Es una modificación de la resección del frenillo que se acompaña de una mioplastia del geniogloso y se efectúa de la siguiente forma:

Se anestesi localmente por infiltración toda la base del frenillo, así como la parte correspondiente del músculo geniogloso, esperando el tiempo necesario para que la deformación ocasionada por el anestésico disminuya.

Se toma el frenillo entre dos pinzas de mosco rectas la superior colocada en el mismo plano de la cara ventral de la lengua y la inferior hasta donde el piso de la boca lo permita, evitando lesionar las carúnculas sublinguales; se debe procurar que las puntas de las pinzas se toquen en el vértice del frenillo. Cuando el tamaño de el frenillo es extremadamente corto y no es posible colocar dos pinzas, empleamos solamente una.

Se corta con bisturí por arriba de la superficie y por debajo de la inferior eliminando el frenillo que queda sujeto por ella, dejando con esto una herida de tipo romboidal. Cuando se coloca solamente una pinza, se corta por arriba y por abajo de ella.

Se efectúa una incisión vertical en la aponeurosis - que cubre al músculo geniogloso, separándose los bordes para descubrir la parte correspondiente de éste músculo.

Se sutura el plano muscular romboidal con catgut 000 ó 0000 por puntos aislados, alargándose con ésto dicho - plano. Se sutura la aponeurosis en la misma forma.

La mucosa se sutura con catgut 0000 por puntos en -- "U" con nudos invertidos para evitar molestias postoperatorias.

Con ésta técnica, podemos observar que la retracción cicatrizal no hace perder el objeto de la intervención - dando el alargamiento y la movilidad deseados a la lengua.

CAPITULO 9

CORRECCION DE OTROS TEJIDOS BLANDOS

A. Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar

Características patológicas

La hiperplasia papilar inflamatoria es una lesión rara que afecta la mucosa del paladar duro en los enfermos con dentaduras mal ajustadas.

La etiología de ésta enfermedad está relacionada con el mal ajuste de las prótesis durante períodos de largo tiempo, que permiten la irrigación por fricción y con mal estado de higiene bucal.

Se ha calculado aproximadamente que del 2 a 11% de todos los pacientes que usan una prótesis, presentan la hiperplasia papilar.

Se presenta tanto en hombres como en mujeres, y se presentan también a cualquier edad.

Esta patología tiene predilección por el paladar duro, y en algunas ocasiones, cubre una zona mayor de la mucosa palatina. Puede ascender la lesión, siguiendo la incurvación lingual del surco alveolar, o la cresta del borde de la cara bucal.

Es una lesión asintomática, pero en algunos casos hay dolor leve, rara vez presenta hemorragia.

Esta lesión está formada por numerosas elevaciones papilares rojas, pequeñas (de 1 a 4 cm. de diámetro), redondas, con una superficie plana, con un aspecto de verruga y cerca unas de otras.

Microscópicamente, la hiperplasia papilar inflamatoria, presenta prolongaciones poliposas múltiples del epitelio que se origina en una amplia base y rodeada de un núcleo de tejido conjuntivo inflamado. El epitelio es escamoso estratificado paraqueratótico ó a veces ortoqueratótico.

Los cortes tangenciales pueden dar la impresión de nudos aislados de epitelio, que se haya dejado en el interior de la lámina propia. También, pueden observarse cambios de isqueratósicos evidencias por la queratinización prematura y formación de perlas dentro de las masas epiteliales profundas. Las masa epiteliales se hayan con frecuencia infiltradas por células inflamatorias. El tejido conjuntivo suele mostrar respuesta inflamatoria.

En la hiperplasia papilar inflamatoria en ocasiones se observa displasia epitelial verdadera pero no está bien comprobada su malignidad.

Técnica quirúrgica

El tratamiento de la hiperplasia papilar inflamatoria puede realizarse de varias maneras. En todos los casos está indicada la biopsia para verificar la naturaleza benigna de la enfermedad. Se efectúa con anestesia local, excisión supraperiódica con una hoja de bisturí no. 11.

Las lesiones pequeñas se pueden eliminar mediante curetas filosas o por micro-abrasión con instrumentos rotatorios.

La excisión de espesor total, que incluye periostio - sirve para lesiones pequeñas puesto que se puede destruir la irrigación de la mucosa palatina. En lesiones grandes, se utilizará la técnica de espesor dividido, para que la cicatrización y reepitelización del paladar sea más rápida porque el periostio queda intacto.

También se puede utilizar la Electrocirugía con galvano-cauterio, ó bisturí eléctrico ó bisturí diatérmico, efectuando la incisión hasta el periostio, pero el postoperatorio es muy doloroso. Otros acostumbran utilizar la criocirugía con nitrógeno líquido.

Postoperatorio

Hay que emplear la prótesis del paciente ó una férula quirúrgica para cubrir la herida. Dentro de la prótesis se coloca una pasta o unguento que alivie el dolor.

Hay que prescribir analgésicos y antibióticos. Los analgésicos para eliminar el dolor durante los primeros días hasta que el tejido de granulación cubra la herida quirúrgica. Los antibióticos se indican para prevenir o reducir la infección.

Tenemos que decir al paciente que efectúe enjuagatorios antisépticos para irrigar la herida y la limpieza de la prótesis para que el curso de la cicatrización sea normal.

B. Hiperplasia fibrosa de los tejidos bucales: Encía palatina y reborde alveolar.

Características patológicas

La lesión fibrosa inflamatoria es una masa compuesta principalmente por tejido conjuntivo fibroso, altamente collagenizado. Es una de las reacciones más comunes, propiciadas por prótesis mal ajustadas, es la hiperplasia del tejido que está en contacto con los bordes del aparato. La ma-

yor parte de las proliferaciones representa una sobreproducción de colágeno, sin que se trate de lesiones neoplásicas.

La lesión se presenta con formación gradual de agrandamientos alargados de tejido, pediculados, ampliamente sésiles, duras o blandas, de consistencia firme y en ocasiones ulceradas.

Microscópicamente, el tejido se compone de un núcleo de tejido conjuntivo fibroso cubierto por epitelio escamoso estratificado, que puede ser ligeramente acantósico. El tejido conjuntivo se compone en su mayor parte en fascículos colágenos densos y entrelazados, separados en ocasiones por núcleos fibroblásticos, pequeños canales vasculares y un número variable de células, generalmente inflamatorias crónicas. Los fascículos en ocasiones se encuentran engrosados, hialinizados y dispuestos en forma irregular.

Algunas veces se observan zonas de calcificación distrófica, osificación metaplásica o degeneración mixomatosa.

Técnica quirúrgica

La hiperplasia fibrosa debe eliminarse ya que no permite la buena estabilización de la prótesis, la encía pa-

latina se remodela para quitar espacios muertos en los tejidos blandos, para acortar la cresta del reborde alveolar y se obtiene espacio para la base de la prótesis.

Se efectúa primero, la anestesia local del lugar donde se localiza la lesión, con un bisturí se hace la incisión de la mucosa excedente, asegurándose de quitar los bloques de tejido conectivo submucoso por último se sutura a lo largo de la línea de incisión. Si la intervención es en el borde alveolar, en la encía palatina se utiliza una matriz preparada con una pasta o unguento analgésico.

En el postoperatorio el dolor es leve, por lo cual, se prescriben analgésicos. La hemorragia y la inflamación postoperatoria es mínima. Se pueden tomar impresiones dos o tres semanas después de la intervención.

C. Hiperplasia inflamatoria de la mucosa vestibular

Características patológicas

Son las mismas que en la hiperplasia fibrosa inflamatoria, su única diferencia es la localización de la lesión.

Técnica quirúrgica

Una vez efectuada la anestesia, se levanta el labio, después con tres ó cuatro pinzas de Allis se sujeta toda la mucosa con las pinzas para cerciorarnos que no se ha prensado ningún músculo. Con una tijera no. 9 de Dean, se efectúa un corte entre los mordientes de las pinzas y el labio. Se sutura a lo largo de la línea de incisión.

D. Fibromatosis de la tuberosidad retromolar inferior.

Características patológicas

Es el aumento de tamaño unilateral o bilateral de la mucosa de la tuberosidad retromolar. Su característica es la presencia de tejido fibroso colágeno, es casi idéntica a la hiperplasia inflamatoria fibrosa.

Las fibromatosis son consideradas tumores no neoplásicos, los cuales son múltiples y difusos. Las lesiones varían de grosor, a veces se extienden por delante a lo largo de la superficie del paladar y por ello se llaman también bolsas palatinas. Cuando son bilaterales, suelen ser simétricas, de superficie lisa, dura y color rosado, inmóviles, pero en ocasiones se presentan como masas mayores, más blandas y más móviles. Aunque no tiene significa

viles. Aunque no tienen significado patológico, es necesario efectuar la biopsia.

La fibromatosis anatómica es de origen embrionario, de naturaleza benigna.

Técnica quirúrgica

En ocasiones, la tuberosidad es tan amplia, interfiere en la masticación y así se traumatiza y se inflama. A veces son tan duras, que pueden confundirse con hueso, de ahí la importancia de efectuar un estudio radiográfico, para determinar si es un tejido denso, duro, semejante al cartílago, o si se trata de un molar retenido o hueso.

Se coloca la anestesia en el espacio retromolar. La incisión se hace sobre la zona de soporte protésico en el centro con una hoja de Brad-Praker no. 15, abarcando toda la extensión de la lesión. Posteriormente, se efectúa una incisión en forma de cuña triangular, con el vértice del triángulo hacia el hueso alveolar, ésta incisión deberá efectuarse a ambos lados de la incisión central. El corte cunciforme comienza en el mismo punto en que la zona de la cresta del reborde se une al reborde -

normal y comienza el fibromatoso y finaliza en el punto más posterior de la zona de la tuberosidad. La incisión por lo tanto es en forma de "V".

El tejido lesionado se toma con una pinza de Allis y se libera en un punto en el cual esté adherido a la cortical ósea. Los cortes oblicuos dependerán del tamaño de la fibromatosis. Se deben ir aproximando los colgajos hasta que se estime que éstos estén en la línea media, sin ejercer tensión.

Se sutura con catgut o seda.

E. Labio doble

Características patológicas

Se denomina labio doble, a un pliegue de tejido superfluo en la superficie mucosa del labio superior e inferior. Este tejido excedente, se localiza en la zona mucosa interna del labio, el pliegue no es visible cuando los labios están cerrados y aparece cuando el paciente sonríe ó habla. Generalmente, se localiza en el labio superior, aunque se han encontrado casos en el labio inferior. La lesión puede ser congénita o adquirida como consecuencia de un traumatismo del labio.

El labio doble tiene forma de "arco de disparar flechas", debido a que el frenillo labial mantiene la porción central, mientras que las laterales cuelgan. La presencia de labio doble adquirido se relaciona con el síndrome de Ascher cuando está asociado a Bietarocalasia y agrandamiento tiroideo no tóxico, la causa del síndrome es genético y solo se conoce que tiene relación genética.

Técnica quirúrgica

Es conveniente la eliminación del labio doble por causas estéticas además que hay ocasiones en que llegan a traumatizarse demasiado con los dientes anteriores.

La técnica quirúrgica se lleva a cabo con anestesia local, se bloquea el nervio infraorbitario bilateralmente, de modo que se evita la infiltración dentro del labio, que produce la deformación del contorno, posteriormente se toman con pinzas de Allis los excedentes de mucosa labial, con un bisturí no. 11. Se efectúan las incisiones hacia la submucosa de manera que se haga la incisión en bloque. Se sutura con catgut 4-0 con puntos aislados.

En el postoperatorio, el edema es mínimo o moderado y se controla mediante vendaje externo a presión con te-

la adhesiva y una bolsa de hielo en el exterior. Se prescribirán analgésicos si existen molestias.

CONCLUSIONES

Como hemos visto a lo largo de ésta tesis, el Cirujano Dentista deberá tener los conocimientos fundamentales de Anatomía, Fisiología y estados patológicos más frecuentes, para poderlo aplicar manualmente y obtener el éxito total de la Cirugía Preprotética.

El éxito de la prótesis depende de la base sobre la cual descansa y el propósito de la Cirugía Preprotética es obtener un proceso alveolar por medio quirúrgicos, con una base firme, libre de protuberancias óseas e inserciones musculares, lo que logrará la integración bio-social del paciente.

Este trabajo es una recopilación bibliográfica, -- que hemos querido presentar de una manera más sencilla al estudiante de Odontología y al Cirujano Dentista, para que podamos todos los que nos dedicamos a la salud oral ofrecer al paciente una mejor forma de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. ANATOMIA HUMANA
Herman V. Herrihnger R.
Ed. El Ateneo, Buenos Aires 1986
2. ANATOMIA ODONTOLOGICA OROCERVICOFACIAL
Aprile Humberto
Ed. Ateneo, Buenos Aires 1971
3. CIRUGIA BUCAL
Archer W. T.T.
Ed. Mundi 1968
4. CIRUGIA BUCAL
Ries Centeno
Ed. Ateneo
5. CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL
Kruger Gustav
Ed. Panamericana 5a. edición
6. CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA
Starshak Thomas
Ed. Mundi, Buenos Aires 1974
7. CIRUGIA BUCAL PRACTICA
Walter E. D.
C.E.C.S.A. 1a. edición

8. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Zagarelli Edward
Ed. Salvat; Barcelona, España 1972
9. MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Burket Lester W.
Ed. Interamericana
10. ORAL ABSTRACTS
Oral Surgery
Vol. 21 No. 2 1974
11. PATOLOGIA BUCAL
Thoma
México, 1971
12. TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Kruger Gustav
Ed. Interamericana, México, 1982
13. TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Guaralnick A.M.D.
Ed. Salvat; Barcelona, España, 1971
14. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Shafer William
Ed. Interamericana, 1977