

879522

12,
29



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



“CIRUGIA BUCAL EN EL CONSULTORIO DENTAL”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
FLOR MARIA LUJAN MUÑOZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.

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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Í N D I C E

PÁG.

INTRODUCCIÓN*****	5
CAPÍTULO I	
DEFINICIÓN*****	6
HISTORIA CLÍNICA*****	6
CAPÍTULO II	
CIRUGÍA DE TEJIDOS Duros*****	16
1.- APICECTOMÍA*****	16
A) ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMÍA*****	24
2.- ALVEOLECTOMÍA*****	25
3.- ALVEOLO TOMÍA*****	25
CAPÍTULO III	
TÉCNICA DE LA ALVEOLECTOMÍA CON FINES PROTÉSICOS*****	27
4.- DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS*****	30
A) EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS*****	32
B) EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS*****	32
C) EXTRACCIÓN DE MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN ZONAS DESDENTADAS*****	32
CAPÍTULO IV	
LESIONES DE SENO MAXILAR*****	56
A) GENERALIDADES DE SENO MAXILAR*****	56

B) TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE RAÍCES CAÍDAS EN SENOS MAXILAR O ANTRO DE HIGHMORE***** 57

C) EXTRACCIÓN DE UN DIENTE CAÍDO EN SENOS MAXILAR***** 60

D) COMPLICACIONES DEL SENOS MAXILAR***** 61

E) TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS DE CAVIDAD BUCAL (SENOS MAXILAR)***** 62

6.- REGULARIZACIÓN DE PROCESOS***** 64

7.- TORUS PALATINO***** 67

8.- TORUS MANDIBULAR***** 70

CAPÍTULO V

CIRURÍA DE TEJIDOS BLANDOS***** 73

1.- FRENECTOMÍA LABIAL***** 73

2.- FRENECTOMÍA LINGUAL***** 76

3.- GINGIVECTOMÍA***** 77

4.- GINGIVOPLASTÍA***** 83

CAPÍTULO VI

QUISTES***** 88

1.- QUISTE RADICULAR O APICAL (DE ORIGEN DENTAL)***** 88

2.- RÁNULA (QUISTE RETENTIVO)***** 90

3.- QUISTES MUCOSOS O MUCOCELES (QUISTE RETENTIVO)***** 92

CONCLUSIONES***** 93

BIBLIOGRAFÍA***** 94

I N T R O D U C C I Ó N .

SIEMPRE SE HA TENIDO LA ERRÓNEA IDEA DE QUE, EL CIRUJANO DEN
TISTA, DEBE OCUPARSE EXCLUSIVAMENTE DE LOS DIENTES; SIENDO QUE --
COMO SU NOMBRE LO INDICA, ES CAPÁZ DE REALIZAR INTERVENCIONES QUI
RÚRGICAS.

ES POR ELLO QUE PENSAMOS CON ESTE TRABAJO EXCITAR LA INQUIE-
TUD DEL ODONTÓLOGO, PARA BENEFICIO NO SOLO DE LA ODONTOLOGÍA, SI-
NO TAMBIEN DE LOS PACIENTES PARA RECURRIR AL CIRUJANO DENTISTA AN
TE ANOMALÍAS ESPECÍFICAS Y QUE AYUDADOS POR LA CIRUGÍA BUCAL, SON
RELATIVAMENTE FÁCILES DE TRATAR.

AQUI NO TRATAREMOS DE IMPONER NUEVOS CONOCIMIENTOS, SINO QUE
REMOS PONER DE MANIFIESTO LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA CIRUGÍA BU-
CAL EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

COMO ES CASÍ IMPOSIBLE ABARCAR TODAS LAS TÉCNICAS, HE DECI-
DIDO, PRESENTAR ANTE EL HONORABLE JURADO LA SELECCIÓN DE LAS DIFE-
RENTES TÉCNICAS, QUE MÁS FRECUENTEMENTE SE REALIZAN EN EL CONSUL-
TORIO DENTAL.

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN.

LA CIRUGÍA BUCAL: ES UNA CIRUGÍA ALTAMENTE PRIVATIVA, ESPECIALIZADA DEL CAMPO DE LA ODONTOLOGÍA, PORQUE REQUIERE CONDICIONES MUY PARTICULARES, YA QUE ES UNA CIRUGÍA DE CAMPO PEQUEÑO.

LA CIRUGÍA BUCAL SE PRACTICA POR LO GENERAL EN UNA CAVIDAD LIMITADA, EN LA CUAL ES DIFÍCIL LA VISIBILIDAD Y ES POR ELLO QUE SE REQUIERE DE UNA HABILIDAD MANUAL MUY PECULIAR, EN ALGUNOS CASOS ÉSTA HABILIDAD ES INNATA, PERO EN UN 80% ES ADQUIRIDA CON PRÁCTICA Y DISCIPLINA.

LA CIRUGÍA EN SÍ, ES UNA RAMA DE LA MEDICINA QUE TIENE POR OBJETO EL ALIVIO Y CURA DE LAS ENFERMEDADES, POR MEDIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ÉSTO ES LA LLAMADA CURA RADICAL, QUE SE PRACTICA DESDE LOS NIVELES PROFUNDOS HACIA LOS NIVELES SUPERFICIALES DE LOS TEJIDOS Y ÓRGANOS DEL CUERPO HUMANO.

LA CIRUGÍA SE HA PRACTICADO EN TODOS LOS TIEMPOS Y ES AHORA EN LA ACTUALIDAD CUANDO HA COBRADO MAYOR IMPULSO, SOBRE TODO EN ODONTOLOGÍA, DONDE ES HOY CUANDO NOS DAMOS CUENTA DE SU VERDADERA IMPORTANCIA.

HISTORIA CLÍNICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE.....EDAD.....

DOMICILIO.....TELÉFONO.....

SEXO.....ESTADO CIVIL.....

OCUPACIÓN.....DOMICILIO.....

FECHA DE NACIMIENTO.....ORIGÉN.....

FICHA DE EXPLORACIÓN.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

PESO.....ESTATURA.....

PRESION ARTERIAL.....PULSO.....CONSTITUCIÓN.....

COLOR DE OJOS.....TEZ.....MANCHAS.....

MOVIMIENTOS.....REFLEJOS.....

REACCIONES.....RESPIRACIÓN.....

ESTADO EMOCIONAL:

NERVIOSO.....ANSIEDAD.....TRANQUILO.....

MOTIVO DE CONSULTA:

PADECIMIENTO ACTUAL.....FECHA DE INICIACIÓN.....

DURACIÓN.....EVOLUCIÓN.....

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN.....

SINTOMATOLOGÍA:

NATURALEZA.....APARICIÓN.....

DURACIÓN.....DOLOR.....

EXAMEN DE CABEZA, CUELLO Y CARA:

PERFIL.....MUECAS FACIALES.....

SIMETRÍA.....ASIMETRÍA.....

LESIONES CUTÁNEAS.....CICATRICES.....
 DEFORMACIONES.....ORIGEN.....
 FORMA DE LA CARA.....FORMA DE CABEZA.....
 FRENTE.....CUELLO.....ADENITIS.....
 HIPERTROFIAS.....HIPERPLASIAS.....
 PARESTESIAS.....PARALISIS.....

EXAMEN DE LOS LABIOS.

FORMA.....COLOR.....CONSISTENCIA.....
 CONTORNO.....TAMAÑO.....
 INDURACIONES.....CICATRICES.....

EXAMEN DE LA LENGUA.

MICROGLOSIA.....MACROGLOSIA.....
 FORMA.....COLOR.....CONSISTENCIA.....
 FUNCIONALIDAD.....INDURACIONES.....CONTORNO.....
 ÚLCERAS.....FISURAS.....
 MUCOSA SUBLINGUAL.....PAPILAS.....

EXAMEN DEL PISO DE LA BOCA.

MUCOSA.....FRENILLO LINGUAL.....
 ULCERACIONES.....TUMORES.....FLEMONES.....

CONTORNO DE LOS PROCESOS.

ORTOGNÁTICO.....PROGNÁTICO.....RETROGNÁTICO.....

FORMA DEL ARCO.

CUADRADO.....TRIANGULAR.....OVOIDE.....

EXAMEN DE LA REGIÓN GINGIVAL.

COLOR.....FORMA.....
 CONSISTENCIA.....LESIONES.....
 BOLSAS PARODONTALES.....PROFUNDIDAD.....
 HEMORRAGIA.....PIGMENTACIONES.....

EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL.

COLOR.....FORMA.....
 CONSISTENCIA.....LESIONES.....
 FÍSTULAS.....ULCERACIONES.....INDURACIONES.....TUMORES.....

EXAMEN DEL PALADAR.

DÓVEDA PALATINA:

COLOR.....CONSISTENCIA.....RAFÉ.....
 CRESTAS RUGOSAS.....PROFUNDIDAD.....
 LESIONES.....PROTUBERANCIAS.....

VELO DEL PALADAR:

COLOR.....MUCOSA.....ÚVULA.....
 PILARES ANTERIORES.....POSTERIORES.....
 ÍTSMO DE LAS FAUCES.....
 AMÍGDALAS.....ORIFICIOS GLANDULARES.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

SIFILIS.....TUBERCULOSIS.....
 NEOPLASIAS.....DIABETES.....
 OBESIDAD.....CARDIOPATÍAS.....
 GOTA.....ARTRITIS.....HEMOFILIA.....
 HIPERTENSION.....NEFROPATÍAS.....ALERGIA.....
 CÁNCER.....EPILEPSIA.....

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

HIGIENE GENERAL.....
 HABITACIÓN.....ALIMENTACIÓN.....LUGAR DE NAC.....
 ESCOLARIDAD.....OCUPACIÓN.....
 DEPORTES.....COSTUMBRES Y HÁBITOS.....

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

FIEBRES ERUPTIVAS.....TUBERCULOSIS.....
 PALUDISMO.....REUMATISMO.....
 PARASITOSIS.....INFECCIONES.....
 DIABETES.....ICTERICIA.....
 CRISIS CONVULSIVAS.....NEUROLÓGICAS.....
 PSIQUIATRICAS.....ALERGIAS.....
 SIFILIS.....ENF.VENEREAS.....
 FLEVITIS.....INFARTO AL MIOCARDIO.....
 ACCIDENTES VASCULARES.....CEREBRALES.....
 AMIGDALITIS.....OTITIS.....ÚLCERA PÉPTICA...ANGINA DE PECHO...

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

TRANSFUSIONES.....ACCIDENTES TRAUMÁTICOS.....
 AMIGDALECTOMÍA.....OTROS.....

ACCIDENTES EN TRATAMIENTOS MÉDICOS.

ALERGIA A LA PENICILINA.....USO PREVIO DE CORTICOIDES.....
 ATARÁXICOS.....LAXANTES.....
 PSICOESTIMULANTES.....ANTIÁCIDOS.....
 ANTIREUMÁTICO.....OTROS.....

APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO DIGESTIVO:

ANOREXIA.....POLIFAGIA.....
 DISFAGIA.....DISPEPSIA.....HEMATÉNESIS.....VÓMITOS.....
 NAUSEAS.....ESTREÑIMIENTO.....METEORISMO.....ÚLCERAS.....
 LESIONES.....MOLESTIAS.....ACIDEZ.....

SISTEMA NERVIOSO:

SUEÑO.....TEMBLOR.....PARALISIS.....IRRITACIÓN.....
 PARESTESIA.....NEURALGIAS.....

APARATO RESPIRATORIO:

OBSTRUCCIÓN NASAL.....EPISTAXIS.....TOS.....
 EXPECTORACIÓN.....DOLOR.....HEMOPTISIS.....DISNEA.....
 POLIPNEA.....CIANOSIS.....

APARATO CARDIOVASCULAR:

PALPITACIONES.....CEFALEAS.....
 MAREOS.....DOLOR PRECORDIAL.....
 TAQUICARDIA.....BRADICARDIA.....
 ARRITMIAS.....ANGINA DE PECHO.....
 INFARTO AL MIOCARDIO.....
 INSUFICIENCIA CORONARIA.....
 FIEBRE REUMÁTICA.....

APARATO RENAL:

POLIURIA.....NICTURIA.....
 ANURIA.....PIURIA.....
 DISURIA.....HEMATURIA.....
 CALCULOS RENALES.....PIELONEFRITIS.....
 NEFRITIS.....EDEMA.....
 UREMIA.....

SISTEMA ENDÓCRINO:

DIABETES.....HIPERTIROIDISMO.....
 HIPOTIROIDISMO.....ENFERMEDAD DE ADDISON.....
 SÍNDROME DE CUSHING.....ACROMEGALIA.....
 MACROGLOSIA.....

ESTADO FISIOLÓGICO DE LA MUJER:

EMBARAZOS.....MENOPAUSIA.....

ABORTOS.....MENSTRUACIÓN.....
 HEMORRAGIAS.....ALTERACIONES EN BOCA.....
 GINGIVITIS.....DOLOR.....
 ULCERACIONES.....HALITOSIS.....MOVILIDAD DENTARIA.....

ESTUDIO RADIOGRÁFICO:

RADIOGRAFÍAS.....
 INTRAORALES.....
 PERIAPICALES.....OCUSALES.....INTERPROXIMALES.....
 RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES:
 PANORÁMICA.....CEFALOMETRÍA.....ANTERO POSTERIOR...
 LATERALES.....IZQUIERDA.....DERECHA.....

MODELOS DE ESTUDIO:

SUPERIOR.....
 INFERIOR.....

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

RUIDOS.....DOLOR.....LUXACIONES.....FRACTURAS.....
 OCLUSIÓN.....
 DIAGNÓSTICO.....
 PRONÓSTICO.....
 ETIOLOGÍA.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

PREOPERATORIO.....POSTOPERATORIO.....
 EVOLUCIÓN.....

ANALISIS DE LABORATORIO:

VALORES NORMALES:

SANGRE:

VOLUMEN 7 a 9% PESO CORPORAL

PH 7.35 a 7.45

CELULAS:

ERITROCITOS 4,500.00 a 5,000.00/mm³LEUCOCITOS 5,000 a 10,000/mm³

POLIMORFONUCLEARES:

NEUTROFILOS 60 a 70%

LINFOCITOS 25 a 33%

MONOCITOS 2 a 6%

EOSINÓFILOS 1 a 3%

BASÓFILOS 0.25 a 0.5%

PLAQUETAS 200,000 a 400,000/mm³

HEMOGLOBINA 14 a 16g/100cc.

HEMATOCRITO (HOMBRES) 47% 7%

HEMATOCRITO (MUJERES) 42.5 5%

TIEMPO DE SANGRADO 1 a 3 MINUTOS

TIEMPO DE COAGULACIÓN 3 a 5 MINUTOS.

TIEMPO DE PROTOMBINA 10 a 15 SEGUNDOS

GLUCOSA 80 a 120 mg/100cc.

NITRÓGENO NO PROTEICO 25 a 38 mg/100cc.

NITRÓGENO UREICO EN SANGRE 8 a 20 mg/100cc.

ORINA:

CANTIDAD MEDIA EN 24 HORAS 1,200 a 1,500 cc.

COLOR	AMARILLO PÁLIDO O AMBAR
DENSIDAD	1,005 a 1,022
P.H.	4.7 a 8.0
REACCIÓN	LIGERAMENTE ÁCIDO
CONSTITUYENTES INORGÁNICOS	(2/24 HORAS DE LA MUESTRA):
CALCIO	0.1 a 0.2 g
CLORUROS	10.0 a 15.0 g
FOSFATOS	2.0 a 4.0 g
SODIO	3 a 5 g
CONSTITUYENTES ORGÁNICOS	(g/24 HORAS DE LA MUESTRA:
UREA	20.0 a 30.0 g
ÁCIDO ÚRICO	0.6 a 0.75 g
CREATININA	0.3 a 0.45 g
ALBÚMINA	NEGATIVO A VESTIGIOS
GLUCOSA	NEGATIVO A VESTIGIOS
ACETONA	NEGATIVO

CAPÍTULO II

CIRUGÍA DE TEJIDOS DUROS

1.- APICECTOMÍA:

LA APICECTOMÍA ES CONOCIDA TAMBIÉN COMO RESECCIÓN RADICULAR ES LA EXTIRPACIÓN DE LA PORCIÓN AFECTADA APICAL DEL DIENTE Y EL-CURETAJE DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES NECRÓTICOS E INFLAMADOS.

ESTA SE PUEDE PRACTICAR EN TODOS LOS DIENTES ANTERIORES, VA-RIANDO ÚNICAMENTE EL TIPO DE INCISIÓN, POR LAS DIFERENTES TÉCNI-CAS WASSMAN, PARTSCH, NEWMANN.

ALGUNAS DE SUS INDICACIONES SON:

EN CONDUCTOS QUE PRESENTAN UNA CURVATURA MUY ASENTADA, EN -CONDUCTOS INFECTADOS, EN DIENTES CUYOS CONDUCTOS SE ENCUENTRAN -EN UN GRADO MAYOR DE CALCIFICACIÓN, EN GRANULOMAS PERIAPICALES -CIRCUNSCRITOS, QUISTES, ABSCESOS PERIAPICALES; EN CONDUCTOS EN -DONDE HAYA FRACTURA DE INSTRUMENTOS EN ENDODONCIA, EN CONDUCTOS-CON HIPERCEMENTOSIS, EN DIENTES QUE HAN SIDO FRACTURADOS POR UN-TRAUMATISMO; EN DIENTES EN LOS CUALES LA RAÍZ HA SIDO INADVERTI-DAMENTE PERFORADA DURANTE UN TRAUMATISMO.

CONTRAINDICACIONES.

SON CUANDO LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE ESTÁ DISMINUIDA,-- ESPECIALMENTE EN AQUELLOS QUE HAN TENIDO FIEBRE REUMÁTICA, O QUE

EN EL MOMENTO SUFREN DE REUMATISMO, NEFRITIS, DIABETES, TRASTORNOS CARDIACOS, EN DIENTES QUE TENGAN RAÍCES ENANAS, PERIODONTITIS, CUANDO EL DIENTE SE ENCUENTRA EN VECINDAD CON SENOS MAXILARES, CUANDO LAS RAÍCES DE LOS DIENTES SE ENCUENTREN EN LAS CERCANÍAS DEL AGUJERO MENTONIANO. EN LA ZONA DE LOS MOLARES INFERIORES - POR LA PROXIMIDAD DEL NERVIOS DENTARIO INFERIOR, EN ENFERMEDADES PARODONTALES MUY AVANZADAS, CUANDO HAY UNA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA - INCORREGIBLE, EN ENFERMEDADES ENDÓCRINAS Y CARDIOVASCULARES, EN CASOS INACCESIBLES, EN DIENTES CON EXCESIVA MOVILIDAD.

PARA LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA APICECTOMIA, DEBEMOS TOMAR EN CUENTA ALGUNOS FACTORES QUE SON SUMAMENTE IMPORTANTES, PRIMERO UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y EXÁMENES RADIOGRÁFICOS.

EN EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PREQUIRÚRGICO DEBEMOS ESTUDIAR -- UNA SERIE DE PUNTOS MUY IMPORTANTES.

- 1.- EN EL PROCESO PERIAPICAL, DEBEMOS OBSERVAR LA CLASE DE EXTENSIÓN, PROCESO, LA RELACIÓN CON LAS FOSAS NASALES, CONDUCTOS U ORIFICIOS ÓSEOS Y CON LOS DIENTES VECINOS.
- 2.- ESTADO DE LA RAÍZ. DEBE SER OBSERVADO ANTES DEL ACTO OPERATORIO, AQUÍ PODEMOS ENCONTRAR UNA EXTENSIÓN DE CARIES QUE HA DESTRUIDO PARTE DE LA RAÍZ O PUEDE ENCONTRARSE SUMAMENTE ENSANCHADA POR TRATAMIENTOS ANTERIORES QUE LE DAN A LA RAÍZ -- GRAN FRAGILIDAD.

3.- EL ESTADO DEL PARODONTO ES IMPORTANTE PORQUE PODEMOS ESTU---
DIAR SU ESTADO Y ENCONTRAR EN OCASIONES REABSORCIONES O RE--
SORCIONES DE HUESO POR PARODONTOSIS.

LA ANESTESIA DEBE DAR SUFICIENTE TIEMPO PARA UN BUEN CAMPO-
OPERATORIO, COMO PARA PODER REALIZAR LA INTERVENCIÓN; LO PODEMOS
CONSEGUIR USANDO SOLUCIONES ANESTÉSICAS ADECUADAS AL CASO, CON -
VASO DILATADORES O VASO CONSTRICTORES COMO LA ADRENALINA Y EPINE
FRINA.

LA INCISIÓN SE DEBE EFECTUAR CUMPLIENDO LOS REQUISITOS NECE
SARIOS EN LA CIRUGÍA BUCAL QUE SON LOS SIGUIENTES:

FÁCIL EJECUCIÓN, AMPLIA VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO, QUE --
QUEDE LO SUFICIENTE ALEJADO DE LA BRECHA ÓSEA COMO PARA QUE LOS-
BORDES DE LA HERIDA NO SEAN TRAUMATIZADOS Y LESIONADOS DURANTE -
LA OPERACIÓN, Y UNA VEZ TERMINADA ESTA, PERMITIR COACTACIÓN DE -
LOS LABIOS DE LA HERIDA Y ASÍ PODER SUTURAR SOBRE HUESO SANO.

EXISTEN MUCHAS FORMAS DE REALIZAR LA INCISIÓN COMO:
INCISIÓN DE WASSMUND.

ES UNA INCISIÓN QUE NOS DA ÉXITO EN LA APICECTOMÍA DE LOS -
DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR. SE REALIZA DE LA SIGUIENTE MANE-
RA: CON UN BISTURÍ DE HOJA CORTA NÚMERO X, SE EMPIEZA LA INCI---
SIÓN A NIVEL DEL SURCO VESTIBULAR Y DESDE EL ÁPICE DEL DIENTE --
VECINO AL QUE VAMOS A INTERVENIR, LLEVANDO PROFUNDAMENTE ÉSTE --
INSTRUMENTO HASTA HUESO, PARA SECCIONAR MUCOSA Y PERIOSTIO, LA -
INCISION DESCIENDE HASTA EL SURCO VESTIBULAR, TERMINANDO A NIVEL

DEL ÁPICE DEL DIENTE VECINO DEL OTRO LADO.

EN CASO DE APICECTOMÍAS DE DOS O MÁS DIENTES, SE AMPLÍA EL LARGO DE LA RAMA HORIZONTAL DE LA INCISIÓN EN LA MEDIDA NECESARIA.

INCISIÓN DE PARTSCH.

CON ÉSTA INCISIÓN TENEMOS ÉXITO EN LA APICECTOMÍA DE LOS DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR.

SE LOCALIZA EL DIENTE QUE SE VA A OPERAR, A ESTA ALTURA HACEMOS UNA INCISIÓN EN FORMA DE MEDIA LUNA. LA INCISIÓN DE PARTSCH Y LA DE WASSMUND ESTÁN INDICADAS CUANDO EL DIENTE QUE SE VA A INTERVENIR ES PORTADOR DE UNA CORONA DE PORCELANA O DE CUALQUIER TIPO DE PRÓTESIS, YA QUE CON ESTE TIPO DE INCISIONES NO CORREMOS EL RIESGO DE QUE EXISTA RETRACCIÓN GINGIVAL Y DEJE AL DESCUBIERTO LA RAÍZ, CON SUS CONSECUENTES TRASTORNOS ESTÉTICOS.

INCISIÓN DE NEWMANN.

ES USADA CON BASTANTE FRECUENCIA EN TODOS LOS CASOS, EXCEPTUANDO LAS APICECTOMÍAS EN DIENTES PORTADORES DE CORONAS FUNDAS; PUES COMO YA SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE PUEDE CAUSAR RETRACCIÓN GINGIVAL.

SE REALIZA DESDE EL SURCO GINGIVAL HASTA EL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA FESTONEANDO LOS CUELLOS DE LOS DIENTES Y SECCIONANDO LAS LENGUETAS GINGIVALES.

TIENE DOS INCISIONES VERTICALES, QUE VAN DEL SURCO VESTIBULAR A LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. ESTA INCISIÓN NOS DA UNA -- PERFECTA VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO, NOS SIRVE PARA REALIZAR -- DOS O MÁS APICECTOMÍAS A LA VEZ Y LA CICATRIZACIÓN ES MAS PER--- FECTA Y NO DEJA HUELLAS.

EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE HARÁ HABIENDO REALIZADO - LA INCISIÓN, ESTO SE EFECTÚA CON UNA LEGRA, PERIOSTOTOMO O ESPÁ-TULA DE FREER, CON MOVIMIENTOS DE MUÑECA, SE SEPARA LA MUCOSA Y- EL PERIOSTIO SUBYACENTE, DETENIÉNDOLO CON SEPARADOR DE FARABEU,- DE LANGEBECK O MEAD O SIMPLEMENTE CON UN INSTRUMENTO ROMO.

EL COLGAJO DEBE DE ESTAR SOSTENIDO PERFECTAMENTE POR UN PUN- TO DE SUTURA PARA QUE HAYA UNA VISIÓN MEJOR DEL CAMPO OPERATORIO

LA OSTEOTOMÍA SE HARA PRIMERAMENTE SABIENDO CON EXACTITUD A QUE ALTURA ESTÁ EL ÁPICE Y ÉSTO LO LOGRAMOS MEDIANTE EL EXAMEN - RADIOGRÁFICO QUE NOS DARÁ EL TAMAÑO EXACTO DE LA RAÍZ.

TAMBIÉN CONTAMOS CON APARATOS LLAMADOS LOCALIZADORES, PARA- DETERMINAR EL LUGAR DE LA UBICACIÓN DEL ÁPICE.

TENEMOS TAMBIÉN OTRO MÉTODO QUE CONSISTE EN INTRODUCIR UN - ALAMBRE EN FORMA DE V EN EL CONDUCTO, APLICANDO EL EXTREMO LIBRE SOBRE LA SUPERFICIE ÓSEA, DICHO EXTREMO DE LA COLOCACIÓN DEL ÁPI- CE; O POR MEDIO DEL AGUJERO NUTRICIO O BIEN CUÁNDO YA HAY PÉRDI- DA DE HUESO.

LA OSTEOTOMÍA SE LLEVA A CABO CON FRESAS QUIRURGICAS DE BO-

LA Y DE FISURA; EL SECCIONAMIENTO DEL ÁPICE RADICULAR SE HARÁ A NIVEL DEL HUESO SANO, CON UNA FRESA DE FISURA DIRIGIENDO EL CORTE EN BISEL CON RELACIÓN A SU CARA ANTERIOR, PROCURANDO SECCIONAR LA TOTALIDAD DEL ÁPICE.

DURANTE EL SECCIONAMIENTO DEL ÁPICE SE DEBE CONTENER EL DIENTE PARA EVITAR MOVIMIENTOS EXAGERADOS QUE PODRÍAN OCASIONAR SU -- FRACTURA.

UNA VEZ REALIZADO EL SECCIONAMIENTO HAY QUE VERIFICAR QUE NO QUEDEN ARISTAS, LAS CUALES EN CASO DE EXISTIR SE QUITARÁN CON UNA FRESA DE BOLA.

POSTERIORMENTE SE PROCEDERÁ AL RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL CON EL OBJETO DE ELIMINAR TODO PROCESO PATOLÓGICO EVITANDO -- ASÍ ALGUNA REACCIÓN POSTOPERATORIA. PARA OBTENER UNA BUENA LIMPIEZA DE LA CAVIDAD ÓSEA, USAREMOS CUCHARILLAS MEDIANAS Y CON MOVIMIENTOS LEVES QUITAREMOS TODO EL TEJIDO GRANULOMATOSO; HAY QUETENER ESPECIAL CUIDADO DE ELIMINAR TODO ESTE TEJIDO DE LA PORCIÓN RETRORADICULAR, EL ESPACIO ENTRE LA RAÍZ DEL DIENTE Y LA DE LOS -- DIENTES VECINOS, LA ZONA ADHERIDA A LA FIBROMUCOSA PALATINA EN CA-- SO DE HABER DESAPARECIDO EL HUESO A ESTE NIVEL.

EN ALGUNAS OCASIONES EL ESPACIO ENTRE LAS RAÍCES ES MUY ESTRECHO, LO QUE NO NOS PERMITE EL ACCESO CON LA CUCHARILLA, PARA -- ESTE CASO USAREMOS UNA FRESA DE BOLA PEQUEÑA, PREVIA IRRIGACIÓN -- DE SUERO PARA QUITAR TODO EL TEJIDO PATOLÓGICO.

POSTERIORMENTE LAVAMOS LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO UTILIZANDO UN ATOMIZADOR Y SECAMOS CON UNA GASA.

MIENTRAS PROCEDEMOS A LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO ES BUENO LLENAR POR BREVES INSTANTES LA CAVIDAD ÓSEA CON GASA EN PEQUEÑOS TAPONES Y ASÍ LOGRAMOS QUE NO SE HUMEDezca EL CONDUCTO CON LA SÁLIDA DE LA SANGRE.

EL CONDUCTO RADICULAR, DEBE SER ENSANCHADO Y LIMADO PERFECTAMENTE, TAMBIÉN SE DEBE ESTERELIZAR YA QUE SI NO SE CUMPLE CON ---ESTE REQUISITO FRACASARÁ LA APICECTOMÍA, PUES EL MATERIAL NO SE ADO SARÍA A LAS PAREDES Y POR LO TANTO NO HABRÍA SELLADO PERFECTO.

EL ENSANCHAMIENTO DEL CONDUCTO SE REALIZA POR MEDIOS MECÁNICOS CON LOS ENSANCHADORES O ESCARIADORES SE UTILIZARÁN SIGUIENDO LA TÉCNICA COMO SE REALIZA EN UNA ENDODONCIA NORMAL, UTILIZAREMOS UN ENSANCHADOR #1 Y DESPUÉS LIMAREMOS CON UNA LIMA DEL MISMO NÚMERO.

SE INTRODUCE EL ENSANCHADOR AL CONDUCTO PROCURANDO QUE SEA -- DEL NÚMERO ADECUADO O DEL MISMO CALIBRE PARA DESPUÉS ESCOGER LA-- LIMA CORRESPONDIENTE Y SE PROCEDERÁ A LIMAR PERFECTAMENTE BIEN --QUITANDO TODAS LAS ASPEREZAS QUE EXISTAN; PARA LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO, UTILIZAMOS LA GUTAPERCHA (CONOS) Y CONO DE PLATA INDISTINTAMENTE.

SE LAVA EL CONDUCTO CON PUNTA DE PAPEL IMPREGNADA DE ANESTESIA, SE DESHIDRATA EL CONDUCTO CON PUNTAS DE PAPEL CON ALCOHOL Y-

AIRE CALIENTE, SE SECA COMPLETAMENTE RECORDANDO QUE SI NO QUEDA-- BIEN SECO, EL MATERIAL DE OBTURACIÓN NO SE ADOSARÁ A LAS PAREDES-- DEL CONDUCTO.

SE HA DICHO QUE SE DEBE EMPLEAR PARA LA OBTURACIÓN DEL CON-- DUCTO LA SIGUIENTE MEZCLA:

TIMOL 1g., YODOFORMO 2g., SULFATO DE BARIO 30g., OXIDO DE -- ZINC 10g Y SE MEZCLAN CON ACEITE DE PARAFINA Y MONOCLORAFENOL AL-- CANFORADO EN PARTES IGUALES HASTA OBTENER UNA PASTA ESPESA QUE SE LLEVA AL CONDUCTO LLENÁNDOLO, SE TOMA EL CONO DE PLATA O GUTAPER-- CHA SEGÚN LO REQUIERA EL CASO, CUYA LONGITUD Y DIÁMETRO YA LO HA-- BREMOS VERIFICADO PREVIAMENTE, SE INTRODUCE EL CONO CON BASTANTE-- FUERZA TRATANDO QUE SOBRESALGA POR EL ORIFICIO SUPERIOR DEL CON-- DUCTO.

TODOS LOS PASOS ANTERIORES SE EFECTÚAN POR EL ORIFICIO INFE-- RIOR DEL CONDUCTO. SE ESPERAN ALGUNOS MINUTOS PARA EL FRAGUADO-- DEL CEMENTO; SIN RETIRAR LAS GASAS QUE HACEN HEMOSTASIA EN LA CA-- VIDAD ÓSEA, DE LO CONTRARIO LA SANGRE PUEDE ENTRAR AL CONDUCTO -- INUTILIZÁNDOLO Y RESULTARÍA INÚTIL TODO EL TRATAMIENTO. MIENTRAS SE ESPERA EL FRAGUADO SE PUEDE PREPARAR UNA MEZCLA DE CEMENTO SIN YODOFORMO O CUALQUIER OTRO MATERIAL DE OBTURACIÓN PROVISIONAL,--- CON LO CUAL SE LLENA LA CAVIDAD CORONARIA.

SE VUELVE A LEVANTAR EL COLGAJO COLOCANDO EL SEPARADOR Y SE-- QUITA CON MUCHO CUIDADO LAS GASAS. PARA UN MEJOR SELLADO DEL --

CONDUCTO, DEBE EL CONO DE GUTAPERCHA SOBRESALIR HACIA LA CAVIDAD-ÓSEA, SE CORTARÁ CON UN INSTRUMENTO CALIENTE Y EN CASO DE QUE LA-OBTURACIÓN SEA CON PUNTA DE PLATA SE BRUÑE CON UNA FRESA DE FISURRA.

HOWE NOS DICE EN SU TÉCNICA QUE ES NECESARIO PINCELAR LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ CON NITRATO DE PLATA AMONICAL, PARA ESTERILIZAR LA SALIDA DE LOS CONDUCTILLOS RADICULARES.

LA SUTURA SE DEBE DE HACER CON PEQUEÑAS AGUJAS ATRAUMÁTICAS, LAS QUE SE MANEJAN CON PINZAS PORTAAGUJAS; EL MATERIAL DE SUTURASERÁ SEDA 000.

ANTES DE HACER LA SUTURA DEBEMOS RASPAR LIGERAMENTE EL FONDO Y LOS BORDES DE LA CAVIDAD PARA QUE ÉSTA SE LLENE DE SANGRE.

EL COÁGULO ES EL MATERIAL QUE ORGANIZA LA NEOFORMACIÓN ÓSEA.

EL POSTOPERATORIO SE REDUCE A COMPRESAS FRÍAS Y CALIENTES, -ANALGÉSICOS COMUNES EN CASO DE DOLOR; LOS PUNTOS DE SUTURA SE HARÁN AISLADOS Y SE RETIRARÁN APROXIMADAMENTE A LOS 4 DÍAS DESPUÉS-DE LA INTERVENCIÓN.

A) ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMÍA.

LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES SE DEBEN A LA MALA ELECCIÓN -- DEL CASO Y A LA DEFICIENTE TÉCNICA OPERATORIA.

A CONTINUACIÓN ENUMERAREMOS LOS FACTORES QUE OCASIONAN CON -- MÁS FRECUENCIA FRACASOS EN ESTA INTERVENCIÓN.

- 1.- INSUFICIENTE RESECCIÓN DEL ÁPICE RADICULAR.
- 2.- INSUFICIENTE RESECCIÓN DEL PROCESO PERIAPICAL.
- 3.- LESIÓN DE LOS DIENTES VECINOS.
- 4.- FRACTURA O LUXACIÓN DEL DIENTE EN TRATAMIENTO.
- 5.- PERFORACIÓN DE LA TABLA ÓSEA LINGUAL O PALATINA.
- 6.- LESIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS ADYACENTES.

- a) PERFORACIÓN DEL PISO DE LAS FOSAS NASALES.
- b) PERFORACIÓN DEL SENOS MAXILAR.
- c) LESIÓN DE VASOS Y NERVIOS PALATINOS ANTERIORES.
- d) LESIÓN DE LOS VASOS Y NERVIOS MENTONIANOS.

- 7.- EL DIENTE APICECTOMIZADO SE DEBE VERIFICAR CON SU ANTAGONISTA PARA DESGASTARLO CON PIEDRAS PARA EVITAR EL TRAUMA OCLUSAL, - EN CASO QUE HAYA MORDIDA CRUZADA O DE BORDE A BORDE.

ALVEOLECTOMÍA.

ALVEOLO TOMÍA.

LA ALVEOLECTOMÍA ES LA ELIMINACIÓN DEL PROCESO ALVEOLAR POR MEDIOS QUIRÚRGICOS.

LA ALVEOLO TOMÍA ES EL CORTE QUE SE EFECTÚA DENTRO DEL PROCESO ALVEOLAR. SE REALIZA EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN DE LOS - DIENTES RETENIDOS, RAICES O EXPOSICIÓN DE QUISTES.

LAS DIFERENCIAS ENTRE ALVEOLO TOMÍA Y ALVEOLECTOMÍA SON:

EL TÉRMINO ALVEOLECTOMÍA SE APLICA A TODA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS BORDES ALVEOLARES CUANDO YA SE HAN EXTRAÍDO TODOS LOS

DIENTES.

LA ALVEOLOMÍA SE APLICA A LA EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE:

- a) DIENTES RETENIDOS EN EL PROCESO ALVEOLAR, SUP. E INFERIOR
- b) RAÍCES.
- c) ÁREAS RESIDUALES.
- d) QUISTES.

LOS OBJETIVOS DE LA ALVEOLECTOMÍA Y ALVEOLOMÍA SON:

1.- PARA CORREGIR ANORMALIDADES Y DEFORMIDADES DE LOS BORDES ALVEOLARES QUE INTERFIERAN CON LA CORRECTA ADAPTACIÓN DE LAS DENTADURAS ARTIFICIALES Y ALGUNOS OTROS APARATOS.

2.- ELIMINAR LAS PROMINENCIAS AGUDAS DEL PROCESO ALVEOLAR -- QUE A VECES ORIGINA NEURALGIAS FACIALES O DOLOR LOCALIZADO.

3.- PARA HACER APICECTOMÍAS.

4.- PARA ELIMINAR HUESO INTERCEPTAL CUANDO SE HACEN GINGI--- VECTOMÍAS, EL HUESO INTERCEPTAL SE ELIMINA CON LIMAS.

5.- PARA REDUCIR TUBEROSIDADES.

6.- PARA EXPONER ÁREAS QUISTICAS.

7.- PARA EXPONER DIENTES O RAÍCES RETENIDOS.

CAPÍTULO III
TÉCNICA DE LA ALVEOLECTOMÍA
CON FINES PROTÉSICOS.

LA ALVEOLECTOMÍA EN LA EXODONCIA CON EL FIN DE PREPARAR UN --- MAXILAR PARA LA PRÓTESIS, PUEDEN HACERSE EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA ARCADA O DE OTRO MODO DIVIDIR LA OPERACIÓN EN DOS O TRES ZONAS. ÉSTOS PROCEDIMIENTOS ESTÁN EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE DIENTES A EXTRAERSE Y EL ESTADO DEL PACIENTE. EN GENERAL PREFERIMOS DIVIDIR LA ARCADA SUPERIOR EN TRES SEGMENTOS.

UN SEGMENTO POSTERIOR IZQUIERDO QUE TIENE LOS MISMOS LÍMITES - QUE EL ANTERIOR Y UN SEGMENTO ANTERIOR COMPRENDIDO ENTRE CANINO Y - CANINO, EL CUAL SI NO SE Oponen razones especiales, LE REALIZAMOS - EL TRATAMIENTO DE PRÓTESIS INMEDIATA; IGUALES CONSIDERACIONES HAY - QUE HACER PARA EL MAXILAR INFERIOR, UN SEGMENTO POSTERIOR DERECHO QUE SE EXTIENDE DEL ESPACIO INTERDENTARIO, EL CANINO Y PRIMER PREMO LAR HACIA ATRÁS.

EL INSTRUMENTAL PARA LA ALVEOLECTOMÍA ES EL SIGUIENTE:

BISTURI DE BARD PARKER #15 Y 12.

ELEVADOR DE PERIOSTIO, ASPIRADOR QUIRÚRGICO.

HEMOSTATOS PEQUEÑOS, ESPÁTULAS DE FREER.

CURETAS, LIMAS PARA HUESO.

GUBIAS CON AMBOS BORDES Y EXTREMOS CORTANTES.

PINZAS, TIJERAS CURVAS, FORCEPS PEQUEÑOS.

MATERIAL DE SUTURA, SEDA 000 O CATGUT 000

AGUJAS CURVAS ATRAUMÁTICAS PARA SUTURA NO. 18 J, PORTAAGUJAS

PINZAS DE MOSCO.

PASOS A SEGUIR EN LA INTERVENCIÓN:

HISTORIA CLÍNICA, EXÁMENES DE LABORATORIO, ANESTESIA, RADIOGRAFÍAS, EN EL CASO QUE LAS EXTRACCIONES SEAN RECIENTES, HAY QUE CONTROLAR SI SE HA REALIZADO ADECUADAMENTE UNA DEBRIDACIÓN DESDE LA LÍNEA GINGIVAL HASTA UNA PROFUNDIDAD DE 10mm. COMO MÍNIMO, CIR CUNDANDO TODA LA PIEZA.

ESTAR SEGUROS DE QUE LA INCISIÓN SEA DE PERIOSTIO Y MANTENER LO EN POSICIÓN CON EL DEDO ÍNDICE DE LA MANO IZQUIERDA, O CON HEMOSTATOS LOS PINZADOS EN EL BORDE O CON RETRACTORES DE TEJIDO, -- USAR EL ASPIRADOR QUIRÚRGICO QUE NOS SERVIRÁ PARA SACAR LA SANGRE EL CUAL DEBERÁ USARSE DURANTE TODA LA OPERACIÓN.

COLOQUESE UN BORDE DE LA GUBIA SOBRE LA CRESTA Y EL OTRO POR ABAJO DE LA PROTUBERANCIA A EXTRAER, EMPEZANDO EN LA PARTE CENTRAL ANTERIOR Y DIRIGIÉNDOSE HACIA DISTAL SOBRE EL LADO EXPUESTO DEL BORDE.

LIBERESE LA MEMBRANA MUCOPERIÓSTICA DE LA MEMBRANA ALVEOLAR-- LLEVÁNDOLA HACIA LINGUAL. ESTE PROCEDIMIENTO PERMITIRÁ VER MU--

CHAS PROYECCIONES ÓSEAS INTERCEPTALES.

ELIMINENSE ESTAS PROMINENCIAS OSEAS CON LA GUBIA.

ALISENSE LA SUPERFICIE CON LA LIMA PARA HUESO, SOSTENGASE LA - LIMA EN LA MISMA POSICIÓN QUE UN ESCOPIO RECTO Y LIMENSE PEQUEÑAS - ZONAS CON MOVIMIENTOS DE TRACCIÓN.

DEBERAN EXPLORARSE LOS ALVEOLOS CON UNA CURETA ELIMINANDO LAS- ESQUIRLAS OSEAS O RESTOS DE HUESOS Y DIENTE. OBTURACIONES QUE PUDIE- RON HABER CAIDO AL ALVEOLO.

BAJESE EL COLGAJO COLOCÁNDOLO EN POSICIÓN SOBRE EL BORDE CON - EL DEDO ÍNDICE MOJADO, EL COLGAJO SERÁ MÁS LARGO QUE LO DEBIDO POR- LA ELIMINACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO.

QUITESE LO QUE SOBRE DE TEJIDO MUCOSO CON LAS TIJERAS.

AL COLOCAR EL COLGAJO SOBRE EL HUESO, PÁSESE EL DEDO ÍNDICE SO BRE EL MISMO PARA DETERMINAR SI TODAVÍA EXISTEN PROMINENCIAS, LAS - QUE SE ELIMINARÁN CON LA LIMA.

SE SUTURA EL COLGAJO CON PUNTOS AISLADOS; EN CIERTAS OCASIONES HABRÁ NECESIDAD DE HACER SUTURAS ADICIONALES.

- A) LEVÁNTESE EL LABIO Y TIRESE DE ÉL, SI EL COLGAJO SE DESPLAZA IN- DICA QUE HAY QUE COLOCAR MÁS SUTURA.
- B) LA SUTURA SE HARÁ DEL COLGAJO FLOJO AL EXTREMO FIJO.

EN EL POSTOPERATORIO ES RECOMENDABLE NO INGERIR IRRITANTES DE-

NINGUNA ESPECIE, COLOCAR COMPRESAS DE AGUA FRÍA Y CALIENTE DURANTE 15 MINUTOS, EL PRIMER DÍA SE COLOCARAN FRÍAS Y EN EL SEGUNDO CALIENTES. EVITAR CHUPARSE LA BOCA, USAR ANTIBIOTICOS Y ANALGÉSICOS EN CASO NECESARIO, NO HACER COLUTORIOS.

DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS.

TAMBIÉN SE LES CONOCE CON EL NOMBRE DE INCLUSIONES O RETENCIONES, AL ESTADO APARENTE DE LA DENTICIÓN INCOMPLETA; DEBE ENTENDERSE POR RETENCIÓN QUE LA CORONA SE ENCUENTRE TOTALMENTE RODEADA POR HUESO Y PARTES BLANDAS O SOLAMENTE POR ÉSTAS ÚLTIMAS.

CUANDO UN DIENTE NO EMERGE EN LA BOCA, MÁS QUE EN UNA PEQUEÑA-PORCIÓN DE CORONA, Y PERSISTE CONSTANTEMENTE EN ESA POSICION PRIMARIA DEL GERMEN DEL DIENTE ENTORPECIENDO LA ERUPCIÓN DENTARIA, POR EJEMPLO, POR EFECTO DE LA DEFORMACIÓN DEL GERMEN DENTARIO O POR --- TRASTORNO EN EL PERÍODO DE DESARROLLO DEL DIENTE, POR EFECTO DE --- DIENTES SUPERNUMERARIOS, ESPECIALMENTE EN LA REGIÓN MESIAL SUPERIOR ECTOPIA DEL GERMEN DENTARIO YA SEA POR TUMORES Y EN ALGUNAS OCASIONES POR HERENCIA. COALESCENCIA ENTRE EL DIENTE Y EL HUESO, TRASTORNOS EN EL DESARROLLO Y POR QUISTES.

CAUSAS LOCALES, GENERALES Y SISTEMÁTICAS.

A) LAS CAUSAS LOCALES SON: POSICIÓN ANORMAL DEL GERMEN DENTARIO. - PERMANENCIA EXCESIVA DE LA PRIMERA DENTICIÓN, POSICIÓN IRREGULAR DE LOS DIENTES ADYACENTES, HUESO ALVEOLAR MUY DENSO, MEMBRANA MUCOSA MUY DENSA DEBIDA A INFLAMACIONES CRÓNICAS.

B) LAS CAUSAS GENERALES SON:

PRENATALES, COMO LA HERENCIA, MEZCLAS RACIALES, SÍFILIS, TUBERCULOSIS Y DESNUTRICIÓN.

POSNATALES, QUE SON CAUSAS QUE INTERFIEREN CON EL DESARROLLO NORMAL DEL INDIVIDUO: RAQUITISMO, ANEMIA, SÍFILIS HEREDITARIA, TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES EXANTEMATOSAS, FALTA DE ESPACIO EN LOS --- MAXILARES POCO DESARROLLADOS, ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES Y TEJIDOS VECINOS.

EN ALGUNAS OCASIONES TAMBIÉN SE PRESENTAN CONDICIONES UN TANTO RARAS QUE NOS PERMITIREMOS MENCIONAR: DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL (OSIFICACIÓN INCOMPLETA Y RETARDADA DEL ESQUELETO, ASÍ COMO LA AUSENCIA DE CLAVICULAS Y DENTICIÓN RETARDADA Y DEFECTUOSA), OXICEFALIA (CABEZA DE CONO), PROGERIA (APARIENCIA DE ANCIANO, AÚN SIENDO NIÑO), --- ACONDROPLASIA (ENANISMO POR DEFICIENCIA EN EL CRECIMIENTO ÓSEO) Y--- FISURA PALATINA QUE EN ALGUNAS OCASIONES SE PRESENTA AUNADO AL LABIO HENDIDO (LEPORINO).

PARA UNA MEJOR COMPRENSIÓN Y DE ACUERDO A SU IMPORTANCIA, SE HAN DIVIDIDO LOS DIENTES INCLUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

- a) CANINOS SUPERIORES.
- b) 3os. MOLARES INFERIORES.
- c) 3os. MOLARES SUPERIORES.
- d) PREMOLARES INFERIORES.
- e) CANINOS INFERIORES.

PERO A SU VEZ LOS DIVIDIMOS SOLAMENTE EN TRES GRANDES GRUPOS:

A) EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
RETENIDOS.

INFERIORES
SUPERIORES

B) EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS.

SUPERIORES
INFERIORES

C) EXTRACCIÓN DE MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN ZONAS DESDENTADAS.

EN CUANTO A LOS PREMOLARES COMO SON LOS MENOS FRECUENTES HAREMOS SOLAMENTE UNA LIGERA MENCIÓN AL TERMINAR ESTE CAPÍTULO.

EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

LOS TERCEROS MOLARES SON LOS QUE GENERALMENTE SE ENCUENTRAN -- INCLUIDOS CON FRECUENCIA EN LA CAVIDAD BUCAL; SIENDO A SU VEZ LOS - TERCEROS MOLARES INFERIORES LOS QUE OCUPAN UN MAYOR PORCENTAJE DE - SÍ MISMOS.

PARA PODER REALIZAR LA INTERVENCIÓN, SERÁ NECESARIO PRIMERAMENTE HACER UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO, HISTORIA CLÍNICA, EXAMEN DE LABORATORIO A FONDO PARA PODER CLASIFICAR LA PIEZA INCLUIDA, DE ACUERDO A SU POSICIÓN Y SU RELACIÓN ENTRE ÉL MISMO Y EL HUESO CIRCUNDANTE.

LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN SUGERIDA POR PELL Y GREGORY, QUE INCLUYE UNA PARTE DE LA CLASIFICACIÓN DE GEORGE WINTER ES:

CLASE I.- VERTICAL, LA DISTANCIA DEL SEGUNDO MOLAR AL BORDE ANTE---RIOR DE LA RAMA DEL MAXILAR.

- a) LA DISTANCIA DEL SEGUNDO MOLAR A LA RAMA ASCENDENTE DEL -
MAXILAR ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DEL TERCER -
MOLAR INCLUIDO.
- b) LA DISTANCIA DEL SEGUNDO MOLAR A LA RAMA ASCENDENTE DEL -
MAXILAR ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DEL DIENTE -
INCLUIDO.
- c) CUANDO EL TERCER MOLAR INCLUIDO SE ENCUENTRA EN CUALQUIER
PUNTO DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR.

CLASE II HORIZONTAL.- TOMANDO EN CUENTA LA PROFUNDIDAD DEL DIENTE
INCLUIDO EN EL HUESO.

- a) CUANDO EL DIENTE INCLUIDO SE ENCUENTRA POR ABAJO DE LA LÍ
NEA OCLUSAL PERO POR ARRIBA DE LA LÍNEA CERVICAL.

CLASE III.- EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE INCLUIDO, SE ENCUENTRA
EN FORMA VARIABLE EN RELACIÓN AL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO MO-
LAR.

- a) HORIZONTAL.- CUANDO EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE IN----
CLUÍDO ES PERPENDICULAR AL EJE LONGITUDINAL DEL SEGUNDO -
MOLAR.
- b) INVERTIDO.- CUANDO LA CORONA DEL DIENTE INCLUIDO ESTÁ DI-
RIGIDA HACIA LA APÓFISIS BASILAR Y LA RAÍZ ESTÁ DIRIGIDA-
HACIA LA APÓFISIS ALVEOLAR.
- c) MESIO ANGULAR.- CUANDO EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE IN-
CLUÍDO FORMA CON SU HOMÓLOGO (SEGUNDO MOLAR) UN ÁNGULO VA
RIABLE POR SU CARA MESIAL.

- d) DISTO ANGULAR.- CUANDO LA CORONA DEL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA DIRIGIDA HACIA EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR GUARDANDO UNA POSICIÓN VARIABLE.
- e) BUCO ANGULAR.- CUANDO EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE INCLUIDO ES PERPENDICULAR AL PLANO EN QUE ESTAN ORIENTADOS EL 2o. Y 1er. MOLAR, CON LA CORONA DIRIGIDA HACIA BUCAL.
- f) LINGÜO ANGULAR.- CUANDO EL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE INCLUIDO SE ENCUENTRA PERPENDICULAR EN EL PLANO QUE ESTÁN ORIENTADOS EL 2o. Y 1er. MOLAR Y CON LA CORONA DIRIGIDA HACIA LINGUAL; SIENDO LA POSICIÓN DE SUS RAÍCES DIVERGENTE, O BIEN FUSIONADAS Y DIRIGIDAS YA SEA A MESIAL O DISTAL.

CLASE IV.- ESTA BASADA EN LA PROXIMIDAD DEL DIENTE INCLUIDO AL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

CLASE V.- CUANDO EL DIENTE INCLUIDO NO PRESENTA NINGUNA DE LAS POSICIONES YA MENCIONADAS. AUNQUE EN CUALQUIERA DE ESTAS POSICIONES TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR, CON DESVIACIÓN BUCAL, DESVIACIÓN LINGUAL, O BIEN CON TORSIÓN.

UNA VEZ CONCLUIDA LA CLASIFICACIÓN SE PROCEDERÁ A TOMAR EN CUENTA ALGUNOS FACTORES QUE PUDIERAN COMPLICAR LA EXTRACCIÓN Y SON LOS SIGUIENTES:

- 1.-- CURVATURA ANORMAL DE LAS RAÍCES.
- 2.-- HIPERCEMENTOSIS.
- 3.-- PROXIMIDAD DEL CONDUCTO DENTARIO A SUS RAÍCES.

- 4.- GRAN DENSIDAD OSEA SOBRE TODO EN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA.
- 5.- ESPACIO FOLICULAR LLENO DE HUESO O CEMENTO, POR LO REGULAR OBSERVABLE EN LOS PACIENTES ANCIANOS.
- 6.- OCASIONALMENTE, LAS CORONAS DE LOS DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES ANCIANOS SON PARCIALMENTE REABSORVIDAS POR ACTIVIDAD OSTEOBLÁSTICA Y LUEGO LA SUPERFICIE EROSIONADA ES LLENADA CON HUESO POR ACTIVIDAD OSTEOBLÁSTICA, SIENDO EL RESULTADO UNA ANQUILOSIS ENTRE DIENTE Y HUESO QUE OCUPA UNA REMOCIÓN COMPLETA DE TODO EL HUESO ALREDEDOR DE LA CORONA ANTES QUE EL DIENTE PUEDA SER LUXADO O DIVIDIDO CON FRESA.
- 7.- ACCESO DIFÍCIL EN CAMPO OPERATORIO CAUSADO POR EL MÚSCULO ORBICULAR PEQUEÑO DE LOS LABIOS, INCAPACIDAD PARA ABRIR BIEN LA BOCA O BIEN POR LA LENGUA GRANDE E INCONTROLABLE.

EL PASO SIGUIENTE SERÁ EL PLANEAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATORIO.

- 1.- DETERMINAR CUIDADOSAMENTE SI LAS RADIOGRAFÍAS MUESTRAN EL TAMAÑO Y FORMA EXACTA DEL DIENTE INCLUIDO, TAMAÑO Y CURVATURA DE LAS RAÍCES, ASÍ COMO TAMBIÉN LA CORONA Y ESTRUCTURAS VITALES ADYACENTES.
- 2.- CLASIFICACIÓN DE LA RETENCIÓN.
- 3.- DETERMINAR LA CANTIDAD DE HUESO QUE RECUBRE AL DIENTE Y QUE DEBE SER REMOVIDO.
- 4.- ESTUDIO RADIOGRÁFICO OCLUSAL PARA ESTABLECER LA RELACIÓN BUCOLINGUAL DEL DIENTE.
- 5.- EXAMEN DE LAS RAÍCES CON RESPECTO A LA PROXIMIDAD DEL CONDUCTO---

TO DENTARIO INFERIOR.

- 6.- BOSQUEJO DE LA INCISIÓN A REALIZAR, TOMANDO EN CUENTA UNA EXPOSICIÓN ADECUADA, IRRIGACIÓN Y MANTENIMIENTO Y SOPORTE DEL-- COLGAJO ANTES, DESPUÉS Y DURANTE LA INTERVENCIÓN. PARA EL CASO DE ENCONTRAR MÚSCULOS Y NO DAÑARLOS.
- 7.- DECIDIR DE QUE MANERA PODRÁ SER EXTRAÍDO EL DIENTE, YA SEA -- POR ODONTOSECCIÓN, OSTEOTOMÍA CIRCUNDANTE O BIEN UNA COMBINACIÓN DE AMBAS; TOMANDO EN CUENTA LA CANTIDAD DE HUESO QUE HAY QUE QUITAR.
- 8.- DETERMINAR LA DIRECCIÓN DE ELEVACIÓN DEL DIENTE INCLUIDO.
- 9.- DETERMINAR EL MEJOR MÉTODO PARA LA REMOCIÓN DE HUESO.
10. SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO.
11. SECUENCIA A SEGUIR DURANTE LA INTERVENCIÓN.

INCISIÓN
OSTEOTOMÍA
ODONTOSECCIÓN
EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

ANTES DE PROCEDER ASI A LA INTERVENCIÓN, DEBEMOS TENER UN -- PERFECTO CONTROL DEL PACIENTE EN CUANTO A SU ESTADO GENERAL Y --- PARA ELLO SE REQUERIRÁ DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EXÁMENES- DE LABORATORIO Y EXAMEN RADIOGRÁFICO.

LA ANESTESIA DE ELECCIÓN SERÁ REGIONAL, EN ÉSTOS CASOS EN -- PARTICULAR SERA EN EL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR, RAMA DEL NERVIO - MAXILAR INFERIOR.

DESPUÉS SE PROCEDERÁ A LA PRÁCTICA DE LA INCISIÓN, QUE DEBE-
ESTAR CONDICIONADA POR EL TIPO DE RETENCIÓN, SIENDO PARTIDARIA DE
LAS INCISIONES AMPLIAS QUE PERMITEN UN EXTENSO COLGAJO QUE DESCU-
BRA CON HOLGURA EL HUESO A RESECAR.

CON RESPECTO A LAS INCISIONES PEQUEÑAS E INSUFICIENTES ORIGI-
NAN MÁS MOLESTIAS QUE VENTAJAS Y SIENDO ÉSTA YA DE POR SÍ UNA IN-
TERVENCIÓN TRAUMÁTICA, LO SERÁ MENOS SI SE TIENE SUFICIENTE CAMPO
OPERATORIO.

AHORA BIEN EL TIPO COMÚN DE INCISIÓN ES LA ANGULAR, TRAZÁNDO
SE UNA DE SUS RAMAS EN EL CENTRO DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MO-
LAR Y EXTENDIÉNDOSE HACIA ATRÁS; VARIANDO SU LONGITUD DE ACUERDO-
AL TIPO DE RETENCIÓN. LA OTRA RAMA DE LA INCISIÓN SE INICIA EN-
EL MISMO PUNTO DE LA CARA DISTAL O EN LA PORCIÓN DISTAL DEL BORDE
GINGIVAL, DIRIGIÉNDOSE HACIA ABAJO, ADELANTE Y AFUERA, EN UNA EX-
TENSIÓN APROXIMADA DE UN CENTÍMETRO.

ESTA SEGUNDA RAMA DE LA INCISIÓN ES NECESARIA PARA NO LACE--
RAR EL TEJIDO GINGIVAL, EN EL ACTO DE APLICAR LOS ELEVADORES.

YA QUE EN CASO DE QUE SE LLEGARA A LESIONAR EL TEJIDO GINGI-
VAL, LLEGADO EL TÉRMINO DE LA INTERVENCIÓN, PODRÍA SER UNA FUENTE
DE INFECCIÓN POSTOPERATORIA.

EN LAS RETENCIONES ANGULARES MESIALES U HORIZONTALES EL COL-
GAJO PUEDE SER MAYOR; EN TAL CASO LA SEGUNDA INCISIÓN SE REALIZA-
EN EL ANGULO MESIOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR Y SE EXTIENDE TAMBIÉN -

HACIA ABAJO Y AFUERA. EL TEJIDO GINGIVAL DEBE EN ESTE CASO SER-
DESPRENDIDO DE LAS CARAS BUCAL Y DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

LA OSTEOTOMÍA O ELIMINACIÓN DEL HUESO DEBERÁ HACERSE CON INS-
TRUMENTOS DE WINTER, OSTEOTOMO Y FRESAS; LA EXTRACCIÓN PROPIAHEN-
TE DICHA SERÁ LA ELIMINACIÓN DEL MOLAR RETENIDO UNA VEZ PRACTICA-
DA LA OSTEOTOMÍA SE REALIZARÁ CON PALANCAS APROPIADAS, TOMANDO --
PUNTOS DE APOYO ÓSEOS.

LA PALANCA EJERCIDA EN ÉSTOS CASOS HA SIDO COMPARADA COMO --
UNA PALANCA DE SEGUNDO GRADO.

EN CUANTO AL PUNTO DE APOYO, ESTÁ DESTINADO A APLICARSE POR-
LO GENERAL POR EL LADO INFERIOR O BASE DEL TRIÁNGULO INTERDENTA--
RIO, DEPENDIENDO DE LA FORMA EN QUE SE APLIQUE EL ELEVADOR; AUN--
QUE TAMBIÉN SE PUEDE USAR COMO PUNTO DE APOYO EL BORDE BUCAL DEL-
MAXILAR.

LA POTENCIA EMPLEADA DEBE SER TAMBIÉN CONSIDERADA PARA EVI--
TAR LA FRACTURA DEL TERCER MOLAR EN CUESTIÓN O EL MAXILAR, PARA -
ELLO DEBEMOS REALIZAR UNA AMPLIA RESECCIÓN ÓSEA CON EL FIN DE DIS-
MINUIR LA FUERZA.

EN CUANTO A LA RESISTENCIA QUE PRESENTE EL DIENTE, SE DEBE--
TOMAR EN CUENTA ÉSTOS FACTORES: FORMA, DISPOSICIÓN DEL DIENTE, --
CANTIDAD DE HUESO CIRCUNDANTE, PARA ELLO HABREMOS DE REALIZAR MA-
YOR CANTIDAD DE OSTEOTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN.

LOS ELEVADORES A ELECCION SERÁN LOS DE WINTER O LOS DE BARRY

FORCEPS PARA TERCEROS MOLARES Y FRESAS DE CARBURO Y DE TUGSTENO.

AHORA DEMOSTRAREMOS DOS DE LAS TECNICAS MÁS IMPORTANTES ENCUANTO A LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES.

EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO CLASE III -- POSICIÓN DISTOANGULAR.

SE OBSERVARÁ DETENIDAMENTE LA CAVIDAD ORAL Y MUY ESPECIAL--- MENTE LA MUCOSA, TANTO EN LAS CERCANÍAS DEL SEGUNDO MOLAR COMO EN EL TEJIDO ADYACENTE; SE PROCEDERÁ A REALIZAR LA INCISIÓN, CON UN-BISTURÍ DE PUNTA CURVA, LA INCISIÓN VA DE LA RAMA ASCENDENTE DEL-MAXILAR A LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LUEGO SE PROCEDERÁ A-REALIZAR LA SEGUNDA INCISIÓN QUE IRÁ DE LA CARA DISTAL DEL PRIMER MOLAR (ALGUNAS VECES HASTA SEGUNDO PREMOLAR) HASTA FONDO DE SACO-NO OLVIDEMOS QUE LAS INCISIONES SE HARÁN DE UNA SOLA INTENCIÓN PA-RA OBTENER BORDES LISOS.

SE PROCEDERÁ LUEGO AL LEGRADO TENIENDO CUIDADO DE NO DESGA--RRAR EL TEJIDO; ÉSTE SE LLEVARÁ A CABO CON UNA LEGRA, POSTERIOR--MENTE SE REALIZARÁ LA REMOCIÓN DE HUESO QUE SE LLEVA A CABO CON -UNA FRESA DE BOLA DE CARBURO O DE TUGSTENO QUIRÚRGICO, AL REALI--ZAR LA OSTEOTOMÍA SE DEBE IRRIGAR LA ZONA OPERATORIA CON AGUA BI-DESTILADA O SUERO FISIOLÓGICO.

SE HARÁN VARIOS ORIFICIOS EN EL HUESO CON LA FRESA DE BOLA Y LUEGO SE UNIRÁN CON UNA FRESA DE FISURA Y DESPEGANDO EL PEDAZO DE HUESO CORTADO PARA DEJAR EXPUESTO EL TERCER MOLAR.

EL HUESO CORTADO SE RETIRA CON UN ELEVADOR DE BANDERA, CON UNA FRESA DE FISURA SE TRATARÁ DE SECCIONAR LA CORONA DEL MOLAR INCLUIDO, HACIENDO MOVIMIENTOS HACIA LINGUAL Y BUCAL, TENIENDO -- CUIDADO DE NO LESIONAR LOS TEJIDOS ADYACENTES.

BUSCAREMOS LA REGIÓN VESTIBULAR A LA ALTURA DEL TERCIO CERVICAL, CON UNA FRESA SE HARÁN UNAS PEQUEÑAS MUESCAS TANTO EN MESIAL COMO EN DISTAL, QUE NOS SERVIRÁN DE APOYO PARA HACER PALANCA.

VIÉNDOSE YA SECCIONADA LA CORONA DEL DIENTE INCLUIDO, CON UN ELEVADOR DE BANDERA QUE TRATARÁ DE INTRODUCIRSE EN LAS MUESCAS -- REALIZADAS ANTERIORMENTE TRATANDO DE HACER PALANCA, Y EXTRAER LA MITAD DE LA PIEZA, SIENDO YA MÁS FÁCIL EXTRAER LA SEGUNDA MITAD DEL DIENTE.

CON UN ELEVADOR DE BANDERA SE TRATA DE EXTRAER LA SEGUNDA -- MITAD DEL DIENTE YA SECCIONADO.

SE PROCEDERÁ A SUTURAR CON PUNTOS AISLADOS.

EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

CLASE II POSICIÓN.- CUANDO EL DIENTE INCLUIDO SE ENCUENTRA POR DE BAJO DE LA LÍNEA CERVICAL.

SIGUIENDO LOS MISMOS PRINCIPIOS QUE PARA LA EXTRACCIÓN ANTERIOR, DESPUÉS DE HABER EXPUESTO LA CORONA Y DE HABER SEPARADO EL COLGAJO AMPLIAMENTE, SE PROCEDE A LA PERFORACIÓN DEL HUESO Y SU UNIÓN ENTRE CADA ORIFICIO O VENTANA ÓSEA PARA DEJAR EXPUESTO EL--

CAMPO OPERATORIO, LUEGO SE PROCEDERA A LA ODONTOSECCIÓN DEL TERCER MOLAR POR MEDIO DE UNA FRESA DE FISURA HACIENDO TAMBIÉN UNA HUESCA EN LA RAÍZ, LUEGO CON UN ELEVADOR 320 Y UTILIZANDO EL HUESO CORTICAL COMO APOYO, SE MUEVE LA PORCIÓN RADICULAR HACIA ADELANTE Y POSTERIORMENTE SE SUTURA CON PUNTOS AISLADOS.

A) EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES QUEDAN RETENIDOS EN UNA PROPORCIÓN MUCHO MENOR QUE LOS INFERIORES, SU RETENCIÓN CAUSA ACCIDENTES COMPARABLES A LOS ORIGINADOS POR OTROS DIENTES.

EL TERCER MOLAR SUPERIOR PRESENTA UN ACCIDENTE DE ERUPCIÓN QUE LE ES PROPIO, OCURRE POR LO GENERAL EN AQUELLOS MOLARES QUE ERUPCIONAN AL LADO DEL CARRILLO, ES DECIR QUE PRESENTAN BUCOVERSIÓN, ÉSTE ACCIDENTE ESTA CARACTERIZADO POR LOS SIGUIENTES HECHOS CLÍNICOS: AL HACER SU ERUPCIÓN, EL MOLAR PONE SU CARA TRITURANTE EN CONTACTO CON LA MUCOSA DEL CARRILLO. POR UN DOBLE MECANISMO-AUMENTO DE LA ERUPCIÓN Y MOVIMIENTOS MASTICATORIOS, LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR, O UNA DE SUS CÚSPIDES, TERMINA POR ULCERAR LA MUCOSA DEL CARRILLO PRODUCIÉNDOSE POR ESTE HECHO DOLORES DE GRAN INTENSIDAD, LOS TEJIDOS BLANDOS VECINOS SE INFLAMAN POR ÉSTE PROCESO ULCEROSO Y SE PRODUCE UNA CELULITIS DE LAS PARTES BLANDAS ACOMPAÑADAS DE TRISMUS Y GANGLIOS INFARTADOS, TODO LO CUAL REPERCUTE SOBRE EL ESTADO GENERAL Y LA MASTICACIÓN ESTA IMPEDIDA Y LA FONACIÓN DIFICULTADA. EL PROCESO NO TERMINA HASTA QUE NO SE REALIZA LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR O SUPRIME EL FACTOR TRAUMÁTICO QUE SON --

SUS CÚSPIDES.

LA RETENCIÓN DEL MOLAR PUEDE SER INTRAÓSEA O SUBMUCOSA, EN ÉSTE ÚLTIMO TÉRMINO, PUEDEN ESTAR TOTAL O PARCIALMENTE RETENIDOS.

CLASE I, SE TOMA COMO RELACIÓN LA PROFUNDIDAD DEL DIENTE INCLUI^ÍDO SE ENCUENTRA A NIVEL DEL PLANO OCLUSAL O POR DEBAJO DE ÉL.

B) CUANDO EL DIENTE INCLUI^ÍDO SE ENCUENTRA POR ABAJO DE LA LÍNEA OCLUSAL PERO POR ARRIBA DE LA LÍNEA CERVICAL.

C) CUANDO EL DIENTE INCLUI^ÍDO SE ENCUENTRA POR ABAJO DE LA LÍNEA CERVICAL.

CLASE III Y IV.- SE TOMA COMO BASE LA PROXIMIDAD DEL SENO MAXILAR, CON O SIN APROXIMACIÓN.

CLASE V.- COMPRENDE A TODOS LOS TERCEROS MOLARES INCLUI^ÍDOS EN-- SENO MAXILAR.

COMO ANTERIORMENTE EXPLICAMOS QUE LOS TERCEROS MOLARES SUPE--- RIORES SON MENOS FRECUENTES, A CONTINUACIÓN SE HARÁ UNA BREVE EXPLI--- CACIÓN DE SU TÉCNICA QUIRÚRGICA.

ADEMÁS DE SU ESTUDIO RADIOGRÁFICO, SE DEBE HACER UNA HISTORIA-- CLÍNICA COMPLETA Y LOS PREVIOS EXÁMENES DE LABORATORIO; TAMBIÉN PARA ÉSTOS CASOS SE SEGUIRÁ LA SECUENCIA ACOSTUMBRADA; ANESTESIA, INCI--- SIÓN, OSTEOTOMÍA Y LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA, COMO EJEMPLO PON--- DREMOS LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR CLASE I POSICIÓN (B).

LA INCISIÓN PUEDE HACERSE EN DOS RAMAS, QUE LLAMAREMOS BUCAL Y- ANTEROPOSTERIOR. LA RAMA ANTEROPOSTERIOR SE TRAZA PRÓXIMA A LA ---

CARA PALATINA DEL DIENTE; PARALELAMENTE A LA ARCADA Y EN LONGITUD-
DE 1cm. LA INCISIÓN BUCAL PARTE DEL EXTREMO ANTERIOR DE LA PRI-
MERA INCISIÓN Y SE DIRIGE HACIA AFUERA, RODEA LA TUBEROSIDAD DEL --
MAXILAR Y HACIENDO HASTA LA PROXIMIDAD DEL SURCO VESTIBULAR DONDE-
TERMINA.

LA INCISIÓN DEBE LLEGAR EN PROFUNDIDAD HASTA EL HUESO O CORO-
NA DEL MOLAR Y EN SENTIDO ANTERIOR HASTA EL CUELLO DEL SEGUNDO MO-
LAR.

EL COLGAJO SE DESPRENDE SEGÚN SE HA SEÑALADO, CON PERIOSTO---
TOMO Y SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR.

OSTEOTOMÍA.- EL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE U OCLUSAL-
SE ELIMINA CON FRESAS DE BOLA SIGUIENDO LAS INDICACIONES DADAS PA-
RA LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR, EN CIERTOS CASOS EL--
HUESO A NIVEL DE LA CARA TRITURANTE ES TAN FRÁGIL QUE PUEDE SER --
ELIMINADO CON UNA CUCHARILLA PARA HUESO O CON EL MISMO ELEVADOR.

LA OSTEOTOMÍA ES UNA MANIOBRA IMPORTANTE, ES MENESTER EN TO--
DOS LOS TIPOS DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES, VER POR LO MENOS LA-
CARA BUCAL Y MESIAL DEL DIENTE RETENIDO.

ÉSTA ÚLTIMA SIENDO LA VÍA DE ACCESO SOBRE LA CUAL SE APLICARÁ
EL ELEVADOR PARA EXTRAER EL MOLAR RETENIDO.

SI NO ES ACCESIBLE, SE NECESITARÁ ELIMINAR EL HUESO DEL TABI-
QUE FACIAL QUE IMPIDE LA ENTRADA DEL INSTRUMENTO, SI ES ACCESIBLE-
NO SERÁ NECESARIA NINGUNA ELIMINACIÓN PREVIA.

A OSTEOTOMÍA A ESTE NIVEL SE PODRÁ REALIZAR SI EL OPERADOR LO PREFERIERE CON LA FRESA DE BOLA.

PARA LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA, SE USARÁN ELEVADORES RECTOS O ELEVADORES DE CLIV-DENT Y LOS ELEVADORES NÚMEROS 1,2, 014 WINTER. ÉSTOS SE USARÁN DE LA SIGUIENTE MANERA: SE PENETRA LA PUNTA DEL ELEVADOR EN EL ESPACIO EXISTENTE ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR. LA INTRODUCCIÓN DEL INSTRUMENTO SE REALIZA CON UN LEVE MOVIMIENTO ROTATORIO QUE SE IMPRIME AL ELEVADOR. ACTÚA SU PRIMER TIEMPO COMO CUÑA; EN ESTA PRIMERA PARTE DE SU MOVIMIENTO HASTA LLEGAR A SU PUNTO DE APLICACIÓN EL ELEVADOR CONSIGUE LUXAR EL TERCER MOLAR.

EL ELEVADOR DE WINTER O EL ELEVADOR DE ASH, SE APLICA CON SU CARA PLANA SOBRE LA CARA ANTERIOR DEL DIENTE. EL INSTRUMENTO DEBE ESTAR DIRIGIDO EN SENTIDO DE UNA DIAGONAL TRAZADA SOBRE DICHA CARA.

EN GENERAL EL PUNTO DE APOYO ES LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR O EL TABIQUE ÓSEO EN CASO DE EXISTIR ÉSTE ÚLTIMO.

APLICADO EL ELEVADOR, SEPARADO EL LABIO Y CARRILLO CON UN ESPEJO, SE INICIA SUAVEMENTE EL MOVIMIENTO DE LUXACIÓN DEL MOLAR RETENIDO. (RECORDAR EL MOVIMIENTO QUE HAY QUE IMPRIMIR AL MAXILAR INFERIOR PARA ALEJAR LA APÓFISIS CORONOIDES DEL SITIO DE LA EXTRACCIÓN

PARA ABANDONAR SU ALVEOLO, EL MOLAR DEBE MOVILIZARSE EN SENTIDO DE LA RESULTANTE DE TRES DIRECCIONES DE FUERZAS. EL MOLAR DEBE SER DIRIGIDO HACIA AFUERA Y ATRÁS, POR LO TANTO DEBE DESPLAZARSE EL MANGO DEL ELEVADOR HACIA ARRIBA, ADETRÁS Y ADELANTE, COMO PUNTOS DE ---

APOYO EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

LUXADO EL MOLAR Y SI LA FUERZA APLICADA NO HA LOGRADO EXTRAERLO PUEDE SER TOMADO CON UNA PINZA PARA EXTRACCIONES Y ELIMINANDO CON LA MISMA TÉCNICA QUE SE USA PARA LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR NORMAL (GIRANDO LA PINZA PARA LUXAR EL DIENTE, AL MISMO TIEMPO SE HACE TRACCIÓN, PROCEDIÉNDOSE A LA EXTRACCIÓN).

YA REVISADOS LOS BORDES ÓSEOS EN ESPECIAL DEL TABIQUE EXTERNO Y POSTERIOR, RETIRADO EL SACO PERICORONARIO, SE APLICA EL COLGAJO EN SU SITIO Y SE PRACTICAN UNO A DOS PUNTOS DE SUTURA CON SEDA 000.

EL POSTOPERATORIO SERA EL MISMO QUE SE UTILIZA DESPUÉS DE LA APICECTOMÍA.

B) EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES.

EL CANINO ES EL TERCERO EN FRECUENCIA DE DIENTES RETENIDOS, --- TAMBIEN EL CANINO SUPERIOR QUEDA RETENIDO VEINTE VECES CON MÁS FRECUENCIA QUE EN EL CASO DEL INFERIOR; ÉSTO ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES, DEBIDO AL TAMAÑO DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO Y DE LOS MAXILARES QUE SON MÁS PEQUEÑOS. LOS CANINOS INFERIORES PRESENTAN MENOS RETENCIÓN Y CUANDO LO HACEN, GENERALMENTE ES POR VESTIBULAR, RARAS VECES POR LINGUAL, EN EL CASO DEL CANINO SUPERIOR LA RETENCIÓN POR PALATINO ES TRES VECES MÁS FRECUENTE QUE POR VESTIBULAR.

LOS DIENTES RETENIDOS PUEDEN SER EXTRAÍDOS A CAUSA DE LA PRESENCIA DE INFECCIONES, REABSORCIONES PATOLÓGICAS DE LOS DIENTES ADYACENTES Y ESTRUCTURA OSEA BLOQUEADA COMO EL CASO DE LOS QUISTES Y TUMOR--

RES.

LA CLASIFICACIÓN PARA LOS CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS ES LA SIGUIENTE:

CLASE I.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN PALADAR Y SUS POSICIONES PUEDEN SER:

- A) HORIZONTAL
- B) VERTICAL
- C) SEMIVERTICAL.

CLASE II.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN LA PARTE SUPERIOR, LABIAL O BUCAL Y SUS POSICIONES SON:

- A) VERTICAL
- B) HORIZONTAL
- C) SEMIVERTICAL

CLASE III.- EN CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN LA PARTE PALATINA Y VESTIBULAR. (LA CORONA ESTÁ PALATINIZADA LA RAÍZ PASA ENTRE LAS RAÍCES DEL DIENTE ADYACENTE TERMINANDO EN ÁNGULO AGUDO SOBRE LA SUPERFICIE BUCAL DEL MAXILAR).

CLASE IV.- EN CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN EL PROCESO ALVEOLAR EN LA LÍNEA MEDIA, ENTRE EL INCISIVO Y PRIMER PREMOLAR, EN POSICIÓN VERTICAL.

CLASE V.- CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN DESDENTADOS.

ALGUNOS DE LOS FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS ES EN RAZÓN DE LA PROXIMIDAD DE LA CORONA O RAÍZ DEL CANINO A LOS DIENTES ADYACENTES (CENTRALES, LATERALES Y PREMOLARES), YA QUE HAY PELIGRO DE LESIONARLOS.

EN UN GRAN PORCENTAJE DE ÉSTAS RETENCIONES LA PORCIÓN RADICULAR ESTÁ SEPARADA DEL SENOS MAXILAR, POR UNA DELGADA PARED DE HUESO Y EN ALGUNOS CASOS SOLAMENTE POR EPITELIO CILIADO QUE LO REVISTE. - POR ÉSTA RAZÓN LA POSIBILIDAD DE FORZAR LA RAÍZ DEL CANINO DENTRO--DEL SENOS MAXILAR DURANTE LA EXTRACCIÓN SECCIONADA DE UN CANINO RETENIDO, DEBE TENERSE SIEMPRE PRESENTE, YA QUE EN ALGUNAS OCASIONES SE HAN PRODUCIDO ABERTURAS DE VARIOS TAMAÑOS EN EL SENOS MAXILAR.

NO HAY QUE OLVIDAR CONSERVAR LA ASEPSIA PARA EVITAR QUE PUEDA-SOBREVENIR UNA INFECCIÓN AGUDA EN SENOS MAXILAR.

MUCHAS VECES LAS RAÍCES DE LOS CANINOS RETENIDOS TIENEN UNA --CURVATURA EN EL TERCIO APICAL (EN ALGUNAS OCASIONES HASTA EN ÁNGULO RECTO), O BIEN PRESENTAN HIPERCEMENTOSIS, MUY RARAMENTE LAS RADIO--GRAFÍAS NOS REVELAN CURVATURAS COMO LAS ANTES MENCIONADAS.

LA CONTRAINDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS ES LA SIGUIENTE:

CUANDO UN DIENTE PUEDE SER LLEVADO A SU POSICIÓN NORMAL A UNA-EDAD TEMPRANA, NO DEBE SER EXTRAÍDO.

ANTES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN SE DEBE HACER UN PLAN OPERATORIO QUE CONSISTE EN:

- 1.- HISTORIA CLÍNICA.
- 2.- EXÁMENES DE LABORATORIO.
- 3.- PREMEDICACIÓN.
- 4.- ESTUDIO RADIOGRÁFICO.
- 5.- DETERMINACIÓN DEL COLGAJO INDICADO.
- 6.- CLASIFICACIÓN DE LA RETENCIÓN.
- 7.- VER SI HAY NECESIDAD O NO DE HACER ODONTOSECCIÓN.
- 8.- ANESTESIA INDICADA.

UNA VEZ REALIZADO EL PLAN DE INICIO DE LA INTERVENCIÓN, SE ---
 PROCEDERA A REALIZAR LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

1.- CON UN BISTURÍ BARD-PARKER #12 SE INCIDEN LOS TEJIDOS LIN-
 GUALES ALREDEDOR DEL CUELLO DE LOS DIENTES EMPEZANDO POR EL INCISI-
 VO HASTA EL PRIMER MOLAR Y EXTENDIÉNDOSE HASTA DISTAL DEL PRIMER MO
 LAR, A ESTO SE LE LLAMA TÉCNICA A CIELO ABIERTO.

2.- SE SEPARA EL COLGAJO MUCOSO DEL PALADAR DURO POR MEDIO DE-
 UN ELEVADOR DE PERIOSTIO HASTA QUE LA ESTRUCTURA ÓSEA ESTÉ COMPLETA
 MENTE EXPUESTA. LUEGO SE PODRÁ VER UNA PROMINENCIA EN EL HUESO --
 QUE POR LO REGULAR ES LA CORONA DEL CANINO, A LA PALPACIÓN NOTARE--
 MOS UNA PEQUEÑA ELEVACIÓN Y SERÁ EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL ---
 DIENTE INCLUIDO Y SE HARÁN CON UNA FRESA CUATRO INCISIONES.

3.- CON UNA FRESA DE BOLA QUIRÚRGICA SE HACEN LOS ORIFICIOS EN
 EL HUESO PALATINO A UNA DISTANCIA DE 3mm., UNO DEL OTRO, ALREDEDOR-
 DE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO, TENIENDO CUIDADO DE NO LASTIMAR -

LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ADYACENTES.

4.- POR MEDIO DE UNA FRESA DE FISURA, SE UNIRÁN LOS ORIFICIOS, SACANDO LUEGO EL PEDAZO DE HUESO QUE CUBRE LA CORONA, SE AUMENTA EL TAMAÑO DE LA ABERTURA POR MEDIO DE UNA FRESA DE BOLA HASTA QUE APAREZCA COMPLETAMENTE LA CORONA.

5.- LA EXCEPCIÓN A ESTAS REGLAS SERÁ EN EL CASO EN EL CUAL UNA PORCIÓN DE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO ESTÁ EN CONTACTO CON LAS RAÍCES DE LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERALES O PREMOLARES.

SI SE EXPONEN LAS RAÍCES DE ÉSTOS DIENTES SE LESIONARÁN; EN ESTE CASO SE AUMENTA LA ABERTURA SOBRE EL LADO OPUESTO A LA CORONA POR MEDIO DE FRESAS QUIRÚRGICAS Y SE CORTARÁ LA CORONA SEPARÁNDOLA DE LA RAÍZ.

6.-DESPUÉS DE QUE SE HA EXPUESTO COMPLETAMENTE LA CORONA DEL CANINO, SE COLOCARÁ UN ELEVADOR DE BANDERA SOBRE CADA LADO DE LA CORONA Y CON UN DOBLE MOVIMIENTO DE ELEVACIÓN, SE TRATARÁ DE LEVANTAR EL DIENTE; HAY QUE EXTREMAR LOS CUIDADOS PARA NO DAÑAR A LOS DIENTES VECINOS, ESTO SE HACE EN EL CASO DE QUE EL DIENTE RETENIDO SE ENCUENTRE PRÓXIMO A ELLOS.

7.- EN CASO DE QUE TODAVIA NO SE HAYA PODIDO EXTRAER EL CANINO LE HAREMOS HUESCAS PARA APLICAR EL ELEVADOR ADECUADO O UN FORCEPS #226 CON MOVIMIENTOS ROTATORIOS.

8.- SE PROCEDERÁ AHORA A LA TOILETT DEL CAMPO OPERATORIO QUITANDO LOS RESTOS Y ASTILLAS OSEAS, ALISANDO TAMBIÉN EL HUESO CON -

UNA LIMA, UNA VEZ REALIZADO SE VOLVERÁ EL COLGAJO AL SITIO DE LA INTERVENCIÓN.

9.- COLOCAR UN ÁPOSITO DE GASA SOBRE EL PALADAR A NIVEL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL, MANTENIENDOLO DURANTE CUATRO HORAS (TÉCNICA DE LA ALMOHADILLA).

10.- EL POSTOPERATORIO SERÁ CON HIPOTERMIA E HIPERTERMIA, AUNADO AL USO DE LOS ANALGÉSICOS, EN CASO DE DOLOR Y DESDE LUEGO UNA BUENA HIGIENE BUCAL ES INDISPENSABLE PARA EL BUEN ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN.

INTERVENCIONES DE CANINOS INCLUIDOS MÁS IMPORTANTES.

EXTRACCIÓN DE UN CANINO RETENIDO CLASE III.

EL CANINO SE VA A ENCONTRAR EN LA BÓVEDA PALATINA, DEBE UTILIZARSE LA ANESTESIA QUE SE APLICARÁ A NIVEL DEL INCISIVO LATERAL O DEL PRIMER PREMOLAR DEL LADO DONDE NO HAYA CANINO; O SEA DEL LADO DONDE ENCONTRAREMOS LA INCLUSION. LA AGUJA SE INTRODUCE A 45° DEL LADO CONTRARIO, SE ANESTECIARÁ A NIVEL DEL INCISIVO LATERAL Y DEL CANINO, TRATANDO DE LLEGAR AL AGUJERO INFRAORBITARIO POR VESTIBULAR.

DESPUÉS SE PROCEDERÁ A LA ANESTESIA POR PALATINO, QUE SERÁ A 1cm. , DETRAS DE LOS INCISIVOS CENTRALES, DEPOSITANDO LA MITAD DEL CARTUCHO, TANTO A LA DERECHA COMO A LA IZQUIERDA, QUEDANDO DE ÉSTA MANERA ANESTESIADA TODA LA PARTE ANTERIOR DE LA ARCADE. LA SEGUNDA ETAPA DE LA ANESTESIA SERÁ A NIVEL DE LOS SEGUNDOS PREMOLARES --

CON UNA ANGULACIÓN DE 45° CON DIRECCIÓN AL PRIMER PREMOLAR DE AMBOS LADOS DE LA ARCADA, TENIENDO ASÍ ANESTESIADA LA PARTE POSTERIOR DE LA BÓVEDA PALATINA YA QUE HASTA AHÍ LLEGARÁ LA INCISIÓN.

CON UN BISTURÍ BARD-PARKER SE HARÁ LA INCISIÓN POR LA PARTE PALATINA A NIVEL DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, LLEVANDO LA INCISIÓN DE SEGUNDOS PREMOLARES A SEGUNDOS PREMOLARES DEL LADO CONTRARIO DE UNA SOLA INTERVENCIÓN. DESPUÉS CON UN ELEVADOR DE PERIOSTIO SE LEVANTARÁ HACIA LA PARTE POSTERIOR DE LA BÓVEDA PALATINA, O SEA DESPEGANDO HACIA ABAJO.

UNA VEZ DESPEGADO EL MUCOPERIOSTIO SE FIJARÁ CON DOS PUNTOS DE SUTURA AL PALADAR A LA ALTURA DE LOS PRIMEROS PREMOLARES; PARA EVITAR SU MOVIMIENTO.

SE HA DICHO TAMBIÉN QUE LA INCISIÓN DEBE HACERSE A 2mm. LIBRANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES PARA UNA MEJOR CICATRIZACIÓN.

LOGRADA LA INCISIÓN, NO SOLO EN MUCOSA SINO TAMBIÉN A NIVEL DE LOS DIENTES Y FIJADO EL COLGAJO; SE PROCEDERÁ A LOCALIZAR EL ABULTAMIENTO ÓSEO, SIGNO DEL LUGAR EN DONDE GENERALMENTE SE ENCUENTRA LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO.

AHORA SE HARÁN CUATRO ORIFICIOS DE REFERENCIA EN HUESO CON UNA FRESA BOLA. POSTERIORMENTE SE UNIRÁN ÉSTOS PUNTOS DE REFERENCIA CON UNA FRESA DE FISURA, QUE NOS PERMITIRÁN OBTENER UNA VENTANA ÓSEA A TRAVÉS DE ÉSTA OBSERVAREMOS EL DIENTE INCLUIDO, SE PROCEDERÁ ENTONCES A REALIZAR LA ODONTOSECCIÓN PARA FACILITAR LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA Y POSTERIORMENTE DE LA RAÍZ, LA CUAL EN ALGUNAS OCASIONES ES-

MUY LARGA, PARA ÉSTOS CASOS LA RAÍZ TAMBIÉN SE SECCIONARÁ Y SE LE---
PRACTICARÁN MUESCAS PARA PODER HACER LOS MOVIMIENTOS DE GIROVERSIÓN-
APOYANDO EL ELEVADOR EN LAS MUESCAS.

EN ALGUNOS CASOS EL DIENTE INCLUIDO SE PRESENTA ENQUISTADO Y EN
TONCES ENCONTRAREMOS MUCHO MÁS DIFÍCIL EL ACCESO, PARA ELLO USAREMOS
CUCHARILLAS QUIRÚRGICAS PARA ELIMINAR EL TEJIDO QUÍSTICO, PERO AL HA
CERLO VAN A QUEDAR EN EL HUESO ASPEREZAS QUE QUITAREMOS CON LIMA O -
BIEN CON ALVEOLOTOMO.

LAVAREMOS EL CAMPO OPERATORIO CON AGUA DESTILADA O SUERO FISIO-
LÓGICO Y SOBRE TODO LA IRRIGACIÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN ES MUY IM-
PORTANTE PARA EVITAR LA NECROSIS DE LOS TEJIDOS ADYACENTES POR QUEMA
DURAS.

LA TOILETT FINAL SE HARÁ ANTES DE REGRESAR EL COLGAJO A SU LUGAR
PROCURANDO NO DEJAR BASES LESIONADAS, YA QUE PODRÍAN OCASIONAR INFECC
CIONES POSTOPERATORIAS, UNA VEZ COLOCADO EL COLGAJO, EN SU LUGAR SE-
ADAPTA A LA BÓVEDA PALATINA CON LAS YEMAS DE LOS DEDOS PROCURANDO NO
DEJAR SANGRE NI AIRE.

LA SUTURA SE HARÁ ENTRE LOS DIENTES PASANDO EL HILO POR LA ZONA
DE LA PAPILA INTERDENTARIA, AUNQUE TAMBIÉN SE HA DICHO QUE ES CONVE-
NIENTE NO SUTURAR Y EN VEZ DE ELLO SE COLOCA UNA GASA POR ALGÚN TIEM
PO Y SE DEJA QUE LA MUCOSA CICATRICE SOLA.

EN EL POSTOPERATORIO SE LE RECOMENDARÁ AL PACIENTE QUE POR DOS-
DÍAS SE ABSTENGA DE COMER ALIMENTOS DUROS, ASÍ COMO HIPOTERMIA E HI-
PERTERMIA, EVITAR HACER CAOLUTORIOS; EN CASO DE DOLOR, ANALGÉSICO CO

MUNES ASÍ COMO TAMBIÉN EVITAR CHUPARSE LOS DEDOS Y FUMAR.

B) EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS INFERIORES.

LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS SON MENOS FRECUENTES, PERO -- CUANDO SE PRESENTAN, SE LOCALIZAN EN POSICIÓN VERTICAL POR VESTIBULAR, EN RARAS VECES LOS ENCONTRAMOS EN POSICIÓN HORIZONTAL O INCLINADA POR VESTIBULAR.

LOS PREMOLARES SON AUN MÁS RAROS PERO CUANDO SE PRESENTAN SE -- ENCUENTRAN POR LA REGIÓN PALATINA Y POSICIÓN VERTICAL Y EN MUY RARAS OCASIONES PUEDEN LOCALIZARSE A NIVEL DEL ÁPICE DEL PRIMER MOLAR O DEL CANINO Y SU POSICIÓN PUEDE SER HORIZONTAL O VERTICAL, PARA EL CASO DE LOS PREMOLARES INCLUIDOS SUPERIORES.

LOS PREMOLARES NORMALMENTE SE ENCUENTRAN EN POSICIÓN VERTICAL-- Y POR LINGUAL, RARAS VECES PUEDEN ESTAR LOCALIZADOS A NIVEL DE LOS-- ÁPICES DE LOS DIENTES ADYACENTES, YA SEA HORIZONTALMENTE O INCLI-- NADO.

LA INCLUSIÓN DE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES AUNQUE ES-- RARA SE PUEDE LLEGAR A ENCONTRAR EN POSICIÓN VARIABLE.

C) EXTRACCIÓN DE MOLARES INFERIORES RETENIDOS EN ZONAS DESDENTADAS.

DEBEN HACERSE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS CUIDADOSOS DE ÉSTAS ZONAS PARA DETERMINAR LA TÉCNICA A UTILIZAR A FIN DE PREVENIR LAS FRACTURAS DE LA MANDÍBULA.

LAS RADIOGRAFÍAS AL IGUAL QUE LAS TOMAS PARA LOS TERCEROS MOLA

RES RETENIDOS, DESCRITOS ANTERIORMENTE, DEBEN TENER LA MÍNIMA DISTORSIÓN POSIBLE E INCLUYEN:

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES, OCLUSALES, PERIAPICALES, Y EXTRAORALES.

ÉSTAS REVELARÁN LA POSICIÓN, TAMAÑO Y FORMA DEL DIENTE RETENIDO Y LA CANTIDAD DE HUESO INTERESADO.

LA TÉCNICA DEPENDE PRINCIPALMENTE DE LA CANTIDAD DE HUESO QUE HAYA ENTRE EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA Y EL ÁPICE RADICULAR -- DEL DIENTE A EXTRAER; EN SEGUNDO LUGAR EL GROSOR DE LAS LÁMINAS BUCCAL Y LINGUAL. EL HUESO QUE CUBRE LA CORONA, SI LO HAY ES DE MENOR VALOR EN LO CONCERNIENTE A LA RESISTENCIA DE LA MANDÍBULA, PORQUE -- HABRÁ DE ELIMINARSE PARA GANAR ACCESO HACIA EL DIENTE SI SE ELIGE EL ACERCAMIENTO INTRAORAL.

EN TERCER LUGAR, LA TÉCNICA DEPENDE DE LA FORMA DE LA CORONA Y DEL NÚMERO DE RAÍCES, SI FUERAN MÁS DE UNA.

TÉCNICA USADA EN UN CASO EN PARTICULAR.

TERCER MOLAR MESIOANGULAR, SIN DIENTES VECINOS.

1.- DIAGRAMA DEL COLGAJO.

2.- VISTA OCLUSAL, OBSÉRVESE QUE LA INCISIÓN SE LLEVA HACIA LINGUAL, PASANDO POR LA LÍNEA MEDIA DE LA CRESTA; LO QUE ES CONTRARIO A LAS REGLAS DEL COLGAJO, PORQUE INTERRUMPE EL FLUJO SANGUÍNEO A ESA PARTE DEL COLGAJO; PERO EN ESTE CASO LA CIRCULACIÓN SE RESTA

BLECE DE INMEDIATO Y NO HAY PELIGRO DE NECROSIS.

3.- LEVANTAR EL COLGAJO, LOS ORIFICIOS EN HUESO SE VAN A HACER CON --
FRESAS DE BOLA DE DIFERENTES TAMAÑOS.

4.- REMOCIÓN DE HUESO CON ESCOPLO Y MARTILLO.

5.- EN ESTE CASO ES PRUDENTE ELIMINAR UNA PARTE DE LA CORONA, A CAUSA
DE LA DENSIDAD DEL HUESO BUCAL Y DEL POCO ESPACIO QUE HAY ENTRE -
EL ÁPICE Y EL BORDE MANDIBULAR.

6.- CON UN ELEVADOR APEX DEL NÚMERO 4 SE EXTRAE EL FRAGMENTO MESIAL.

7.- USANDO LAS CORTICALES MESIAL Y DISTAL COMO PUNTO DE APOYO SE IN--
SERTAN LOS ELEVADORES APEX # 4 Y 5, MOVIENDO EL DIENTE HACIA EL--
ESPACIO MESIAL CREADO Y HACIA OCLUSAL.

8.- SE SUTURA EL COLGAJO.

NOTA.- TAMBIÉN EN ESTA CLASE DE PACIENTES SE HARAN EXÁMENES DE LABO--
RATORIO, E HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.

CAPÍTULO IV.

LESIONES DE SENOS MAXILARES.

A) GENERALIDADES DE SENOS MAXILARES O ANTRO DE HIGHMORE.

EL TAMAÑO DEL SENOS MAXILAR VARIA DE UNA PERSONA A OTRA, E INCLUSO DE UN LADO A OTRO. GENERALMENTE, TIENE LA FORMA PIRAMIDAL CON SU VÉRTICE CERCA DEL HUESO CIGOMÁTICO Y SU BASE A LO LARGO DEL PALADAR Y POR ENCIMA DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES POSTERIORES.

EL SENOS ESTÁ NORMALMENTE SITUADO POR ENCIMA DE LOS 3 MOLARES SUPERIORES, EL SEGUNDO PREMOLAR Y A VECES SE EXTIENDE POR DELANTE HASTA EL PRIMER PREMOLAR. EL ESPESOR DEL HUESO ENTRE LAS RAÍCES DE LOS MOLARES Y LA MUCOSA DEL SENOS PUEDE VARIAR DESDE 0 HASTA 30.4mm., POR LO TANTO, EL SENOS PUEDE QUEDAR INVOLUCRADO A LA INFECCIÓN DE CUALQUIER DIENTE MAXILAR POSTERIOR.

LAS ESTRUCTURAS MAS IMPORTANTES QUE CIRCULAN A TRAVÉS DEL ANTRO SON: LOS VASOS PALATINOS POSTERIORES Y LOS NERVIOS DE LOS MOLARES SUPERIORES; ÉSTOS VASOS TRANSCURREN POR LA ZONA POSTERIOR DEL SENOS.

EL CANAL INFRAORBITARIO TRANSCURRE POR LA CARA SUPERIOR DEL ANTRO, ÉSTE ESTÁ TAPIZADO POR EPITELIO RESPIRATORIO QUE SE CONTINÚA CON LA MEMBRANA NASAL. LA COMUNICACIÓN CON LA NARÍZ SE EFECTÚA EN EL MEATO MEDIO, EL CUAL CORRESPONDE APROXIMADAMENTE AL PUNTO MÁS

ALTO DEL SENO; DE ESTA MANERA, EL DRENAJE DEL SENO POR LA ACCIÓN DE LA GRAVEDAD NO RESULTA POSIBLE; NO OBTANTE, EL EPITELIO CILIADO ES SUFICIENTE PARA ELIMINAR LAS PEQUEÑAS INFECCIONES.

EL SENO MAXILAR ES UNO DE LOS CUATRO SENOS PARANASALES QUE MÁS ESTRECHAMENTE ESTÁN RELACIONADOS CON EL DENTISTA; LA PROXIMIDAD DEL SENO A LA EMINENCIA NASAL Y LA DELGADEZ DE SUS PAREDES, ASÍ COMO TAMBIÉN LA CERCANÍA DE LOS ÁPICES DE LOS MOLARES SUPERIORES, PROVOCA EN ALGUNAS OCASIONES PROBLEMAS QUE SURGEN EN EL TRATAMIENTO Y LAS EXTRACCIONES DE LOS DIENTES, COMO SON LOS QUE A CONTINUACIÓN SE TRATARÁN EN ESTE CAPÍTULO.

B) TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE RAÍCES CAÍDAS EN SENO MAXILAR O AN--TRO DE HIGHMORE.

PARA EVITAR QUE LAS RAÍCES VAYAN A CAER AL SENO ES NECESARIO EXTREMAR LOS CUIDADOS EN LA EXTRACCIÓN DE LOS PREMOLARES Y MOLARES, ESPECIALMENTE CUANDO NO SE TIENEN RADIOGRAFÍAS DE LOS DIENTES A EXTRAER

NUNCA HAY QUE HACER PRESIÓN APICALMENTE AL EXTREMO DE UN FRAGMENTO RADICULAR CON UN ELEVADOR, HAY QUE TENER BUENA VISIBILIDAD; NUNCA SE DEBE TRABAJAR A CIEGAS EN UN ALVEOLO LLENO DE SANGRE.

LAS RADIOGRAFÍAS DEL DIENTE A EXTRAER SON UN MEDIO MUY VALIOSO PARA PREVENIR LOS ACCIDENTES DE ESTA NATURALEZA, PORQUE NOS MUESTRAN LA PROXIMIDAD DE LAS RAÍCES AL PISO DEL SENO MAXILAR.

A CONTINUACIÓN POR ORDEN DE PROXIMIDAD, LOS DIENTES QUE SE RELACIONAN MÁS ESTRECHAMENTE CON EL PISO DEL SENO MAXILAR.

- 1.- PRIMER MOLAR SUPERIOR (ES EL MÁS CERCANO).
- 2.- SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.
- 3.- SEGUNDO PRENOLAR SUPERIOR.
- 4.- TERCER MOLAR SUPERIOR.
- 5.- PRIMER MOLAR (MUY RARAMENTE).
- 6.- CANINO SUPERIOR (AÚN MÁS RARAMENTE).

SI LA RAÍZ DE UN DIENTE HA CAÍDO INADVERTIDAMENTE EN SENO MAXILAR, PRACTICAREMOS LA SIGUIENTE TÉCNICA PARA SU EXTRACCIÓN.

1.- PREMEDICACIÓN EN CASO NECESARIO, DIAZEPAN 5 MG. MEDIA HORA ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

2.- ANESTESIA, ESTA DEBE SER LA TÉCNICA A SABER DE LA RAÍZ DEL DIENTE QUE CORRESPONDE.

3.- RADIOGRAFÍAS DEL ÁREA PARA LOCALIZAR LA RAÍZ; NUNCA SE DEBE RA INTENTAR EXTRAERLA SI ANTES NO SE HA REALIZADO UN BUEN ESTUDIO RADIOGRÁFICO, A MENOS QUE SE VEA CLARAMENTE.

EN OCASIONES SERÁ NECESARIO TOMAR VARIAS RADIOGRAFÍAS PARA LOCALIZAR LA RAÍZ.

SI ESTÁ CERCA DEL ALVEOLO, HACER UN COLGAJO MUY AMPLIO.

4.- AGRANDAR CUIDADOSAMENTE LA ABERTURA A TRAVÉS DE LA CUAL LA RAÍZ PASÓ AL SENO MAXILAR, NO USAR ELEVADOR RECTO CON MOVIMIENTO DE EMPUJE HACIA ARRIBA, SINO UNA PEQUEÑA CURETA, LA QUE SE COLOCA SUAVEMENTE EN LA ABERTURA Y POCO A POCO SE VA AGRANDANDO ÉSTA CON MOVI---

MIENTOS LENTOS, COMO SI SE RASPARA EL BORDE.

SI SE EMPUJARA PARA CORTAR LA RAÍZ, PODRÍA SER LLEVADA MÁS ADEUNTO JUNTO CON UN TROZO DE HUESO QUE CAERÍAN EN EL SENOS MAXILAR.

5.- DEBE DE HABER BUENA LUZ EN TODO MOMENTO, NO SE COLOQUEN GASAS EN EL SENOS MAXILAR O EN EL ALVEOLO ABIERTO, DAR VUELTA A LA CURETA UTILIZANDO EL EXTREMO GRANDE PARA SUJETAR LA RAÍZ.

6.- TÓNESE UNA SONDA Y DÓBLESE EL EXTREMO DE MODO QUE SE FORME UN OJAL, HAGANSE VARIOS DE ÉSTOS INSTRUMENTOS EN DIFERENTES ÁNGULOS. ÚSESE EL OJAL PARA SUJETAR EL RESTO RADICULAR EN EL SENOS MAXILAR O-- ENGANCHARLO PARA LLEVARLO A LA APERTURA DEL ALVEOLO.

7.- ÚSESE EL FORCEPS APICAL PARA EXTRAER LA RAÍZ ENGANCHADA EN EL OJAL DE LA SONDA.

8.- REDUZCANSE LAS LÁMINAS ÓSEAS, LINGUAL Y BUCAL EN CASO NECESARIO, A FIN DE APROXIMAR LOS TEJIDOS BLANDOS.

9.- REDUCIR LA ALTURA DEL REBORDE ALVEOLAR, SI LA ZONA ES DENTADA PARA TENER UNA MEJOR APROXIMACIÓN DE LOS TEJIDOS.

10.- SUTURAR LOS TEJIDOS BLANDOS EN SU LUGAR; APROXIMAR LOS BORDES DE LOS COLGAJOS Y SUTURARLOS EN POSICIÓN.

SI LA RAÍZ NO HUBIERA SIDO EXTRAÍDA CON LOS PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS HASTA EL PASO #7, ÚSESE EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

IRRIGUESE EL SENOS MAXILAR UTILIZANDO UNA JERINGA ESPECIAL, SE USARÁ CASÍ UN VASO DE SOLUCION FISIOLOGICA NORMAL CADA VEZ Y EN TO--

TAL MEDIO LITRO.

AL IRRIGAR, HÁGASE CON PRESIÓN DE MODO QUE LA SOLUCIÓN LLEGUE A TODOS LOS RINCONES DEL SENO MAXILAR Y FUERCE LA RAÍZ HACIA EL ALVEOLO. DESPUÉS DE HACER LA IRRIGACIÓN CON LA JERINGA LLENA DE LÍQUIDO OBSERVAR LA CAVIDAD POR SI LA RAÍZ PUDIERA HABER SIDO LLEVADA HACIA LA ABERTURA.

TAMBIÉN HAY QUE EXAMINAR LA ESCUPIDERA POR SI LA RAÍZ HUBIERA CAÍDO. SI ÉSTE PROCEDIMIENTO NO TIENE ÉXITO HAY QUE HACER UNA ABERTURA MAYOR A TRAVÉS DE LA CORTICAL ALVEOLAR, SOBRE LA REGIÓN PERIAPICAL Y EXTRAER LA RAÍZ POR VISIÓN DIRECTA, SE COLOCA EL COLGAJO EN SU SITIO Y SE SUTURA.

C) EXTRACCIÓN DE UN DIENTE CAÍDO EN SENO MAXILAR.

ESTA INTERVENCIÓN SE PUEDE REALIZAR CON MAYOR FACILIDAD:

1.- HACER UNA INCISIÓN CURVA ALTA POR ENCIMA DE LA RAÍZ DEL CANINO O MOLAR.

2.- LEVANTAR EL COLGAJO.

3.- CORTAR A TRAVÉS DE LA DELGADA LÁMINA ÓSEA, TENIENDO CUIDADO DE NO EXPONER LAS RAÍCES DE CUALQUIERA DE ÉSTOS DIENTES.

4.- AGRANDANDO LA ABERTURA DE MODO QUE EL DIENTE PUEDA SER TOMADO CON LA PINZA HEMOSTÁTICA Y EXTRAÍDO.

5.- SUTURAR EL COLGAJO EN SU LUGAR (QUE COMUNICA CON EL ALVEOLO).

6.- SUTURAR EL ALVEOLO.

D) COMPLICACIONES DEL SENOS MAXILAR.

EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES SUPERIORES, HAY SIEMPRE LA POSIBILIDAD DE PRODUCIR UNA ABERTURA EN EL SENOS MAXILAR.

ESTO PUEDE SER RESULTADO DE:

1.- EXTRACCIÓN DEL PISO DEL SENOS MAXILAR, CON EL DIENTE EN EL CASO DE LA EXTRACCIÓN DE LOS MOLARES SUPERIORES.

2.- DESTRUCCIÓN DEL PISO DEL SENOS MAXILAR POR INFECCIÓN CRÓNICA A PARTIR DEL ÁPICE DE LOS DIENTES SUPERIORES, CUANDO SE EXTRAER SE ESTABLECE UNA VÍA ENTRE LA CAVIDAD ORAL Y EL SENOS MAXILAR.

3.- PERFORACIÓN DE LA DELGADA CAPA EPITELIAL DEL SENOS MAXILAR POR EL USO INCORRECTO DE LA CURETA, EN LOS CASOS EN LOS QUE LA SEPARACIÓN ENTRE LA RAÍZ DENTARIA Y EL SENOS MAXILAR, ESTÁ FORMADA ÚNICAMENTE POR LA MUCOSA SINUSAL.

4.- HUNDIMIENTO ACCIDENTAL DEL ELEVADOR A TRAVÉS DEL PISO SINUSAL AL INTENTAR EXTRAER UNA RAÍZ FRACTURADA, O UN DIENTE-RETENIDO.

5.- AL INTENTAR EXTRAER UNA RAÍZ FRACTURADA O RETENIDA DE SU POSICIÓN EN EL ALVEOLO, SE FUERZA HACIA EL SENOS MAXILAR.

6.- AL INTENTAR EXTRAER UN TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO, SE FUERZA ACCIDENTALMENTE HACIA EL SENOS MAXILAR.

7.- LA PENETRACIÓN INADVERTIDA EN LA PARED DEL SENOS MIENTRAS SE TRATA DE EXPONER CANINOS INCLUIDOS; ESTE PELIGRO ES MAYOR CUANDO SE

TRATA DE CANINOS INCLUIDOS EN POSICIÓN LABIAL.

8.- FRACTURA DE UN GRAN SEGMENTO DEL REBORDE ALVEOLAR CONTENIENDO VARIOS DIENTES Y EL DESGARRAMIENTO DEL PISO DEL SENOS Y LA MUCOSA DEL ANTRO.

9.- ENUCLEACIÓN DE UN GRAN QUISTE SUPERIOR EN EL CUAL LA SEPARACIÓN ÓSEA HA SIDO EROSIONADA POR LA PRESIÓN HASTA QUE HA DESAPARECIDO Y LA CAPA DE EPITELIO CILIADO ESTÁ ADHERIDA A LA MEMBRANA QUÍSTICA.

E) TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS DE CAVIDAD BUCAL (SENO MAXILAR). CUANDO EL PISO DEL SENOS MAXILAR ES DESGARRADO EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN Y LA VISUALIZACIÓN CORRECTA DEL SENOS MAXILAR NO REVELA EVIDENCIA DE INFECCIÓN, LOS TEJIDOS BLANDOS SE LEVANTAN SOBRE EL LADO BUCAL DEJANDO SEPARADO EL LADO PALATINO Y SE QUITA BASTANTE REBORDE ALVEOLAR, DE MODO QUE LA MUCOSA BUCAL Y LINGUAL PUEDAN APROXIMARSE Y SUTURARSE EN POSICIÓN.

SE COLOCAN APÓSITOS DE GASA SOBRE LA HERIDA Y SE HACEN MORDER AL PACIENTE SOBRE LOS MISMOS.

SE LE ENTREGAN OTROS APÓSITOS DE GASA PARA QUE CAMBIE LOS PRIMARIOS CUANDO SE HUMEZCAN DEMASIADO.

ESTOS APÓSITOS SE DEJAN EN SU LUGAR HASTA EN LA NOCHE, SE LE APLICAN 400,000 U DE PENICILINA (TIPO DESPACILINA Y GOTAS NASALES PARA QUE SE MANTENGA ABIERTO EL OSTIUM ANTRAL PARA EL DRENAJE). SE LE EXPLICA AL PACIENTE LA INTERVENCIÓN Y SE LE RECOMIENDA QUE NO SE-

SUENE LA NARÍZ, SI ESTORNUDA DEBE DE ABRIR LA BOCA ESTORNUDANDO A --
TRAVÉS DE ELLA Y NO POR LA NARÍZ.

EL PACIENTE DEBE REGRESAR A LAS 48 HORAS, SI EL EXAMEN NO REVE-
LA SÍNTOMAS DE SINUSITIS AGUDA, DEBERÁ RETORNAR A LOS CUATRO DÍAS.

SI HUBIERA SÍNTOMAS DE SINUSITIS, SE LE ENVIARÁ CON UN OTORRINO
LARINGOLOGO PARA SU TRATAMIENTO.

SI SE HACE ESTO ES POSIBLE QUE NO SE PRODUZCA EL CIERRE DE LA -
FÍSTULA Y LA INFECCIÓN DEL SENOS MAXILAR NO DARÁ RESULTADO A LA RUPTU
RA DEL CIERRE.

SI AL INSPECCIONAR EL SENOS MAXILAR SE ENCUENTRA QUE ESTÁ INFECC-
TADO POR EL DIENTE EXTRAÍDO, HAY QUE ELIMINAR CON CURETAS APROPIADAS
TODO EL MATERIAL INFECTADO, PÓLIPOS, ETC.

DESPUÉS SE PROCEDE A REDUCIR EL HUESO Y TERMINAR COMO YA SE HA-
INDICADO.

SE LE ENVÍA AL OTORRINOLARINGOLOGO QUIEN PROCEDERÁ A PRACTICAR-
UNA ABERTURA EN EL SENOS MAXILAR POR DEBAJO DEL CORNETE INFERIOR, PA-
RA FACILITAR LA IRRIGACIÓN Y DRENAJE.

EN MUCHOS CASOS, LA FÍSTULA SINUSAL PERMANECERÁ CERRADA Y SE --
EVITARÁ LA OPERACIÓN. EN OTRAS OCASIONES, SI SERÁ NECESARIO PRACTI
CAR LA OPERACIÓN A PESAR DE LA ABERTURA NASAL Y DE LA FÍSTULA, ÉSTO-
SE HARÁ EN LOS CASOS DE QUE EL PRIMER CIERRE SE VUELVA A ABRIR, EL -
OTORRINOLARINGOLOGO DEBERÁ OPERAR Y EN LA MISMA SESIÓN EL DENTISTA -
PROCEDERÁ A REAVIVAR LOS BORDES DE LA FÍSTULA, REDUCIR LOS BORDES --

ÓSEOS Y COLOCAR LOS COLGAJOS EN POSICIÓN, SUTURANDO DESPUÉS.

SI LA FÍSTULA ESTÁ SOBRE LA CRESTA DE UN BORDE DESDENTADO, EN LUGAR DE HACERSE LA INCISIÓN CADWELL-LUC, CORTARÁ LA CIRCULACIÓN AL COLGAJO BUCAL QUE EL CIRUJANO LEVANTA Y LIBERA PARA OBTENER TEJIDO PARA CUBRIR LA FÍSTULA Y SUTURAR AL TEJIDO PALATINO, SI LA ABERTURA EN EL SENO MAXILAR ES EL RESULTADO DE UNA PERFORACIÓN INADVERTIDA -- POR EL USO DE LA CURETA O EL ELEVADOR, LA CORTICAL BUCAL SE REDUCE VARIOS MILÍMETROS Y LA SUTURA SE PASA DE LINGUAL A BUCAL POR EL TEJIDO BLANDO, REDUCIENDO LA ABERTURA DEL ALVEOLO Y PROTEGIENDO EL COAGULO SANGUÍNEO.

NO ES NECESARIO OBTENER ABSOLUTA OPOSICIÓN DE LOS COLGAJOS BUCAL Y LINGUAL, EN ÉSTOS CASOS DE HERIDAS CORTANTES A TRAVÉS DE LA MUCOSA MAXILAR.

HAY QUE COLOCAR AÓSITOS E INSTRUIR AL PACIENTE EN LA FORMA INDICADA. SI SE PRESENTAN SIGNOS DE SINUSITIS HAY QUE ENVIAR AL PACIENTE AL OTORRINOLARINGÓLOGO, EXPLICÁNDOLE CLARAMENTE LO QUE HA OCURRIDO.

6.- REGULARIZACIÓN DE PROCESOS.

LA REGULARIZACIÓN DE PROCESOS QUE EN EL CONSULTORIO ES PREDECESSORA GENERALMENTE DE TRATAMIENTOS PROTÉTICOS ENCAMINADOS A UNA MEJOR CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE, ES UNA DE LAS INTERVENCIONES LLAMADAS DE CIRUGÍA MENOR.

PERO AÚN CUANDO ES UNA DE LAS INTERVENCIONES MÁS SENCILLAS, RE-

QUIERE DE UN ESTUDIO PREVIO, PARA OBTENER EL PROPÓSITO DESEADO.

DE ESTA MANERA DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE HUESO SE LLEVARÁ A CABO POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

* A) TERAPEUTICA; SE REALIZA CON EL FIN DE DESECHAR TEJIDO ÓSEO AFECTADO, QUE IMPIDA CUALQUIER TRATAMIENTO ULTERIOR.

B) PLÁSTICA; PARA MODIFICAR SU FORMA Y OBTENER MAYOR ÁREA DE SOPORTE, EN EL CASO DE PRÓTESIS, IMPOSIBLES DE ADAPTAR NORMALMENTE.

C) PREVENTIVA; PARA EVITAR MOLESTIAS AL PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS, O FUTURO PORTADOR DE LAS MISMAS.

TENIENDO EN CUENTA QUE ES UN PROCEDIMIENTO MUY SENCILLO, NO SE DEBERÁ ABUSAR DE EL, TRATANDO DE CONSERVAR LA MAYOR ÁREA POSIBLE DE HUESO, RESPETANDO LA MÁS MÍNIMA PARTÍCULA ÓSEA QUE NO ESTÉ DEL TODO CLARAMENTE INDICADA PARA SU ELIMINACIÓN, CON EL CUAL SE OBTENDRÁN MEJORES RESULTADOS POSTERIORES.

AHORA BIEN EN NUESTRO CONSULTORIO HABRÁ DOS VARIANTES CON RESPECTO A ÉSTA INTERVENCIÓN.

A) PACIENTES A LOS CUALES HABRÁ NECESIDAD DE EFECTUARLES UNA EXTRACCIÓN, LA CUAL REQUERIRÁ DE UN LIGERO ALIZADO ALVEOLAR.

B) PACIENTES A LOS CUALES SERÁN FUTUROS PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIALES O TOTALES, Y QUE REQUERIRÁN DE UN REBORDE ALVEOLAR FAVORABLE O LO MÁS CERCANO POSIBLE A LO FAVORABLE.

AHORA BIEN, EN LOS PACIENTES QUE REQUIERAN SOLAMENTE UN LIGERO-

ALIZADO ALVEOLAR, BASTARÁ CON APROVECHAR LA ANESTESIA APLICADA PARA LA EXTRACCIÓN NORMAL DENTARIA, Y POR SI ACASO FUERA NECESARIO COLOCAR UN PUNTO DE SUTURA AISLADO.

PARA EL CASO DE LOS PACIENTES FUTUROS PORTADORES DE PRÓTESIS, - SE LLEVARÁ A CABO LA SIGUIENTE TÉCNICA:

1.- ANESTESIA, DEBERÁ SER POR INFILTRACIÓN REGIONAL Y POR CUADRANTES PARA EL BLOQUEO DE LOS CUADRANTES SUPERIORES SE INFILTRARÁ EN EL NERVI^UO PALATINO ANTERIOR Y COMO REFUERZO O BIEN PARA INTERVENCIÓN EN ANTERIORES EL NASOPALATINO. (RAMAS DEL MAXILAR SUPERIOR) PARA LOS CUADRANTES INFERIORES SE BLOQUEARÁN LAS RAMAS DEL NERVI^UO MAXILAR INFERIOR (NERVI^UO ALVEOLAR INFERIOR Y MENTONIANO).

2.- LA INCISIÓN SE LLEVARÁ A CABO A TODO LO LARGO DE PROCESO ALVEOLAR, APROXIMADAMENTE DE 1 a 2mm. HACIA VESTIBULAR (CORTE DE NEWMAN)- Y HACIENDO UN PEQUEÑO CORTE PERPENDICULAR EN EL INICIO Y FIN DE LA PRIMERA INCISIÓN.

3.- LEVANTAR UN POCO EL MUCOPERIOSTIO, LO SUFICIENTEMENTE NECESARIO PARA UNA BUENA VISIBILIDAD.

4.- PRIMERAMENTE CON UNA LIMA Y DESPUÉS CON UN ALVEOLOTOHO, EN EL CASO DE ARISTAS MUY AGUDAS Y DIFÍCILES DE QUITAR CON LA LIMA SE NIVELAN LAS PROTUBERANCIAS E IRREGULARIDADES A MANERA DE SERRUCHO, PERODÁNDOLE A LA LIMA UN PEQUEÑO JALÓN, HASTA OBTENER UNA SUPERFICIE LISA; EN ALGUNAS OCASIONES TAMBIÉN SE USAN FRESAS DE CARBURO, GENERALMENTE DE BOLA.

5.- SE VERIFICARÁ LA SUPERFICIE PASANDO SUAVEMENTE EL DEDO HASTA NO HALLAR NINGÚN DESNIVEL. SE PROCEDERÁ AHORA A JUNTAR LOS TEJIDOS - BLANDOS SOBRE EL PROCESO, AUNQUE SERÁ NECESARIO ANTES RECORTAR DE 1 A 2mm. DE TEJIDO BLANDO YA QUE ÉSTE GENERALMENTE SOBRA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

6.- SUTURAR LOS COLGAJOS EN POSICIÓN PARA EVITAR DESPLAZAMIENTOS -- POSTERIORES. TAMBIÉN ES CONVENIENTE EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE - LA LÍNEA DE INSERCIÓN EN SENTIDO OCLUSAL, ES MEJOR QUE SE DESPLACE - EN SENTIDO BASAL.

LA SUTURA SE LLEVARÁ A CABO PREFERENTEMENTE CON SEDA 000 QUE ES MATERIAL NO ABSORBIBLE Y CON AGUJA ATRAUMÁTICA.

7.- SE RECOMENDARÁ AL PACIENTE MUCHA LIMPIEZA, Y EN CASO DE HEMORRAGIAS FRECUENTES COLUTORIOS DE AGUA FRIA Y ÁCIDO ASCÓRBICO, ASÍ COMO EN EL CASO DE DOLOR ANALGESICOS COMUNES.

7.- TORUS PALATINO.

SE LE LLAMA TORUS PALATINO A LA HIPERTROFIA BENIGNA DEL MÁXILAR SUPERIOR QUE POR LO GENERAL SE ASIENTA EN LA LÍNEA MEDIA; SON - EMINENCIAS ÓSEAS QUE FORMAN ABULTAMIENTOS ALARGADOS EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR; EN ALGUNAS OCASIONES LOS ENCONTRAREMOS MUY PROMINENTES Y LOBULADOS. ESTÁN CUBIERTOS POR UNA DELGADA CAPA DE MUCOSA, SIENDO EL PERIOSTIO DELGADO SOBRE LAS PROYECCIONES REDONDAS Y GRUESO SOBRE LA PERIFERIA DE LA BASE.

LA REMOCIÓN DEL TORUS NO DEBE QUITARSE EN MASA, DEBIDO A QUE -

MUCHAS VECES ABARCA EL PISO DE LAS FOSAS NASALES Y SE CORRE EL RIESGO DE COMUNICARLAS CON BOCA.

SE HA COMPROBADO QUE ÉSTA ANOMALÍA ES CONGÉNITA, YA QUE NO HAY PRUEBAS CONVINCENTES DE QUE CREZCA O QUE PRESENTE INFLAMACIÓN.

ÉSTE ABULTAMIENTO PUEDE PRESENTARSE DE DOS FORMAS: FUSIFORME O LACIFORME Y PUEDE SER NODULAR CON BORDES REDONDEADOS O BIEN IRREGULAR Y RUGOSO.

ANTES DE LLEGAR A LA CONCLUSIÓN DE QUE EN UN TORUS DEBE HACERSE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PREVIO.

HECHO ÉSTE, POR LO GENERAL NO ESTÁ INDICADA LA EXTIRPACIÓN DEL TORUS A NO SER QUE CAUSE IRRITACIÓN, QUE SU TAMAÑO IMPIDA LA FONACIÓN O BIEN POR EL TEMOR DEL PACIENTE A QUE SE TRATE DE CÁNCER.

PERO EN EL CASO DE LA COLOCACIÓN DE LAS PRÓTESIS SI ES NECESARIO EXTIRPARLO PARA EVITAR EN ESA ZONA ULCERACIONES, INFECCIONES O RASGUÑOS; POR LA MASTICACIÓN DE ALIMENTOS DUROS Y CUYO ÚNICO ALIVIO ES LA REMOCIÓN QUIRÚRGICA Y SU TÉCNICA ES LA SIGUIENTE:

1.- ANESTESIA, PUEDE SER GENERAL AUNQUE ES MUY CONVENIENTE QUE SEA LOCAL; APLICANDO DOS PUNTOS DE ANESTESIA EN EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y EN EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR, (RAMAS DEL NERVI0 MAXILAR SUPERIOR).

2.- LA INCISIÓN SE HACE PASANDO POR EL CENTRO DEL TORUS PALATINO Y TERMINANDO ESTA INCISIÓN POR MEDIO DE DOS CORTES EN FORMA DE V EN LA PARTE SUPERIOR E INFERIOR DE LA PRIMERA INCISIÓN.

HAY QUE TENER CUIDADO AL HACER ESTA INCISIÓN EVITANDO TOCAR --
LOS AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES Y EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

3.- SE LEVANTARÁ EL COLGAJO CON SUMO CUIDADO, YA QUE EN ESTA PARTE--
DE LA MUCOSA ES MUY DELGADA Y SE PUEDE DESGARRAR POR EL HECHO DE --
QUE SE CARECE DE TEJIDO FIBROSO Y EL EPITELIO ESCAMOSO ESTÁ ESTRE--
CHAMENTE ADHERIDO EN ALGUNOS PUNTOS DEL NÓDULO ÓSEO.

4.- UNA VEZ LEVANTADO EL COLGAJO SE LE PUEDE SOSTENER MEDIANTE PUN-
TOS DE SUTURA PARA UNA MEJOR VISIBILIDAD, YA QUE LA MEMBRANA MUCOPEU
RIOSTICA SE TORNA MÁS DENSA Y SE PUEDE ELEVAR CON MAYOR FACILIDAD.

5.- SE PROCEDERÁ A LA ELIMINACIÓN DE LAS EXCRESCENCIAS ÓSEAS; SI SON
PEQUEÑAS, SE PUEDEN QUITAR CON UNA GUBIA AFILADA Y CON UN ESCOPLA,--
PERO EN EL CASO DE SER GRANDES Y LOBULADAS SE TENDRÁN QUE PRACTICAR
ALGUNOS ORIFICIOS SOBRE LOS NÓDULOS MEDIANTE UNA FRESA DE FISURA Y-
UN ESCOPLA PARA REMOVER TODOS LOS NÓDULOS, EL ESCOPLA DEBE DE SER -
DE UN SOLO BISEL Y SE COLOCARA EN LA BASE DEL OSTEOMA CON MOVIMIEN-
TO APLANADOR Y CON EL BISEL DIRIGIDO HACIA EL HUESO PALATINO.

6.- AHORA SE DEBERÁ REDONDEAR EL HUESO PALATINO CON UNA LIMA REDON-
DA O BIEN CON UNA FRESA QUIRÚRGICA EN FORMA DE BARRIL.

7.- COMO LA MUCOSA TIENE PROPIEDADES ELÁSTICAS, HABRÁ NECESIDAD DE-
RECORTARLA Y DE DEJAR LOS BORDES LISOS Y PARALELOS. PARA RECORTAR
EL EXCEDENTE DE MUCOSA SE HARÁ CON TIJERAS O CON BISTURÍ DE HOJA --
RECTA DEL NÚMERO 12.

8.- LA SUTURA SE LLEVARA A CABO POR MEDIO DE PUNTOS AISLADOS CON SE

DA OOO.

9.- SE RECOMENDARÁ AL PACIENTE QUE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN LLEVE UNA DIETA BLANDA POR 4 ó 5 DIAS; SE ABSTENGA DE COMER IRRITANTES Y DE FUMAR O TOMAR. ANALGÉSICOS EN CASO DE DOLOR.

SE CITARÁ AL PACIENTE UNA SEMANA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN PARA QUITAR LOS PUNTOS DE SUTURA.

*NOTA: ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN EL USO DE PLACAS PALATINAS PARA SOSTENER EN ELLAS APÓSITOS DE GASA, PERO SE HA COMPROBADO QUE SON MUY MOLESTAS Y TRAUMÁTICAS PARA LA HERIDA, ASÍ COMO TAMBIÉN ANTIHIGIÉNICAS.

8.- TORUS MANDIBULAR.

SE LE DA EL NOMBRE DE TORUS MANDIBULAR A LA HIPERTROFÍA BENIGNA DEL MAXILAR INFERIOR QUE APARECE PRINCIPALMENTE EN SU CARA LINGUAL A NIVEL DE LOS PREMOLARES Y CANINOS.

SON DE TAMAÑO VARIABLE, PUEDEN SER DEL TAMAÑO DE UN CHICHARO -- HASTA EL TAMAÑO DE MEDIA NUEZ, PRESENTÁNDOSE EN FORMA AISLADA O MÚLTIPLE, CASI GENERALMENTE EN FORMA BILATERAL.

PRESENTA LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS DEL TORUS PALATINO O SEA -- QUE ESTÁ FORMADO POR UNA COMPACTA MASA GRUESA DE DUREZA PÉTREA, CUBIERTOS POR MUCOSA MUY DELGADA Y MUCOPERIOSTIO MUY FINO EN LAS PROYECCIONES REDONDA Y GRUESA EN SUS BASES.

POR LO QUE AQUI SOLO SE DESCRIBIRÁ EL TRATAMIENTO QUE SE LLEVA A CABO PARA SU ELIMINACIÓN.

1.- HIGIENE DE LA BOCA CON SOLUCIÓN ANTISÉPTICA ANTES DE HACER LA INCISIÓN. LA ELIMINACIÓN DE LOS TORUS MANDIBULARES NO ES COMPLICADA-POR LO QUE SE RECOMIENDA:

EFFECTUAR LA INCISIÓN SOBRE LA CRESTA DE LA APÓFISIS ALVEOLAR DE LA MANDÍBULA DESDE EL PRIMER MOLAR DE UN LADO HASTA EL PRIMER MOLAR-DEL OTRO LADO, DEBE DE SER BIEN NÍTIDA Y EXTENDERSE HASTA EL HUESO. SI EXISTEN DIENTES, LA INCISIÓN DEBE HACERSE A NIVEL DEL CUELLO DE - ÉSTOS, LEVANTANDO TODA LA MUCOSA LINGUAL.

2.- SE LEVANTA EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO HASTA UN CENTÍMETRO DEBAJO-DEL TORUS MANDIBULAR, EN AMBOS LADOS DE LA MANDÍBULA. SI EL TORUS-ES BILATERAL EN LA REGIÓN ANTERIOR SE LEGRA MUY POCO EL COLGAJO.

3.- SE COLOCA UNA GASA EN EL CAMPO OPERATORIO ENTRE EL COLGAJO LIN--GUAL, EL CUERPO DE LA MANDÍBULA Y EL ESPACIO QUIRÚRGICO QUE SE EX---TIENDE DEBAJO DEL TORUS, ÉSTO EVITARÁ QUE EL HUESO RESECADO SE PIER-DA EN LAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS DEL PISO DE LA BOCA.

4.- DESPUÉS DE QUE SE HA EXPUESTO EL TORUS, SE PUEDEN HACER SURCOS - CON LAS FRESAS EN LAS CARAS SUPERIORES MESIALES Y DISTALES DE LA PROTUBERANCIA ÓSEA.

LAS EXCRESENCIAS ÓSEAS SE ELIMINAN CON UN ESCOPLA AFILADO Y MARTILLO DÁNDOLES UN GOLPE FIRME QUE LAS FRACTURE.

5.- LAS LIMAS O PIEDRAS PARA CORTAR EL HUESO LO LIMAN Y LO SUAVIZAN, LA IRRIGACIÓN Y LA ASPIRACIÓN ELIMINAN EL POLVO ÓSEO DEL FONDO DE LA CAVIDAD.

6.- SE REMUEVE LA GASA DE LA PROFUNDIDAD DEL CAMPO OPERATORIO, SE COLOCA EL COLGAJO EN SU LUGAR; SI LOS BORDES SE SUPERPONEN, SE RECORTAN CON TIJERA CURVA, HASTA QUE LOS BORDES SE APROXIMEN, POR ÚLTIMO SE HACE UNA SUTURA CONTINUA O DISCONTINUA PARA CERRAR LA LÍNEA DE INCISIÓN.

*NOTA: HAY MÁS PELIGRO DE CAUSAR HEMATOMA POSTOPERATORIO AL EFECTUAR UN TORUS MANDIBULAR QUE AL OPERAR UNA CRESTA MILOHIOIDEA, YA QUE EN LA REGIÓN DE LOS PREMOLARES, EL MÚSCULO MILOHIOIDEO ESTÁ RELATIVAMENTE BAJO EN EL PISO DE LA BOCA DESARROLLÁNDOSE UN DEFECTO QUE FÁCILMENTE ACUMULARÁ SANGRE SI EL COLGAJO LINGUAL ES FLOJO Y NO SE PRESIONA NI SE ADHIERE ÍNTIMAMENTE A LA CARA LINGUAL DE LA MEMBRANA, POR OTRA PARTE DADO QUE ÉSTA REGIÓN ES PROPENSA A INFECCIÓN Y ÉSTA ES DE BASTANTE GRAVEDAD, SE TENDRÁ QUE ACTUAR EN CONSECUENCIA ADMINISTRANDO ANTIBIÓTICOS DURANTE 5 ó 6 DÍAS.

CAPÍTULO V

CIRUGÍA DE TEJIDOS BLANDOS.

1.- FRENECTOMÍA LABIAL.

EL FRENILLO ES UN REPLIEGUE DE LA MUCOSA BUCAL QUE PARTIENDO DE LA CARA INTERNA DEL LABIO, VA A INSERTARSE SOBRE LA UNIÓN DE AMBOS - MAXILARES SUPERIORES.

ALGUNOS FRENILLOS NO TERMINAN A ÉSTE NIVEL, SINO QUE DESCENDEN HASTA EL BORDE ALVEOLAR, RODEÁNDOLO Y VAN A TERMINAR EN LA PAPILA IN TERDENTARIA, DE LA BÓVEDA PALATINA.

EL REPLIEGUE QUE FORMA EL FRENILLO ESTÁ CONSTITUIDO HISTOLÓGICA MENTE POR TRES CAPAS:

- A) EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO DE LA MUCOSA BUCAL.
- B) LA TÚNICA PROPIA, CONSISTE EN TEJIDO CONJUNTIVO, CONTENIENDO HILERAS DE FIBRAS ELÁSTICAS AMARILLAS Y TEJIDO FIBROSO BLANDO.
- C) LA SUBMUCOSA QUE CONTIENE GLÁNDULAS MUCOSAS Y LINFÁTICAS.

FORMAS DE FRENILLOS SEGÚN JACOBS Y MONTI:

- A) ANCHA, BASE EN FORMA DE ABANICO EN EL LABIO.
- B) ANCHA, BASE EN FORMA DE ABANICO ENTRE LOS INCISIVOS.
- C) ANCHO, BASE EN FORMA DE ABANICO EN EL LABIO Y ENTRE LOS INCISIVOS.
- D) AMPLIO, FRENILLO DIFUSO ADIPOSEO.

FORMAS DE LOS FRENILLOS SEGÚN MONTI:

- A) EL FRENILLO DE TIPO ALARGADO, PERO QUE PRESENTA SUS BORDES--
DERECHO E IZQUIERDO PARALELOS.
- B) EL FRENILLO DE FORMA TRIANGULAR, CUYA BASE COINCIDE CON EL--
SURCO GINGIVAL.
- C) EL FRENILLO TRIANGULAR, CON BASE INFERIOR.

ANOMALÍAS QUE SON OCASIONADAS POR EL FRENILLO.

LOS DIVERSOS TIPOS DE FRENILLOS OCASIONAN DISTINTAS ANOMALÍAS -
DENTARIAS, QUE SEGÚN MONTI SON:

LOS FRENILLOS DEL TIPO (A) OCASIONAN UN DIASTEMA QUE SE CARACTE-
RIZA PORQUE LOS EJES DE LOS INCISIVOS SON SENSIBLEMENTE PARALELOS.

EL FRENILLO DEL TIPO (B) ORIGINA UN DIASTEMA CUYA CARACTERÍSTI-
CA RESIDE EN QUE LOS EJES DE LOS INCISIVOS SON CONVERGENTES ESTANDO-
SUS CORONAS MÁS PRÓXIMAS QUE SUS ÁPICES.

EL FRENILLO DEL TIPO (C) ORIGINA UN DIASTEMA EN EL QUE LOS INCI-
SIVOS TIENEN SUS CORONAS AMPLIAMENTE SEPARADAS Y SUS ÁPICES MAS PRÓ-
XIMOS.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

1.- ANESTESIA: EN EL CASO DE UTILIZAR ANESTESIA LOCAL, SE INFI-
TRARÁ EN EL ORIGEN O INSERCIÓN DEL FRENILLO, SE INYECTA DESPACIO ---
USANDO 0.5 cc. EN CADA PUNTO; O SEA UNO DE CADA LADO.

ESPERAMOS DE 3 A 5 MINUTOS ANTES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN.

2.- SE TOMARÁ AHORA UN HEMOSTATO Y LEVANTANDO EL LABIO SE COLOCARÁ PARALELO A LA SUPERFICIE LABIAL DEL PROCESO ALVEOLAR SOBRE EL SURCO; ATRAPANDO DE ÉSTA MANERA LAS FIBRAS DEL FRENILLO.

3.- DESPUÉS SE LLEVARÁ EL LABIO HACIA ARIIBA Y AFUERA HASTA FORMAR UN ÁNGULO DE 90° CON LA SUPERFICIE LABIAL DEL PROCESO ALVEOLAR, AHORA CON UN SEGUNDO HEMOSTATO TOMANDO LAS FIBRAS QUE SE INTRODUCEN EN EL LABIO; JUNTÁNDOSE MUTUAMENTE LAS MORDIENTES DE AMBOS HEMOSTATOS, FORMÁNDOSE DE ÉSTA MANERA UNA V INVERTIDA CON EL FRENILLO LABIAL.

4.- CON UN BISTURÍ O TIJERA QUIRÚRGICA AFILADO BARD-PARKER DEL NÚMERO 11 SE CORTA ALREDEDOR DE LA SUPERFICIE INFERIOR DE LOS DOS HEMOSTATOS, DE MODO QUE CUANDO ESTÉ HECHO EL CORTE LOS DOS HEMOSTATOS, SALEN CON EL TEJIDO ENTRE ELLOS.

ESTE TEJIDO LASTIMADO ESTÁ PROPENSO A INFECTARSE, ASÍ COMO UNA RETRACCIÓN PERMANENTE Y CICATRIZACIÓN LENTA. SUS BORDES DÉBILES A TRAVÉS DE LOS CUALES LA SUTURA PUEDE DESLIZARSE Y CORTAR EL TEJIDO, POR LO TANTO SE DEBEN SUJETAR LOS BORDES DE LA HERIDA HASTA SU COMPLETA CICATRIZACIÓN.

5.- EN CASO DE QUE SE SUTURE, ÉSTA DEBERÁ REALIZARSE CON PUNTOS AISLADOS. AL COLOCAR LA SUTURA SOBRE EL LABIO HAY QUE ESTAR SEGURO DE QUE LAS GLÁNDULAS MUCOSAS ESTÉN CUBIERTAS POR MEMBRANA MUCOSA.

6.- ANTIGUAMENTE SE COLOCABAN VARIAS CAPAS DE 2cm. DE GASA YODOFORMADA, ENTRE LA SUPERFICIE LABIAL DEL BORDE ALVEOLAR Y EL LABIO, O BIEN SE LLEGARON A UTILIZAR APÓSITOS DE WONDER PACK.

EN LA ACTUALIDAD UNA DELGADA PELÍCULA DE TELPHEA O BIEN SE DEJA LA HERIDA AL DESCUBIERTO.

7.- LA ELIMINACIÓN DEL FRENILLO LABIAL SE LLEVARÁ A CABO COMO AYUDA EN TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS, REHABILITACIONES BUCALES, PROSTODONCIA, Y ELIMINACIÓN ESTÉTICA DEL FRENILLO.

8.- SE RECOMIENDA ANALGESIA Y ASEO BUCAL PRIMORDIALMENTE Y EN CASO NECESARIO ANTIBIÓTICOS.

2.- FRENECTOMÍA LINGUAL.

LA FRENECTOMÍA LINGUAL, TAMBIÉN LLAMADA ANQUILOTOMÍA; ES GENERALMENTE PRACTICADA EN EL CASO DE LA ANQUILOGLOSIA (LENGUA ATADA) Y SE REALIZA PARA CORREGIR LA DEGLUCIÓN Y LA FONÉTICA.

ES UNA INTERVENCIÓN SUMAMENTE DELICADA; POR LA CERCANÍA DE LA RAMA TERMINAL DE LA LINGUAL; QUE ES LA ARTERIA RANINA.

1.- ANESTESIA: ESTA PUEDE SER LOCAL, HACIENDO LA INFILTRACIÓN Y BLOQUEO BILATERAL DEL NERVI^O LINGUAL; AUNQUE NO ES MUY CONVENIENTE POR EL HECHO DE QUE ÉSTE TIPO DE INFILTRACIÓN TENSIONA LOS TEJIDOS DIFÍCULTÁNDOSE LA INCISIÓN.

2.- UNA VEZ ANESTESIADA LA LENGUA, DEBE PERMANECER INMOVIL E INSENSIBLE, LUEGO SE MANTIENE LA BOCA ABIERTA, MEDIANTE UN PUNTO DE SUTURA PASADO POR LA PUNTA DE LA LENGUA.

3.- EN LA PARTE POSTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL SE COLOCA UNA COMPRESA DE GASAS DE 10 POR 10cm. PARA IMPEDIR EL PASO DE RESTOS DE SANGRE Y

SALIVA; AUNQUE REALMENTE ÉSTA INTERVENCIÓN SE REALIZA SIN SANGRE, - NO ESTÁ POR DEMÁS PREEVER LA CONGESTIÓN DE SALIVA AÚN CUANDO SE UTILICE SUCCIONADOR; SOBRE TODO EN EL CASO DE USAR ANESTESIA GENERAL.

4.- SE MANTIENE TENSO EL FRENILLO FIBROSO POR LA TRACCIÓN EFECTUADA EN LA PUNTA; CON UNAS TIJERAS AFILADAS DERECHAS SE CORTA POR LA MITAD, ENTRE LA PUNTA DE LA LENGUA Y SU ORIGEN, LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA SÍNFISIS MENTONIANA.

5.- EL CORTE SE DIRIGE HACIA ATRÁS PARALELO AL PISO DE LA CAVIDAD - ORAL, DE UNA LONGITUD DE 4 ó 5cm. O HASTA QUE LA PUNTA DE LA LENGUA PUEDA TOCAR LAS SUPERFICIES LINGUALES, DE LOS DIENTES SUPERIORES ANTERIORES.

6.- EL CORTE DEL FRENILLO A ESE NIVEL EVITARÁ QUE SE TRAUMATICE LA CARÚNCULA SALIVAL Y LOS CONDUCTOS SALIVALES QUE SE ENCUENTRA POR -- ARRIBA DE DONDE SE EFECTÚA EL CORTE.

7.- LA SUTURA SE LLEVARÁ A CABO CON AGUJA CURVA Y SEDA 000; APROXIMANDO LOS BORDES DEL CORTE DEL PISO DE LA BOCA Y LA SUPERFICIE VENTRAL DE LA LENGUA.

LA SUTURA SE HACE SOLAMENTE EN EL TEJIDO SUPERFICIAL NUNCA DEBE ABARCARSE TEJIDOS MÁS PROFUNDOS; SIENDO CON PUNTOS AISLADOS ---- APROXIMADAMENTE A 1cm. ENTRE SI.

8.- DESPUÉS DE LA ANQUILOTOMÍA SE DEBE RECOMENDAR AL PACIENTE ALGUNA TERAPIA DE MOVIMIENTOS Y LENGUAJE.

3.- GINGIVECTOMÍA.

ES UN PROCEDIMIENTO DEFINITIVO PARA LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS - SUPRA ÓSEAS PROFUNDAS, BOLSAS CON PAREDES FIBROSAS CUALQUIERA QUE - SEA SU PROFUNDIDAD, AGRANDAMIENTOS GINGIVALES, ABSCESOS PARODONTA-- LES, CAPUCHONES PERICORONARIOS Y DETERMINADOS CRÁTERES GINGIVALES - INTERDENTARIOS Y ALGUNAS BOLSAS INFRA ÓSEAS.

PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÉSTAS ANOMALÍAS SE USARÁ LA SONDA MILIMÉTRICA, ASÍ COMO TAMBIÉN DEBEMOS INVESTIGAR LA ETIOLOGÍA Y LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES, CONSIDERANDO LA NECESIDAD DE LA -- GINGIVECTOMÍA, CUYA TÉCNICA ES LA SIGUIENTE:

1.- PREMEDICACIÓN, PARA EL CASO DEL PACIENTE APRENSIVO, SE LE RECOMENDARÁ LA INGESTIÓN DE NEMBUTAL (100mg.) APROXIMADAMENTE UNA MEDIA HORA ANTES DE LA INTERVENCIÓN Y UN DÍA ANTES.

2.- ANESTESIA, ÉSTA DEBERÁ SER INFILTRATIVA REGIONAL, ASÍ COMO TAMBIÉN POR CUADRANTES, DÁNDOLE PRIORIDAD A LAS ZONAS MÁS AFECTADAS -- AÚN CUANDO SE TENGA QUE PERDER EL ORDEN ACOSTUMBRADO, DE EMPEZAR -- POR EL CUADRANTE INFERIOR DERECHO, PERO DESDE LUEGO ES CONVENIENTE- DEJAR EL LADO CONTRARIO SIN INTERVENIR PARA PERMITIR AL PACIENTE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS; NO SE DEBERÁN UTILIZAR INYECCIONES DIRECTA- MENTE SOBRE LA PAPILA PERO EN ALGUNOS CASOS SI ES NECESARIO INYEC-- TARLA.

3.- DESPUÉS SE PROCEDERÁ A LA EXPLORACIÓN DE LAS BOLSAS MEDIANTE -- UNA ZONDA MILIMÉTRICA, MARCANDO POSTERIORMENTE CON UNAS PINZAS MAR- CADORAS DEL NÚMERO 27 g. LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, DEJANDO TRES PUNTOS SANGRANTES EN CADA DIENTE, EL PRIMER PUNTO SE MARCA SISTEMÁ-

TICAMENTE POR DISTAL, EL CENTRO PERPENDICULAR AL EJE LONGITUDINAL - DEL DIENTE Y EL ÚLTIMO HACIA MESIAL POR LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y- POSTERIORMENTE POR LA SUPERFICIE LINGUAL O PALATINA, PROCEDIENDO -- ASÍ EN CADA DIENTE PARA MARCAR SU CURSO SOBRE TODA LA SUPERFICIE -- VESTIBULAR Y LINGUAL O PALATINA RESPECTIVAMENTE.

4.- LA INCISIÓN PUEDE SER CONTINUA O DISCONTINUA; SIENDO LA DISCONTINUA PARTIENDO DEL ÁNGULO DISTOVESTIBULAR DEL ÚLTIMO DIENTE HASTA EL ESPACIO INTERDENTARIO DEL DIENTE ADYACENTE SIGUIENDO UNA CONTI-- NUIDAD HASTA LA LÍNEA MEDIA EN AMBOS CASOS, CUANDO HAYA INSERCIONES MUSCULARES EN LA TRAYECTORIA DE LA INCISIÓN SE RELOCARÁN PARA EVI TAR TENSIONES SOBRE LA HERIDA DE LA ENCÍA DURANTE LA CICATRIZACIÓN.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INCISIÓN SON QUE DEBE TRASPASAR LOS- TEJIDOS BLANDOS EN DIRECCIÓN AL DIENTE, EN CASO DE QUE NO SEA ASÍ-- HABRÁ NECESIDAD DE MODIFICARLA.

TAMBIÉN ES NECESARIO QUE TENGA UNA DIRECCIÓN APICAL A LOS PUN- TOS QUE MARCAN LAS BOLSAS, ENTRE LA BASE DE LA BOLSA Y LA CRESTA -- DEL HUESO LO MÁS CERCANO A ÉSTE PERO SIN EXPONERLO.

5.- UNA VEZ REALIZADA LA INCISIÓN POR LA PARTE VESTIBULAR SE PROCE- DERA DE LA MISMA MANERA POR LA PARTE PALATINA Y LINGUAL SIN OLVIDAR SEGUIR LA SECUENCIA DE LAS BOLSAS PARADONTALES ADEMÁS PARA EVITAR - LOS NERVIOS DEL CONDUCTO INCISIVO Y ASÍ MISMO PARA ESTABLECER UN ME JOR CONTORNO GINGIVAL POSTOPERATORIO.

LAS INCISIONES SE HARÁN A UN LADO DE LA PAPILA INCISIVA Y NUN- CA EN SENTIDO HORIZONTAL SOBRE ELLA.

6.- UNA VEZ CONCLUÍDAS LAS INCISIONES VESTIBULAR, LINGUAL O PALATINA SE PROCEDERÁ A UNIRLAS, MEDIANTE OTRA INCISIÓN QUE SE REALIZARÁ DESDE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE ERUPCIONADO EN LA CAVIDAD-BUCAL HASTA UNIR CON LA OTRA INCISIÓN REALIZADA.

ESTA SE HARÁ CON UN BISTURÍ PERIODONTAL DEL NÚMERO 20 Y 21G COLOCADO EN EL FONDO DE LA BOLSA Y BISELADO DE MODO QUE COINCIDA CON-- LAS INCISIONES ANTERIORES PRACTICADAS.

EL BISEL ES APROXIMADAMENTE A 45° CON LA SUPERFICIE DENTARIA, - EN CASO DE NO HACER BIEN ESTE BISEL SE REQUERIRÁ DE UN MAYOR TIEMPO-- PARA QUE SE FORME EL CONTORNO FISIOLÓGICO.

7.- LA REMOCIÓN DE LA ENCÍA ENFERMA ES LA PARTE MÁS IMPORTANTE DEL - TRATAMIENTO PARA AMBOS LADOS, YA SEA LINGUAL O VESTIBULAR AUNQUE ES-- MUY IMPORTANTE Y RECOMENDABLE UTILIZAR BISTURÍ PERIODONTAL NÚMERO 20 Y 21g PARA LA PARTE INTERDENTARIA.

PRIMERAMENTE SE ELIMINARÁ EL TEJIDO DE GRANULACIÓN, POSTERIOR-- MENTE SE HARÁ EL RASPADO MINUCIOSO Y LA ELIMINACIÓN DEL CÁLCULO RADI-- CULAR.

8.- ANTES DE COLOCAR EL APÓSITO PERIODONTAL, SE OBSERVAN LAS SUPERFI-- CIES DE LOS DIENTES PARA DETECTAR RESTOS DE CÁLCULOS O TEJIDOS BLAN-- DOS. SE PROCEDERÁ A LA TOILETT DE LA INCISIÓN CON AGUA TIBIA CU--- BRIENDOLA CON UN TROZO DE GASA DOBLE EN FORMA DE U, SE INDICA AL PA-- CIENTE QUE CIERRE HASTA EL CESE DE LA HEMORRAGIA, SI ÉSTA ES INTER-- PROXIMAL SE ACUÑA CON ALGODÓN EMPAPADO CON ADRENALINA, EN ALGUNOS CA-- SOS EN LOS QUE NO CESA LA HEMORRAGIA DEBERÁ UTILIZARSE EL ELECTROCAU

TERIO O GALVANOCAUTERIO. TAMBIÉN ES RECOMENDABLE ESPERAR HASTA -- OBTENER UN COÁGULO LIMPIO PARA PROPORCIONAR UN ANDAMIO A LOS NUEVOS-VASOS SANGUÍNEOS Y CÉLULAS DE TEJIDO CONECTIVO QUE SE FORMARÁN DURANTE LA CICATRIZACIÓN.

ÉSTE COÁGULO NO DEBE SER MUY VOLUMINOSO, YA QUE ENTORPECERÍA LA COLOCACIÓN DEL APÓSITO.

9.- EL APÓSITO QUIRÚRGICO SERÁ CEMENTO DE WONDER PACK, SE MEZCLARÁ - HASTA OBTENER UNA CONSISTENCIA DE FORMA DE MIGAJÓN, SE CONFECCIONA--RÁN DOS CILINDROS DE LA LONGITUD DEL CUADRANTE; UNO PARA VESTIBULAR Y OTRO PARA PALATINO, TRATANDO DE ADAPTARLO DE LA SUPERFICIE DISTAL A LA LÍNEA MEDIA, PRESIONANDO SUAVEMENTE A LO LARGO DE LA LÍNEA DEL-MARGEN GINGIVAL CON EL LABIO O EL DEDO HUMEDO E INCIDIENDO EN LA PARTE INTERPROXIMAL CON LOS BRAZOS DE LA PINZA DE CURACIÓN SI HAY EXCE-SO DE APÓSITO IRRITARÁ EL PLIEGUE MUCOVESTIBULAR Y EL PISO DE LA BO-CA DIFICULTANDO LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA Y EN OCASIONES INTERFERIRÁ CON LA OCLUSIÓN DEL PACIENTE, POR LO TANTO ES RECOMENDABLE ESPERRAR 15 MINUTOS ANTES DE RECORTARLO Y A LA VEZ ESPERAR A QUE CESE EL-SANGRADO DEBAJO DEL APÓSITO, PARA EVITAR SU CAÍDA.

10.- UNA DE LAS PRINCIPALES FUNCIONES DEL APÓSITO ES CONTROLAR LA HERRMORRAGIA POSTOPERATORIA Y DISMINUIR LA INFECCIÓN, ASÍ COMO TAMBIÉN - AYUDAR A FIJAR LOS DIENTES EN MOVIMIENTO.

11.- LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMÍA A DIENTES ADYACENTES A ZONAS DESDENTADAS, SE HARÁN LAS MISMAS INCISIONES ANTERIORMENTE DESCRITAS, PERO-HABRÁ UNA INCISIÓN MÁS A TRAVÉS DEL REBORDE DESDENTADO POR APICAL A-

LAS BOLSAS Y CERCA DEL HUESO.

LAS BOLSAS QUE LIMITAN CON ESPACIOS DESDENTADOS NO DEBEN SER - ELIMINADOS COMO UNIDADES SEPARADAS, PORQUE ÉSTO CREA ESPACIOS EN LA ENCÍA QUE COMPLICAN LA PRÓTESIS ULTERIOR.

12.- EL APÓSITO EN ZONAS DESDENTADAS SE COLOCARÁ CONTINUO, DE DIEN- TE A DIENTE CUBRIENDO LA ZONA DESDENTADA. LA UNIÓN DE LOS DIENTES SE HARÁ CON UNA LIGADURA DE HILO DENTAL, QUE AYUDARÁ A DETENER EL - APÓSITO SOBRE LA ZONA DESDENTADA.

13.- POSTOPERATORIO, CUANDO SE ELIMINE LA ACCIÓN DE LA ANESTESIA SE TOMARÁN DOS TABLETAS DE ASPIRINA DE 500mg. CADA 4 HORAS EN CASO DE- QUE PERSISTA EL DOLOR.

ES RECOMENDABLE EVITAR LOS ALIMENTOS CALIENTES EN LAS TRES PRI- MERAS HORAS SIGUIENTES A LA INTERVENCIÓN, AUNQUE DE PREFERENCIA DEBE RÁ SEGUIR CON UNA DIETA BLANDA, NO FUMAR, Y DEBERÁ ENJUAGARSE AL SI- GUIENTE DÍA CON ALGUN ANTISÉPTICO BUCAL, NO REALIZAR EJERCICIOS BRUS- COS. EL CEPILLADO DE LOS DIENTES NO DEBERÁ SUSPENDERSE, AUNQUE DE- BE HACERSE DELICADAMENTE Y USAR HILO DENTAL.

EL USO DE ANTIBIÓTICO SERÁ SOLAMENTE EN CASO MUY NECESARIO Y -- COMBINADO CON VITAMINAS B Y C, A LA SEMANA DEBE PRESENTARSE EL PA--- CIENTE PARA RETIRAR EL APÓSITO Y EN CASO DE QUE EXISTIERAN ALIMENTOS EMPACADOS, HACER UNA PEQUEÑA LIMPIEZA CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN AL IGUAL QUE SI SE LLEGARÁN A ENCONTRAR PARTÍCULAS DE TEJIDO GRANULOMA- TOSO.

TOSO.

4.- GINGIVOPLASTÍA.

LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL CON FRECUENCIA PRODUCE DEFORMACIONES EN LA ENCÍA QUE ENTORPECE LA EXCURSIÓN NORMAL DE LOS -- ALIMENTOS, COLECCIONA PLACA IRRITANTE Y RESIDUOS DE ALIMENTOS, PRO-- LONGA Y AGRAVA EL PROCESO PATOLÓGICO, GRIETAS GINGIVALES Y CRÁTERES, PAPILAS INTERDENTARIAS EN FORMA DE MESETAS CAUSADAS POR LA GINGIVI-- TIS ULCERONECROZANTE AGUDA Y AGRANDAMIENTO GINGIVAL, SON EJEMPLOS DE TALES DEFORMACIONES. LA REMODELACIÓN ARTIFICIAL DE LA ENCÍA PARA - CREAR CONTORNOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS SE DENOMINA GINGIVOPLASTÍA.

POR LO GENERAL SE REALIZA COMO SEGUNDA OPERACIÓN SOBRE LA ENCÍA-- CICATRIZADA EN LA QUE PERSISTIERON ANORMALIDADES DESPUÉS DEL TRATA-- MIENTO ANTERIOR.

LA MAYORÍA DE LAS DEFORMACIONES DE LA ENCÍA PUEDEN CORREGIRSE ME DIANTE LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMÍA DESCRITA EN EL CAPÍTULO ANTERIOR-- SIN QUE PRECISE UNA GINGIVOPLASTÍA ULTERIOR, SIEMPRE Y CUANDO LA GINGIVECTOMÍA ESTÉ BIEN HECHA. ESTO SIGNIFICA QUE LA INCISIÓN DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDA PARA ELIMINAR EL TEJIDO ENTRE EL FONDO DE LA BOLSA Y EL HUESO; LA INCISIÓN DEBE DE ESTAR ADECUADAMENTE BISELADA

LAS INDICACIONES PARA HACER LA GINGIVOPLASTÍA SON:

LA GINGIVOPLASTÍA SE HACE COMO PROCEDIMIENTO COMPLEMENTARIO CUANDO EL REMODELADO NO SE INCLUYE EN EL TRATAMIENTO INICIAL O CUANDO LA-- CICATRIZACIÓN INESPERADAMENTE PRODUCE ANORMALIDADES GINGIVALES.

LA GINGIVOPLASTÍA SE PUEDE HACER CON UN BISTURÍ PERIODONTAL, -- ESCALPELO, PIEDRA ROTATORIA DE DIAMANTE, DE GRANO GRUESO O ELECTRO-CIRUGÍA; SE COMPONE DE PROCEDIMIENTOS QUE SEMEJAN A LOS REALIZADOS- EN LOS FESTONEADOS DE DENTADURAS ARTIFICIALES, QUE SON: AFINAMIENTO DEL MARGEN GINGIVAL, CREACIÓN DE UN CONTORNO MARGINAL FESTONEADO, - ADELGAZAMIENTO DE LA ENCÍA ISERTADA, CREACIÓN DE SURCOS INTERDENTA- LES VERTICALES Y REMODELADO DE LA PAPILA INTERDENTARIA PARA PROPOR- CIONAR VÍAS DE ESCAPE A LOS ALIMENTOS.

LA TENDENCIA NATURAL DE LA CICATRIZACIÓN DE LA ENCÍA ES GENE-- RAR CONTORNOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS, NO ANORMALIDADES GINGIVALES, SIEMPRE QUE LAS CONDICIONES LOCALES NO PERTURBEN EL PROCESO DE CICA TRIZACIÓN. ÉSTO SIGNIFICA, QUE ADEMÁS DE HACER CIRUGÍA HAY QUE CO RREGIR DIENTES MAL ALINEADOS, ENTRECruzAMIENTO ANTERIOR EXCESIVO -- CON APOYO SOBRE LA ENCÍA SUPERIOR E INFERIOR, RESTAURACIONES MAL -- CONTORNEADAS Y ZONAS DE IMPACTO ALIMENTICIO.

TAMBIÉN LA HIGIENE BUCAL EFICAZ ES ESCENCIAL PARA LA CONSECU-- CION Y MANTENIMIENTO DE CONTORNOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS.

5.- PERICORONITIS.

LA DENOMINACIÓN DE PERICORONITIS SE REFIERE A LA INFLAMACIÓN - DE LA ENCÍA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON LA CORONA DE UN DIENTE PARCIAL MENTE ERUPCIONADO, SIENDO MÁ S FRECUENTEMENTE EN LA ZONA DE LOS TER- CEROS MOLARES INFERIORES.

LA PERICORONITIS SE PUEDE DIVIDIR EN:

A) AGUDA.

B) SUBAGUDA.

C) CRÓNICA.

LA ZONA DE PERICORONITIS QUE ES UN ESPACIO ENTRE LA CORONA DEL DIENTE Y EL COLGAJO DE LA ENCÍA QUE LA RECUBRE ES UNA ZONA IDEAL PARA LA ACUMULACIÓN DE RESIDUOS ALIMENTICIOS Y POR LO TANTO DE PROLIFERACIÓN BACTERIANA.

INCLUSO EN PACIENTES QUE NO PRESENTAN NINGUNA MOLESTIA, EL COLGAJO GINGIVAL SUELE INFLAMARSE E INFECTARSE O BIEN PRESENTAR ULCERACIONES DE DIVERSOS GRADOS EN SU SUPERFICIE INTERNA, AÚN CUANDO NO APAREZCA NINGÚN SÍNTOMA O SIGNO.

LA PERICORONITIS AGUDA SE IDENTIFICA POR LOS DIFERENTES GRADOS DE INFLAMACIÓN DEL COLGAJO PERICORONARIO Y LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES. LA SUMA DEL LÍQUIDO INFLAMATORIO Y EL EXUDADO CELULAR PRODUCE UN AUMENTO DE VOLUMEN QUE IMPIDE EL CIERRE COMPLETO DE LOS MAXILARES Y AL HACER CONTACTO CON EL MAXILAR CONTRARIO SE AGRAVA LA INFLAMACIÓN.

EL CUADRO CLÍNICO ES DE UNA LESIÓN SUPURATIVA, EDEMATOSA Y MUY ENROJECIDA, DOLOROSA QUE SE IRRADIA AL OÍDO, GARGANTA Y PISO DE LA BOCA, PRESENTÁNDOSE TAMBIÉN LINFOADENITIS, FIEBRE, LEUCOCITOSIS Y MALESTAR GENERAL.

ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA PERICORONITIS SON:

INFECCIÓN PROPAGADA HACIA LA ZONA BUCOFARÍNGEA, DIFICULTANDO LA DEGLUSIÓN.

SEGÚN LA INTENSIDAD Y EXTENSIÓN DE LA INFECCIÓN, SE INFARTAN -- LOS GANGLIOS SUBMAXILARES Y CERVICALES POSTERIORES Y PROFUNDOS LLE-- GANDO A FORMARSE UN ABSCESO PREAMIGDALINO Y ANGINA DE LUDWING, LOS - CUALES SON INFRECUENTES PERO POTENCIALES; ÉSTOS SON ALGUNOS DE LOS - CASOS EN QUE HABRÍA DE PRACTICARSE LA OPERCULECTOMÍA, QUE CONSISTE - EN LA SIGUIENTE TÉCNICA:

1.- ANESTESIA.

DEBERÁ SER REGIONAL E INFILTRATIVA, DEPENDIENDO DEL LADO EN QUE SE ENCUENTRE LA PERICORONITIS.

2.- SE INTRODUCE UNA ESPÁTULA DE FREER POR DEBAJO DEL CAPUCHÓN ENTRE ESTE Y LA CORONA DEL MOLAR. SE RECORRE CON EL INSTRUMENTO TODA LA EXTENSIÓN DE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR.

3.- INCISIONES.

CON UN BISTURÍ DE HOJA CORTA SE PRACTICAN DOS INCISIONES PARALELAS A LA ALTURA DE LOS BORDES BUCAL Y LINGUAL DE LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR RETENIDO; ÉSTAS INCISIONES DEBEN LLEGAR PROFUNDAMENTE HASTA ENCONTRAR EL TEJIDO ÓSEO O EL ESMALTE DENTARIO. SE VUELVE A COLOCAR LA ESPÁTULA DE FREER Y SE DESPRENDE EL COLGAJO DE TODAS SUS POSIBLES ADHERENCIAS; SE LE TOMA CON UNA PINZA DE KOCHER, SE TRACCIONA HACIA ADELANTE Y CON UNA TIJERA CURVA O CON UN BISTURÍ SE SECCIONA A NIVEL DE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR.

4.- ESTA OPERACIÓN PUEDE TERMINARSE POR MEDIO DEL GALVANOCAUTERIO.

TRACCIONANDOSE EL COLGAJO HACIA ADELANTE, SE CAUTERIZA SU BASE CON--

EL GALVANOCAUTERIO; SE TOCAN LOS PUNTOS SANGRANTES CON EL MISMO O CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN IMPREGNADO CON UNA SOLUCIÓN AL 20% DE -- ÁCIDO TRICLORO ACÉTICO O NITRATO DE PLATA; OTRO MÉTODO ES POR DIA-- TERMIA (BISTURÍ ELÉCTRICO) QUIRÚRGICA; SE PROCEDE DE LA MISMA MANERA, TRATANDO DE EXTIRPAR EL CAPUCHÓN.

ÉSTE MÉTODO TIENE ALGUNAS VENTAJAS APRECIABLES; DISMINUYE LAS- POSIBILIDADES DE INFECCIÓN; PERO SIEMPRE TRATANDO DE ELIMINAR EL CA PUCHÓN HASTA EL CUELLO DEL DIENTE.

5.- NO ES CONVENIENTE APLICAR NINGÚN PUNTO DE SUTURA PARA EVITAR LA RESIDIVA. RECOMENDAR AL PACIENTE HIGIENE, EVITAR LA INGESTIÓN DE- IRRITANTES Y NO HACER COLUTORIOS.

EN CASO DE QUE HUBIERA DOLOR, SE TOMARÁ ALGÚN TIPO DE ANALGÉSICO, NO HACER ESFUERZOS FÍSICOS, ANTIBIÓTICOS EN CASO NECESARIO.

CAPÍTULO VI

QUISTES

1.- RADICULAR O APICAL (DE ORIGEN DENTAL).

ÉSTOS QUISTES SON LOS TIPOS QUE MÁS SE ENCUENTRAN EN LA CAVIDAD ORAL, SUELE SER PRECEDIDA POR UN GRANULOMA EN EL ÁPICE DE UN DIENTE-TRATADO SIN PULPA.

EL DIENTE INFECTADO SE EXTRAE, LOS PEQUEÑOS QUISTES RADICULARES PUEDEN SER ENUCLEADOS A TRAVÉS DEL ALVEOLO, INSERTANDO EL BORDE DELGADO DE UNA CURETA DE TAMAÑO GRANDE, ENTRE LA BOLSA QUÍSTICA Y EL TEJIDO ÓSEO CIRCUNDANTE. LA CONCAVIDAD DE LA CURETA SE EMPUJA ENTRE LA PARED DEL SACO EPITELIAL Y EL HUESO, EMPEZANDO EN LA UNIÓN DEL ALVEOLO Y LA PARED QUÍSTICA.

CUANDO YA SE HA DESPRENDIDO TODA LA BOLSA QUÍSTICA DE SU PERIFERIA, SE DA VUELTA A LA CURETA, COLOCANDO LA CONCAVIDAD HACIA LA CAVIDAD Y CON UN MOVIMIENTO DE EXCAVACIÓN SE DESLIZA LA CURETA DEBAJO DE LA PARED QUÍSTICA PARA DESPRENDERLA DEL RESTO DE LA UNIÓN CON EL HUESO.

SI ENCUENTRA DIFICULTAD PARA DESPRENDER LA BOLSA QUÍSTICA, SE--DESCARTA LA CURETA Y SE USA LA PINZA DE MOSQUITO PARA APREHENDER UNA PORCIÓN DE LA PARED QUÍSTICA Y EXTRAER LA BOLSA DE LA CAVIDAD. AHO

RA LA CAVIDAD DEBE SER EXAMINADA CUIDADOSAMENTE PARA ASEGURARSE DE QUE LA BOLSA QUÍSTICA HA SIDO ELIMINADA COMPLETAMENTE.

UNA PUNTA DE SUCCIÓN Y UNA BUENA LUZ SON ESCENCIALES. LAS -- PARTES DE LA CAVIDAD QUE NO SON VISIBLES DEBEN EXPLORARSE CON LA CURETA; SI SE DEJAN RESTOS DEL QUISTE HABRÁ RESIDIVA.

LOS GRANDES QUISTES RADICULARES REVELADOS POR LAS RADIOGRAFÍAS GENERALMENTE COMPRENDEN VARIOS DIENTES.

ES MUY IMPORTANTE QUE LOS DIENTES SIN VITALIDAD SEAN EXTRAÍDOS O TRATADOS. PARA ESTO DEBEMOS CONTROLAR TODOS LOS DIENTES CON EL PROBADOR PULPAR ELECTRÓNICO.

AÚN EN ALGUNOS CASOS DE DIENTE SIN VITALIDAD ES PREFERIBLE HACER EL TRATAMIENTO DE LOS CONDUCTOS RADICULARES Y MANTENERLOS; CON EL TIEMPO EL HUESO LLENARÁ LA CAVIDAD ALREDEDOR DE LOS DIENTES VITALES.

LOS GRANDES QUISTES RADICULARES NO DEBEN ENUCLEARSE A TRAVÉS - DEL ALVEOLO DE UNA GRAN CAVIDAD QUÍSTICA, POR LA GRAN POSIBILIDAD -- DE NO ELIMINAR TODA LA BOLSA QUÍSTICA CON LA INEVITABLE RESIDIVA.

PARA ELIMINAR LOS GRANDES QUISTES RADICULARES HAY QUE HACER UN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO BASTANTE GRANDE, Y EXPONER EL HUESO ALVEOLAR QUE CUBRE LA ZONA QUÍSTICA. SE HACE UNA ABERTURA A TRAVÉS DEL HUESO CON FRESAS QUIRÚRGICAS Y LUEGO SE AGRANDA CON PINZA GUBIA. SE SIGUE ELIMINANDO EL HUESO HASTA QUE SE LLEGA AL HUESO SOLIDO; CON - LO CUAL SE HABRÁ LOGRADO UNA ABERTURA ADECUADA PARA LA ELIMINACIÓN-

DE QUISTE EL CUAL SE DESPRENDE POR MEDIO DE UNA CURETA GRANDE ADECUADA A LA CRIPTA ÓSEA. LA RAZÓN PARA USAR LA CURETA GRANDE ES LA DE EVITAR PUNZAR LA PARED QUÍSTICA.

DESPUÉS DE QUE SE HA EXTRAÍDO LA BOLSA QUÍSTICA, SE EXAMINA LA CAVIDAD, SE ALISA LA PARED ALVEOLAR Y SE IRRIGA LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO.

SI EL QUISTE ESTUVIERA INFECTADO, SE COLOCAN EN LA CAVIDAD DE 6 A 12 GRs. DE SULFANIDAMIDA CRISTALIZADA, DEPENDIENDO DEL TAMAÑO DE LA CAVIDAD.

SI SE HIZO EL COLGAJO, ESTE SE VUELVE A SU LUGAR SUTURÁNDOLO -- CON SEDA 000, NO HAY NECESIDAD DE EMPAQUETAR GASA YODOFORMADA EN -- LA CAVIDAD.

A MEDIDA QUE SE FORME EL TEJIDO DE GRANULACIÓN, LA CAVIDAD SE -- PUEDE IRRIGAR CON UNA SOLUCIÓN DE HIPOCLORITO DE SODIO AL 1%.

2.- RÁNULA (QUISTE RETENTIVO).

LA RÁNULA ES UN QUISTE LOCALIZADO DEBAJO DE LA LENGUA, EN LA -- PARTE ANTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL. TIENE UNA CÁPSULA DELGADA Y -- UNA TRANSPARENCIA AZULADA; Y ES DEBIDA A LA OBSTRUCCIÓN DE LAS GLÁNDULAS MUCOSAS (LAS GLÁNDULAS INCISIALES DE SUZANNE) O DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SUBLINGUALES (GLÁNDULAS DE RIVIN), ÉSTOS QUISTES ESTÁN LLENOS DE UN LÍQUIDO MUCOSO CRISTALINO GRUESO.

NO SON DOLOROSOS SINO BLANDOS Y FLUCTUANTES. SE FORMAN LENTAMENTE Y SE ENCUENTRAN GENERALMENTE A UN LADO DE LA LÍNEA MEDIA.

A VECES SE ROMPEN ESPONTÁNEAMENTE, PERO VUELVEN A FORMARSE. SU TRATAMIENTO ES UNA SIMPLE INCISIÓN Y DRENAJE, PRODUCEN RECIDIVA.

LA MARSUPIALIZACIÓN ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN Y CONSISTE - EN LA ECISIÓN DE LA PARED ANTEROPOSTERIOR DEL QUISTE Y LA SUTURA DE LA PARED QUÍSTICA A LA MUCOSA DEL PISO DE LA BOCA, COMO EN LA OPERACIÓN DE PARTSCH.

LA ENNUCLEACIÓN DE ÉSTOS QUISTES NO ES COMPLETAMENTE IMPOSIBLE SI SE TRATA ADECUADAMENTE LA DELGADA CÁPSULA QUE LOS RODEA, YA QUE UNA VEZ QUE SE HA ROTO ES IMPOSIBLE SABER SI SE HAN ENNUCLEADO TODO O HAN QUEDADO RESTOS.

SI NO SE ELIMINA TODA LA MEMBRANA QUÍSTICA LA RECIDIVA ES SEGU RA. LA TÉCNICA A SEGUIR ES:

SI SE UTILIZA ANESTESIA TRONCULAR, HAY QUE TRATAR DE ANESTE--- SIAR EL NERVIJO LINGUAL PERFECTAMENTE. SE USA LA MISMA TÉCNICA CON LA DIFERENCIA QUE LA AGUJA NO SE PROFUNDIZA EN EL SURCO MANDIBULAR.

LA AGUJA PENETRA EN LA MEMBRANA MUCOSA MEDIO CENTÍMETRO, DEPOSITÁNDOSE AHI 0.5 DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA MUY LENTAMENTE.

EL PACIENTE COLOCA LA PUNTA DE LA LENGUA CONTRA EL PALADAR LOMÁS ALTO POSIBLE.

SI SE USA ANESTESIA GENERAL, LA LENGUA SE FIJA HACIA ARRIBA Y ATRÁS. SE HACE UNA INCISIÓN DE 1CM. EN EL CENTRO DE LA MUCOSA Y - PARED QUÍSTICA. SE ELIMINA EL LÍQUIDO SUCCIONÁNDOLO, LA CAVIDAD - SE LLENA CON GASA BORDEADA DE 1CM. DE ANCHO, ESTERILIZADA HASTA QUE

DELIMITE COMPLETAMENTE.

SE PASA UNA SUTURA EN EL CENTRO DE LA INCISIÓN. LA CAVIDAD---
QUÍSTICA SE LLENA DE GASA, POR MEDIO DE PRESIÓN DIGITAL DEBAJO DE LA
MANDÍBULA.

CON UNA TIJERA DEAN DEL NÚMERO 9 Y EMPEZANDO EN UN EXTREMO DE -
LA PRIMERA INCISIÓN SE CORTA LA MEMBRANA MUCOSA Y QUÍSTICA. SOBRE-
LA PARTE SUPERIOR DE LA CAVIDAD LLENA DE GASA Y ALREDEDOR DEL PERÍME-
TRO DEL QUISTE. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS UNAS POCAS SUTURAS SE--
RÁN NECESARIAS PARA UNIR LA MUCOSA BUCAL Y LA MEMBRANA QUÍSTICA.

EN OTRAS OCASIONES SERÁ CONVENIENTE LLENAR EL QUISTE CON ALGINA
TO PARA QUE ADQUIERA CIERTA DUREZA Y ASÍ FACILITAR SU ENNUCLEACIÓN.

3.- QUISTES MUCOSOS O MUCOCELES (QUISTE RETENTIVO).

LAS GLÁNDULAS MUCOSAS O SALIVALES FORMAN QUISTES DE UNA MANERA-
SIMILAR A LA RÁNULA PERO EN GLÁNDULAS MÁS PEQUEÑAS SOBRE LOS LABIOS,
MEJILLAS O LENGUA, ADQUIRIENDO UN COLOR AZULADO A MEDIDA QUE EXPAN--
DEN LOS TEJIDOS. UN LUGAR COMÚN DE LOCALIZACIÓN ES SOBRE EL LABIO-
INFERIOR OPUESTO AL CAMINO.

SU TRATAMIENTO ES EL SIGUIENTE: GENERALMENTE BASTA CON LA MARSU-
PIALIZACIÓN. A VECES ES NECESARIO LA ECISIÓN DE LA GLÁNDULA SI HA-
RECIDIVADO.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- COMPRENDEMOS QUE PARA ESTABLECER UN BUEN DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ALTERACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LOS TEJIDOS DUROS Y Blandos DE LA CAVIDAD BUCAL Y SUS ANEXOS, ES NECESARIO TENER CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS EXTERNOS E INTERNOS - QUE LA PRODUCEN Y SU MODO DE ACCIÓN.
- 2.- DEBEMOS CONOCER LA SERIE DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN A LA ALTERACIÓN, AYUDÁNDONOS DE LOS METODOS NECESARIOS QUE - TENGAMOS A NUESTRO ALCANCE, PUES EN ELLOS SE BASA UN BUEN - DIAGNÓSTICO ACERTADO.
- 3.- ES NECESARIA UNA DISCIPLINA CLÍNICA SUFICIENTE, CAPAZ DE ESTABLECER UN BUEN DIAGNÓSTICO ACERTANDO LOS DIVERSOS GRADOS DE ALTERACIÓN FISIOPATOLÓGICA PARA DETERMINAR UN PRONÓSTICO --- CORRECTO.
- 4.- ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO Y FUNDADO EL PRONÓSTICO DE LA ALTERACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LOS TEJIDOS DUROS Y Blandos- ESTAREMOS EN CONDICIONES DE INTERVENIR CON LA TÉCNICA ADECUADA.

B I B L I O G R A F Í A.

- 1.- DURANTE AVELLANAL CIRO
DICIONARIO ODONTOLÓGICO.
EDITORIAL MUNDI, S.A.I.C. Y F.
BUENOS AIRES ARGENTINA 1978
3a. EDICIÓN, VOLUMEN ÚNICO.
926 PÁGINAS.
- 2.- BJORN JORGENSEN HAYDEN
ANESTESIA ODONTOLÓGICA
PRIMERA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO D.F. 1970
143 PÁGINAS.
- 3.- GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA
CUARTA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO D.F.
999 PÁGINAS.
- 4.- KRUGER O. GUSTAVO
CIRUGÍA BUCAL
CUARTA EDICIÓN
TOMO I
EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO D.F. 1978
616 PÁGINAS.

- 5.- MAJOR
PROPÉDÉUTICA MÉDICA
OCTAVA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA MEXICO, D.F. 1977
362 PÁGINAS.
- 6.- MANSON-HING WVEHRMANN
RADIOLOGÍA DENTAL
SEGUNDA EDICIÓN.
EDITORIAL SALVAT.
MALLORCA, BARCELONA ESPAÑA, 1975
481 PÁGINAS.
- 7.- OSAWA D.Y.
PROSTODONCIA TOTAL
PRIMERA EDICIÓN
EDITORIAL U.N.A.M.
1979 MÉXICO, D.F.
487 PÁGINAS.
- 8.- QUIROZ G.F.
ANATOMÍA HUMANA
DÉCIMA EDICIÓN
TOMO II
EDITORIAL PORRUA, MÉXICO, D.F.
525 PÁGINAS.

9.- THOMA K.H.
PATOLOGÍA BUCAL
TOMO II
SEGUNDA EDICIÓN
EDITORIAL UTHEA
MÉXICO, D.F.
1584 PÁGINAS.