

248
209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ALVEOLECTOMIA Y ALVEOLOPLASTIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:
FRANCISCA MEDINA MEDINA



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción

ALVEOLECTOMIA

Capítulo I

Indicaciones

Capítulo II

Técnica de la Extracción con Alveolectomía

- Instrumental
- Técnica de la Operación

Capítulo III

Tiempos de la Operación

I. Incisión

Características que debe reunir una incisión

2. Preparación del Colgajo
3. Osteotomía y Ostectomía
4. Extracción propiamente dicha
 - Tiempos de la Extracción
5. Tratamiento de la cavidad ósea
 - Medicamentos
 - Gasas con medicamentos
 - Drenaje

6. Sutura

ALVEOLOPLASTIA

Capítulo IV

Alveoloplastia

- Alveoloplastia Simple
- Alveoloplastia Radical

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCION

La extracción por medio de la alveolectomía, es una operación quirúrgica que se realiza en el tratamiento de los órganos dentarios que se encuentran en posición anómala, portadores de piezas de prótesis, coronas profundamente destruidas, fracturas en intentos quirúrgicos previos, alveólos hipercalcificados, fragilidad del diente, por citar algunos casos en los que se encuentra indicada esta técnica.

La finalidad de la extracción con alveolectomía es suprimir parte de la tabla alveolar que protege al diente, de esta manera se podrá realizar con mayor facilidad la avulsión del diente, evitando traumatizar lo menos posible los tejidos adyacentes al mismo tanto tejidos duros como tejidos blandos, ayudando a su rápida recuperación y regeneración de la región operada.

Después de realizada la alveolectomía vamos a efectuar una alveoloplastia la cual se encarga de la eliminación de espículas óseas, crestas, o alguna elevación del hueso que pueda lesionar el tejido mucoperióstico que debe de ir adherido al hueso después de realizada la alveolectomía y la alveoloplastia.

El tejido mucoperióstico se va a colocar sobre el hueso para ver que cantidad de tejido se va a cortar y no queden excedentes del mismo para una pronta regeneración de la zona operada.

ALVEOLECTOMIA

LA EXTRACCION CON ALVEOLECTOMIA ES LA OPERACION MEDIANTE LA CUAL SE ELIMINA UN ORGANO DENTARIO DE SU ALOJAMIENTO OSEO, PREVIA RESECCION DE LA TABLA DE HUESO QUE LO RECUBRE.

CAPITULO I

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

1. Dientes en posición anómala (heterotópicos, ectópicos en posición viciosa, parcialmente retenidos).
2. Dientes portadores de piezas de prótesis (pivotes, jacket crowns).
3. Dientes con coronas profundamente destruidas -- por caries, y donde no puede haber punto útil -- de aplicación de las fuerzas.
4. Dientes fracturados en intentos quirúrgicos previos.
5. Alveólos hipercalcificados, en personas adultas.
6. Fragilidad del diente. "Muchos de los dientes -- que deben ser extraídos son dientes sin vitalidad".

Deben confirmarse los datos clínicos por medio del examen radiográfico previo al tratamiento quirúrgico.

El examen radiográfico debe ser una maniobra de rutina antes de realizar la extracción por medio de alveolectomía. La base de una correcta técnica quirúrgica es la radiografía preoperatoria.

La extracción con alveolectomía adquiere con la radiografía un mayor número de indicaciones, estas son:

1. Dientes retenidos
2. Dientes parcialmente retenidos
3. Dientes que presentan anomalías radiculares de -- forma, de número y de dirección; cementosis, di+leceraciones.
4. Extracción de raíces (cuando no reúnan las condi



Resaca profunda de un diente.



Lesión de fractura desde la corona.



Carinas profundas de dientes premolares. A. Radiografía de primer premolar. B. Radiografía de segundo premolar superior. La radiografía en C muestra el defecto postoperatorio. Resaca profunda de un diente por trauma traumático. D. Radiografía de un diente superior destruido por caries. E. Radiografía de un diente superior destruido por caries. F. Radiografía de un diente superior destruido por caries.



Radiografía de la región de los premolares y molares superiores. A. Primer premolar con fractamiento de conducto insuficiente, dilatación y fractura (donde marca la línea). B. Segundo premolar, con gran dilatación radicular y quista paradentaria.



Fractura total de diente en el acto operatorio.

182 IV. CONCLUSIÓN



Fig. 1. Radiografía de un diente premolar superior. Fractura profunda de un diente premolar superior.



Lesión de fractura desde la corona inferior.

ciones exigidas para su extracción por vía alveolar.

5. Fractura radicular, en el acto operatorio (ind cada la extracción con alveolectomía y la ex--- tracción por seccionamiento).
6. Intervención sobre procesos patológicos periapi cales, en el acto de la extracción dentaria.
7. Dientes disminuidos en su resistencia coronaria y radicular, debido a la existencia de caries o aparatos protésicos (coronas, pivotes, obtura-- ciones metálicas).
8. Fragilidad del diente: resorción idiopática o - dentinaria interna; caries con puerta de entra da o iniciación poco o nada visibles clínicamente, en la cual ambos procesos, resorción y ca-- ries, tienen un aspecto radiográfico muy parecí do.



Dientes portadores de prótesis temporales, pivotes, jacks y coronas, que utilizan esta técnica para su extracción.



Radiografías de dientes con sus coronas desintegradas en grado variable por procesos cariosos.



Segundo premolar inferior; gran caries y dilatación hacia distal. Estaba indicada la extracción por absceso de una externa, pero no se procedió de esta manera. El resultado fue la fractura radicular, como se observa en B.



Radiografía de región de molares inferiores. Haces de primer molar, pueden notarse dilatación, cementosis, tratamiento de conductos radiculares y procesos apicales.



Radiografía de región de molares inferiores. Haces de primer molar radiadas en todas sus caras por tejidos de segunda molar se presenta en nueva versión.

CAPITULO II

TECNICA DE LA EXTRACCION CON ALVEOLECTOMIA

El fin de la extracción con alveolectomía es suprimir parte de la tabla alveolar que protege al diente, objeto de nuestro tratamiento.

INSTRUMENTAL

- a) Bisturí.- Con hoja corta y filosa
- b) Periostótomo.- Son necesarios para separar la fibromucosa gingival. Pueden usarse las legras simples. Es necesario que estos instrumentos - no lesionen las delicadas estructuras de la encía.
- c) Separadores.- Romos o de Farabeuf.

Instrumental para Ostectomía.- Los principales son:

- a) Escoplos a mano o martillo automático
- b) Fresas para hueso.

Instrumental para la extracción propiamente dicha.

- a) Elevadores
- b) Pinzas para extracciones.- algunos - dientes pueden ser extraídos con pinzas, después de practicar la ostectomía.

Material para sutura:

- a) Aguja (curvas y rectas)
- b) Portaaguja
- c) Hilo de seda, de lino, cargut, nylon (se - prefiere el último).

TECNICA DE LA OPERACION

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

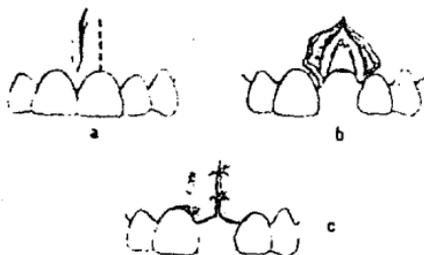


Fig. 9-48. La incisión no debe coincidir con la brecha ósea. a. incisión incorrectamente trazada; b. los colgajos separados; c. al ser suturados la incisión coincide sobre la cavidad ósea y no descansan, por lo tanto, sobre el hueso firme.

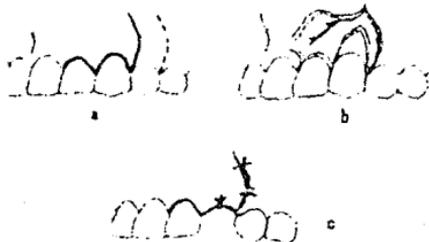


Fig. 9-49. Colgajo angular para la extracción con alveolectomía del canino superior izquierdo a. incisión; b. el colgajo desplazado hacia el lado mesial y alveolectomía; c. el colgajo suturado. En este caso la incisión cumple con los requisitos: descansar después de la sutura, sobre hueso sano. En línea de puntos se ha señalado un colgajo más extendido, que cumple mejor su función. En las figuras a y b que aparece esta línea de puntos se ha querido significar lo mismo.

CAPITULO III

TIEMPOS DE LA OPERACION

I. INCISION

Debe mantenerse tensa la fibromucosa o encía - con los dedos de la mano izquierda, los cuales apartan - los labios o se apoyan sobre los separadores, se apoyan los dedos meñique y anular para realizar un corte de una sola intensión, atravesando el periostio hasta llegar al tejido óseo.

Incisión recta, de un solo trazo, que facilite la - preparación del colgajo, el cual debe estar bien nutrido para evitar su necrosis. Este colgajo ha de permitir un campo operatorio amplio, bien iluminado, de fácil acceso; no debe interponerse a las maniobras quirúrgicas con el fin de no ser lesionado con los instrumentos en el acto operatorio. Un colgajo traumatizado y herido tras una ma la o viciosa cicatrización, con la retracción consecuti- va.

Es necesario que el bisturí sea de filo perfecto, - para no desgarrar la mucosa ni lesionar el periostio.

La incisión debe situarse en tal posición que una - vez vuelto el colgajo a su sitio y suturado, esta sutura descansa "sobre hueso sano". Los colgajos suturados sin base ósea firme se retraen, se encogen o se rompen las - suturas, dando como consecuencia retracciones de difícil solución.

El sitio y ubicación del colgajo debe planearse en base a un examen radiográfico. La dirección de las raí- ces y su disposición, el número de dientes a extraer, -- condicionarán la forma del colgajo.

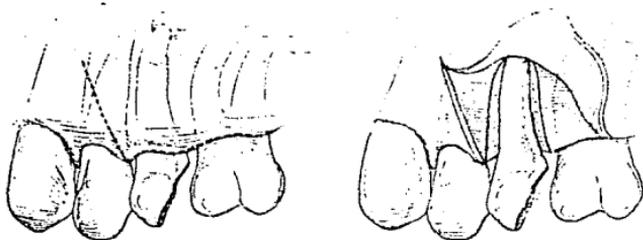


Fig. 5-5. Colgajo quirúrgico. *A*, incisión. *B*, retracción del colgajo y eliminación del hueso labial hasta lograr la anchura mayor del diente. Observe que el borde del colgajo que se suturará, quedará sostenido por hueso no diseccionado.

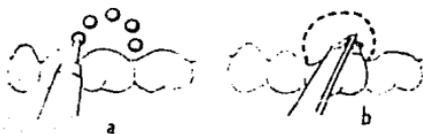


Fig. 5-6. Osteotomía de la tabla externa para la extracción del primer molar superior: *a*, la osteotomía se realiza con fresa redonda N° 8; *b*, con un escopleo.

CARACTERISTICAS QUE DEBE REUNIR UNA INCISION

1. Al trazar una incisión el colgajo debe tener -- base lo suficientemente ancha para proveer la suficiente irrigación y se eviten los trastornos nutritivos y su necrosis. Al hacer la incisión tener en cuenta el recorrido de los vasos para no ser seccionados y se originen hemorragias.

2. Buena visibilidad. El trazado debe permitir buena visibilidad del objeto a operarse y no obstaculizará las maniobras operatorias.

3. La incisión debe ser lo suficientemente extensa para permitir un colgajo que descubra ampliamente el campo operatorio y se eviten desgarramientos del tejido gingival, que se traducen en necrosis de las partes blandas.

4. Un solo trazo sin líneas secundarias exige una buena incisión. Trazado correcto rectilíneo.

5. La incisión debe ser trazada de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro. Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo, de otra manera los puntos se desprenden, la incisión se -- abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la cavidad -- ósea realizada, con problemas de cicatrización.

2. PREPARACION DEL COLGAJO

Desprendimiento de la fibromucosa. El colgajo mucoperiostico debe ser separado del tejido óseo, utilizando espátula roma, legras o el periostótomo.

El desprendimiento del colgajo, se inicia a nivel de la lengüeta interdientaria. Se introduce el periostótomo por debajo de la fibromucosa, aplicándose directamente -- sobre el hueso, con suaves movimientos de lateralidad --

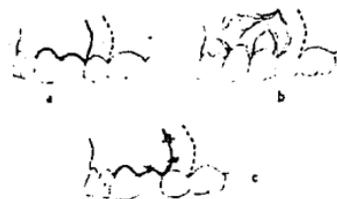


Fig. 918. Trazado del colgajo para la extracción con alveolotomía externa del primer premolar superior izquierdo. El trazado del colgajo ideal H-RS hasta el molar.

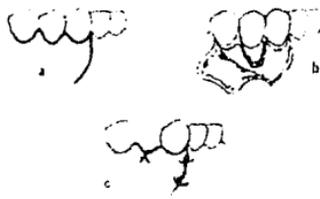


Fig. 919. Esquema del trazado del colgajo para realizar la extracción por alveolotomía externa del primer premolar inferior derecho. El colgajo que permite amplia visualización.

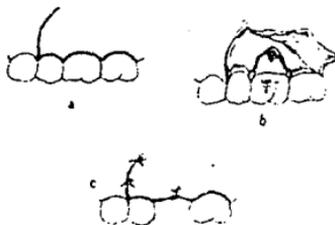


Fig. 920. Esquema del trazado del colgajo para realizar la extracción por alveolotomía externa del primer molar superior. El colgajo se traza desde el primer premolar.

186 — IV — EXHIBICIONES

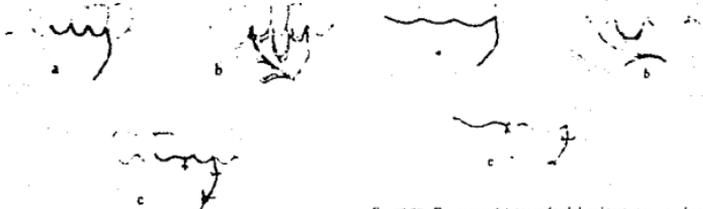


Fig. 921. Esquema del trazado del colgajo para realizar la extracción por alveolotomía del segundo molar inferior derecho. Tener en cuenta las mismas consideraciones que las señaladas en las incisiones de las figuras 918 a 920.

Fig. 922. Esquema del trazado del colgajo para realizar la extracción por alveolotomía del segundo molar inferior izquierdo. Tener en cuenta las mismas consideraciones que las señaladas en las incisiones de las figuras 918 a 920.

con los cuales gira el periostótomo sobre su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando la fibromucosa y el periostio.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria, el colgajo se mantiene levantado con un separador romo, sin dientes que pudieran traumatizarlo.

3. OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso; Osteectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. La eliminación de la tabla ósea externa suprimirá los principales factores de la retención del diente en su alveólo. La resección de hueso puede hacerse por medio de fresas o por medio de escoplo y martillo aunque es muy molesto para el paciente.

Osteectomía con fresa.- Se emplea la fresa redonda (número 5 a 8 de carburo de tungsteno). La fresa puede usarse de dos maneras: para realizar la osteectomía o para colaborar con ella.

La osteectomía con fresa se realiza aplicando este instrumento sólidamente contra el hueso en su giro el instrumento extirpa el hueso, llegando hasta la raíz a extraerse. La osteectomía en esta forma exige un hueso de poco espesor y de poca extensión. El hueso debe irrigarse con suero fisiológico estéril para evitar su recalentamiento.

En otros casos puede usarse la fresa para realizar la osteectomía. Se realizan con fresa número 10; pequeños orificios que alcanzan la profundidad del hueso y siguiendo el contorno del hueso a eliminarse. Los orificios óseos se unen con golpes de escoplo a presión manual o bajo el golpe de martillo.

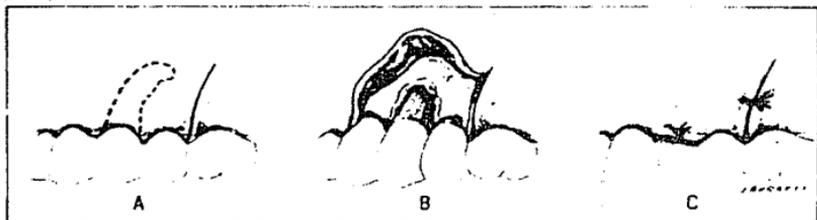


Fig. 9-21. Extracción de un primer premolar superior, con pronunciada dilaceración hacia distal y cementosis en punteado trazado de la raíz. A, incisión que llega hasta el primer molar; B, desprendimiento del colgajo; C, dos puntos de sutura.



Fig. 9-24. Incisión. En el ángulo superior de la figura se presenta la radiografía del caso: dilaceración a distal y cementosis. La incisión se traza iniciándola en la lengüeta del diente anterior.

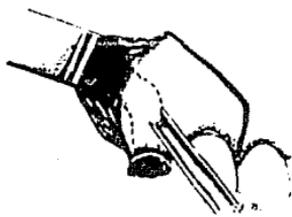


Fig. 9-25. Osteotomía de la tabla externa por medio de un par de pinzas de media caña; también pueden usarse un escropio recto o una fresa redonda N° 9 de carburo de tungsteno.



Practicada la osteotomía vestibular, se presenta la raíz; se aplica un elevador (en este caso angular) sobre su cara mesial y se la dirige hacia abajo y hacia distal. Después de realizada la extracción y de regularizados los bordes óseos, se desciende el colgajo y se sutura, como ya se ha indicado.



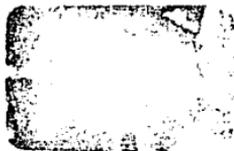
A



B



C



D



E



F



G



H



I

Extracción por alveolotomía de un segundo premolar superior izquierdo, con intensa cementosis: A, incisión en el espacio entre el canino y el primer premolar; se traza la incisión B, con un periostotomo se desprende el colgajo; C, colgajo levantado y mantenido con un separador; D, alveolotomía vestibular a nivel del premolar a extraerse; E, la alveolotomía realizada; F, colocación de la pinza para extracción de premolares superiores; G, eliminación con cucharilla del proceso apical; H, se desciende el colgajo; I, sutura.

La cantidad y extensión de hueso a resecar depende de las condiciones del diente a extraer, es suficiente r resecar a la mitad del diente a su tercio apical. El hueso de la pared alveolar, después de la eliminación del diente debe ser alisado con fresas redondas o limas para hueso evitando lesiones del tejido gingival que va a cubrir las. Eliminar cualquier resto ya sea óseo o del propio diente para evitar su necrosis y la supuración consiguiente.

4. EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

La extracción del diente o de sus raíces, después de eliminado el hueso, puede realizarse con pinzas.

TIEMPOS DE LA EXTRACCION

a) Prehensión.- La aplicación de la pinza, la toma o prehensión del diente - primer tiempo de la exodoncia, la pinza toma el diente por encima de su cuello anatómico, en donde se apoyan en el cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario.

b) Luxación.- La luxación o desarticulación del diente es el segundo tiempo de la exodoncia por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alveólo.

Esta se realiza por dos mecanismos:

- I) Movimientos de lateralidad del diente dirigién-

dose de adentro a fuera.

- 2) Movimientos de rotación del diente a derecha o izquierda en el sentido de su eje mayor.

- c) Tracción.- Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente del alveólo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alveólo y roto los ligamentos.

Para la extracción de raíces utilizamos elevadores rectos para el maxilar superior y rectos y angulares para el maxilar inferior.

5. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Eliminado el órgano dentario, se debe prestar atención a la cavidad ósea. En caso de que existan lesiones óseas periapicales deben ser eliminadas por vía vestibular en la extracción a colgajo, que permite un camino de fácil acceso y de buena iluminación.

Las esquirlas óseas, las partículas de hueso, los bordes filosos, deben ser eliminados evitando una irritación del tejido gingival de revestimiento o un foco largo tiempo mantenido, de alveolitis y supuración del alveólo.

Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, ya sea porque el hueso está afectado, o porque la operación así lo exige, para evitar hemorragias o dolores posoperatorios.

El tratamiento se realiza colocando dentro de la cavidad ósea:

- a) Medicamentos (directamente)

b) Gasas con medicamentos

c) Drenaje

a) Medicamentos.- Se emplean distintas preparaciones indicadas para el tratamiento de la alveolitis, los cementos quirúrgicos, los lavajes de los alveólos o cavidades con soluciones anestésicas o antisépticas, sustancias diversas como vaselina, vaselina boricada, etc.

b) Gasas con medicamentos.- Taponamiento. La gasa sola o impregnada de medicamento (gasa yodoformada) se utiliza para taponar cavidades de distinto volumen alveólos postextracción cavidades de quistes o tumores.

El taponamiento se realiza con dos fines: evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el olor.

c) Drenaje.- Existen afecciones que exigen la comunicación de la cavidad ósea con el exterior. Esta se realiza con drenes de gasa o de goma.

6. SUTURA

Después de la extracción del diente y tratamiento de la cavidad ósea, el colgajo debe ser vuelto a su sitio y mantenido en tal posición con suturas. De esto depende el éxito de la operación, puede verse malograda por

un colgajo desprendido, lo cual puede ocasionar su retrac-
ción indebida, con los trastornos estéticos o la infec-
ción del alveólo, con dolor y supuración.

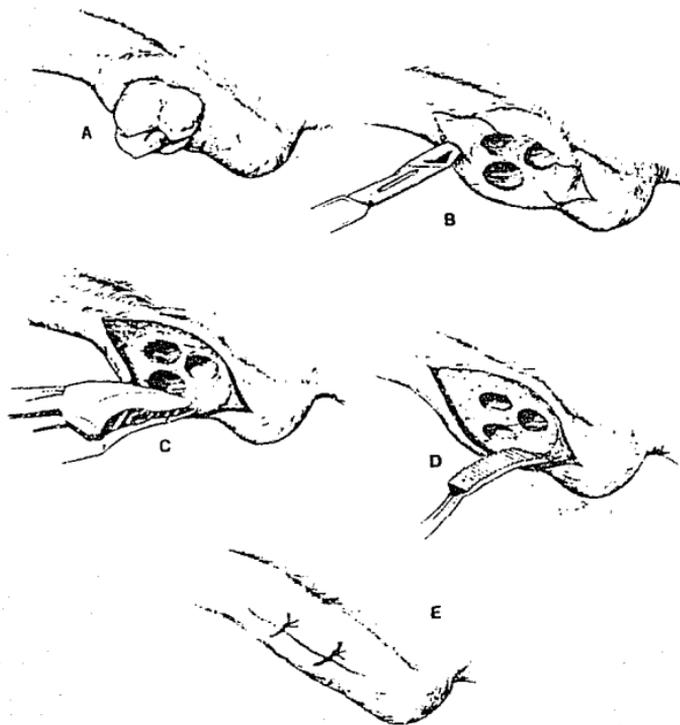
En la cirugía bucal se inicia la sutura en la cara -
palatina o lingual y terminarla en la bucal.

Dos o tres puntos de sutura bastan para fijar el col-
gajo a su sitio de normal inserción. Es conveniente ce-
rrar el alveólo con otro punto con lo que aseguramos la -
obturación hermética de la cavidad. Los puntos se retiran
al cuarto o quinto día.

ALVEOLOPLASTIA

ES LA ELIMINACION QUIRURGICA DE UNA
PORCION DEL PROCESO ALVEOLAR.

ESTA TESIS HA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



Alveoloplastia de un solo diente. A, diente asistido con buras alveolar alto. B, después de extraer el diente, se eliminan porciones en forma de cuña de la cresta mesial y distal al véculo. C, el auto-compresión se refleja bucal y lingualmente. Reducción ósea con pasas de gubia. D, alitado con lima ósea. E, sutura final.

CAPITULO IV
ALVEOLOPLASTIA

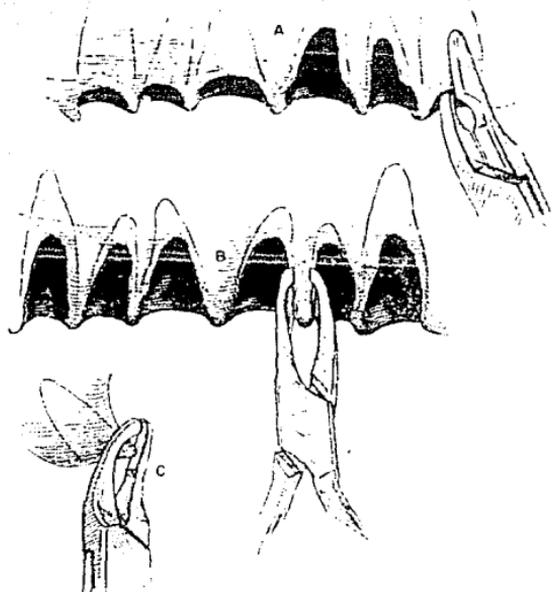
La alveoloplastia es la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar. Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar deberán tomarse en consideración respecto a necesidades protéticas futuras. El reborde ideal tiene forma de U. La resorción natural contorneará los rebordes, a veces, de manera poco uniforme, esto requiere un periodo más largo y el paciente experimenta molestias hasta que los bordes óseos localizados bajo el periostio sensible se redondeen. Se requiere buen juicio para determinar si la alveoloplastia es necesaria y cuán extensamente deberá hacerse.

El objetivo es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado.

El procedimiento más conservador es la compresión de las paredes alveolares haciendo presión con el pulgar y algún otro dedo. La extracción generalmente expande la corteza labial o bucal. La presión restauraría las paredes a su forma inicial. El exceso de compresión debido a presión muy fuerte puede reducir la anchura de los alveolos en un tercio.

La mayor parte de la resorción inicial habra terminado en tres semanas.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE.- Después de extracciones múltiples, se examinan placas alveolares bucales y hueso interseptal para buscar protuberancias y bordes afilados. Si es necesario realizar una alveoloplastia se hacen incisiones a través de la cresta interseptal. El mucoperi-



Alveoloplastia simple. A. eliminacion de placa labial con pinzas de gubia. B. extirpacion de punta interseptal. C. vista lateral de extirpacion de punta interseptal

ostio se eleva cuidadosamente del hueso con un cureta o un periostótomo, se debe tener cuidado de no elevar el colgajo más de dos terceras partes del alveólo vacío. -- Elevarlo más desgarraría el pliegue mucobucal ligeramente adherido con grave pérdida de espacio para la altura de la aleta de la dentadura postiza.

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

Las pinzas se colocan entonces en ángulo de 45 grados sobre la cresta interseptal, con un pico en cada alveólo y se elimina la punta interseptal bucal o labial. Esto se lleva a cabo en todas las crestas interseptales. Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorragia. Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso.

Se eliminan las partículas sueltas, se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso, y se frota un dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alveólo está liso.

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

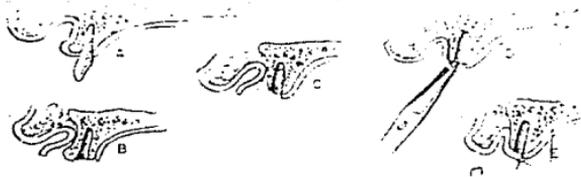


Fig. 9-3. Alveoplastia simple. A. corte transversal mostrando un socavado moderado en la cresta alveolar labial. B. la extensión de la retracción del colgajo deberá limitarse únicamente a la altura del socavado. C. eliminación conservadora de hueso. D. el exceso de tejido se recorta de los colgajos labiales. E. colgajo suturado.

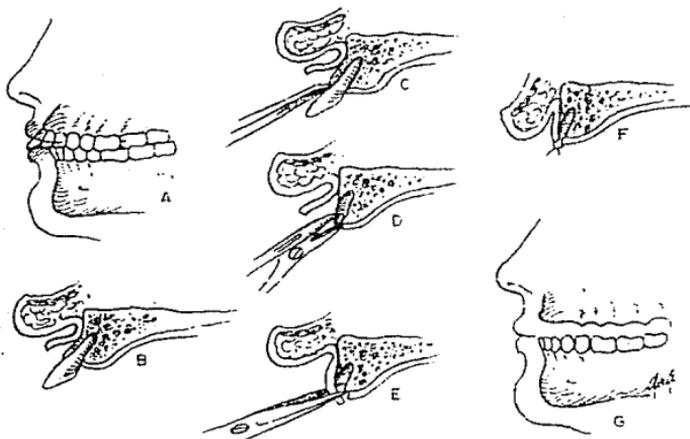
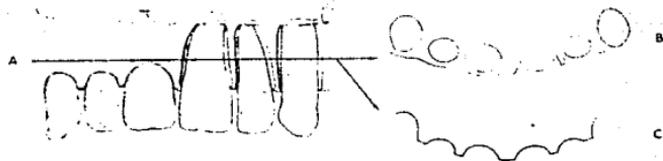


Fig. 9-4. Alvelectomía radical. A. corte transversal mostrando pronunciada sobremorrida horizontal superior. B. retracción de colgajo mayor que para alveoplastia simple. C. eliminación de hueso antes de extracción. D. rebajado con pinzas de gubia del exceso de hueso interseptal. E. el colgajo recortado para eliminar exceso de tejido. F. colgajo suturado. G. corte transversal mostrando relación intermaxilar mejorada.

ALVEOLOPLASTIA RADICAL.- En ocasiones se aconseja -
contorneado radical del reborde alveolar debido a socava
dos extremadamente prominentes, o una gran discrepancia
en la relación horizontal de los rebordes superior e in-
ferior, debido a sobremordida horizontal notable, Estos
pacientes pueden requerir eliminación total de la placa-
labial para lograr substitución protética satisfactoria.

En estos casos, se eleva un colgajo mucoperiódstico
antes de la extracción. La extracción de los dientes pue
de facilitarse al eliminar primero el hueso labial que -
queda por encima de las raíces de los dientes. Esta eli-
minación de hueso también asegurará la conservación del
hueso interradicular. Después de extraer los dientes, se
recorta el hueso restante y se contornea para lograr la
altura labial y oclusal deseada con cincel, pinzas de gu
bia y lima. Se recorta tejido excesivo de los colgajos -
labial y palatino, que se unen con sutura continua o pun
tos interrumpidos sobre los tabiques.

Al cerrar este colgajo, será necesario eliminar una
cuña de tejido en las áreas de los premolares para dar -
espacio a la circunferencia externa disminuidadel hueso
labial. Deberá tenerse cuidado con este colgajo mayor pa
ra conservar cuanta adhesión sea posible a la altura del
repliegue mucobucal, de otra manera se encontraría, al -
cerrar, un colgajo excesivamente largo.



Alveoloplastia radical. A, colgajo mucoperiostico levantado bajo el que ya se ha eliminado el hueso que recubre los dientes. B, corte transversal que muestra la remoción de hueso vestibular de manera de mejorar el ancho mayor de los dientes. C, los dientes estables y los tabiques contorneados hacia atrás, hasta la cortical palatina.

CONCLUSIONES

La alveolectomía es una técnica quirúrgica que nos va a permitir realizar un tratamiento rápido y seguro en los órganos dentarios con algún problema de posición, de malformación, de patología que pudiera presentar dificultad para realizar una extracción normal.

Esta agiliza el procedimiento a seguir evitando --- traumatizar lo menos posible tanto al paciente como a -- los tejidos duros y blandos que se localizan adyacentes al diente por extraer.

Por medio del manejo adecuado del paciente y del -- instrumental podemos realizar esta técnica con mayor facilidad, conservando la integridad de los tejidos duros y blandos adyacentes a la cirugía.

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

CIRUGIA BUCAL
PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA
Guillermo A. Ries Centeno
Novena Edición
Libreria "El Ateneo" Editorial

CIRUGIA BUCAL
ATLAS PASO POR PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS
W. Harry Archer
Reimpresión de la 2da. edición castellana
Tomo I
Editorial Mundi

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Dr. Gustav O. Kruger
Cuarta Edición
Nueva Editorial Interamericana
México, D.P. 1984