

870172

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TECNICAS QUIRURGICAS EN PARODONCIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

JOSE ALBERTO RODRIGUEZ SOTO

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

GUADALAJARA, JALISCO., 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. -	
ESTADO FISIOGEOGRAFICO DEL PAIS DE UTE.	
FORMACION Y EVOLUCION DEL PAIS DE UTE	3
FLORA Y FAUNA DE LA MONTAÑA CUERVA	3
PERMANENCIA FAMILIAR EN EL PAIS DE UTE	5
AMIGABILIDAD	6
ANTIGUIDAD	7
PROBIOLOGIA	8
CAPITULO II. -	
INSTUMENTOS Y MATERIALES.	
CONSTRUCCIONES PARA EL VIENTO	11
APARATOS ANTICORRIENTES PARA EL VIENTO	12
INSTUMENTOS PARA LA OBSERVACION	17
INSTUMENTOS PARA EL VIENTO	16
INSTUMENTOS PARA MEDIR LA VELOCIDAD DEL VIENTO	19
INSTUMENTOS PARA EL VIENTO	20
INSTUMENTOS PARA LA OBSERVACION DE TEMPERATURA	21
INSTUMENTOS PARA LA OBSERVACION DEL FLUJO DE GASES	23
INSTUMENTOS PARA LA OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DE LA ATMOSFERA	24

INSTRUMENTOS PARA OSTEOPLASTIAS	24
INSTRUMENTOS PARA LA CIRUJIA PREGONIAL, COCCALIO Y VESTIBULOPLASTIAS	25
INSTRUMENTOS DE CURET	25
INSTRUMENTOS Y SU UTILIZACION	26
INSTRUMENTOS DE SUTURA	26
ANESTESIA LOCAL Y SUS TIPOS	27
TECNICAS DE ANESTESIA	28
GASAS	29
COMPRESAS	30
ACUJAS	30
CARTRUCHOS	31

CAPITULO III.-

TECNICAS DE ANESTESIA MAS UTILIZADAS.

ANESTESIA LOCAL EN EL PACIENTE SUPERIOR	34
ANESTESIA LOCAL DE TRONCACIONES INFERIORES	36
TECNICA DE ANESTESIA	38
ANESTESIA DEL NERVO ALVEOLAR SUPERIOR, ANTERIOR Y POSTERIOR	42
ANESTESIA DEL NERVO ALVEOLAR POSTERIOR O TRONCO ALVEOLAR	45
ANESTESIA DEL NERVO ALVEOLAR ANTERIOR	48
ANESTESIA DEL NERVO ALVEOLAR SUPERIOR	51
ANESTESIA DEL NERVO ALVEOLAR INFERIOR	51
ANESTESIA DEL NERVO INFRATENTORIAL	52

CAPITULO IV.-

INCISIONES, CURSOS Y TECNICAS DE SUTURA MAS UTILIZADAS.

TABLAS Y FIGURAS DE LA CUBIJA EXPERIMENTAL	60
ENCUADERES Y CUBIADAS	61
COMBATE DE PASEL INTERNO	62
COMBATE DE PASEL INTERNO MODIFICADO	66
TECNICAS DE SUFRA EN SUFRAJADOS	68
ENCUADERA O SUFRA TIPO CONVENCIONAL	69
ENCUADERA O SUFRA TIPO DE SUSPENSIÓN	71
ENCUADERA O SUFRA DE SUSPENSIÓN COMPLETA	74
SUFRA VERTICAL DE COMBATE	77
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUCCION

En la realización de la cirugía periorbitaria, es importante el conocimiento de las "Técnicas Quirúrgicas".

La preparación psicológica del paciente es la base de todo tratamiento, pues de aquí se parte para que el paciente confíe en que es por su propio beneficio.

Ya habiendo obtenido el convencimiento del paciente y con su confianza se puede pasar a hacer la historia clínica y la examinación clínica requerida para comenzar el tratamiento. A muchos nos parecerá un poco necesario de realizar pero es sumamente indispensable para conocer los generales del paciente.

Entrando en práctica, es primordial el uso de cada sustancia, antiséptico y la esterilización; el conocimiento de cada instrumento y su función y por último cada material del que se dispondrá para una cirugía.

Se requiere de una buena técnica de anestesia para evitar molestias al paciente y para que el cirujano tenga libertad de llevar a cabo la cirugía.

Es necesario realizar un buen cobajo para obtener una buena visibilidad en la intervención. Y por último, pero no menos importante que lo anterior, la técnica de sutura que debe ser bien realizada para que en el post-operación no se vaya a suentor el hilo de sutura y el paciente pueda realizar una profilaxis de la zona de la herida y así, facilitar la rápida cicatrización.

CAPITULO I

ESTADO PRE-OPERATORIO DEL PACIENTE

PREPARACION PSICOLÓGICA DEL PACIENTE

Es necesario que desde el primer momento de encuentro entre el paciente y el operador, en este caso el dentista, debe intentar realizar una valoración general y cuidadosa del estado actual del paciente. Esto incluye consideraciones sobre el estado mental y emocional, temperamento y estado fisiológico.

La necesidad real o imaginada, hace que el paciente busque tratamiento; así comienza una relación de trabajo entre el paciente y el dentista.

La tensión emocional asociada a la revisión de la cavidad bucal, hace que el cirujano dentista, junto con el examen más sencilla se transforme en una amenaza variable para el paciente.

La consideración de los sentimientos de cada paciente, es de gran importancia en su preparación, para cualquier procedimiento quirúrgico. El cirujano debe de procurar suficiente información para lograr consentimiento, en caso contrario evitar una alarma indelicada.

Los riesgos, el resultado previsto, aunque no garantizado y las probables complicaciones del tratamiento, como las consecuencias de no tratar el problema, deben platicarse con el paciente y de preferencia, en presencia de un miembro del equipo del consultorio que nos sirva como testigo de la conversación.

ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA

Una de las contribuciones más importantes al tratamiento del paciente, es el reconocimiento al valor propio de la historia clínica, llamada por otros enfoque analítico, debido al proceso que se sigue para recabar los datos de cada paciente y dar pues, un diagnóstico y plan de tratamiento.

El primer paso, consiste en obtener datos precisos y concisos sobre el historial físico, emocional y de laboratorio del paciente. La habilidad para lograr la obtención de lo anterior, es fundamental con el objeto de recabar datos exactos. Las preguntas, en sentido abierto, evidencian frecuentemente una información más precisa, aunque pueden causar cierta molestia al profesional, que busca el apoyo de una primera impresión.

Además de ser confiable la información, debe ser oportuna y bien analizada. Este aspecto de la historia clínica del paciente, probablemente requiera experiencia del profesional para lograr la perfección.

El análisis de la información obtenida, puede o no producir un diagnóstico; esto dependerá de los datos, recabados, que de preferencia de etiología son sobre un listado, basados en la información disponible.

Este método de registrar datos, permite la identificación del problema y es especialmente útil en la resolución de situaciones complejas; también tiene la ventaja de reducir los riesgos de emitir algún problema y que el tratamiento no vaya a ser el adecuado.

La evaluación cuidadosa de los problemas del paciente y el planeamiento de los maniobras quirúrgicas elimina cualquier sorpresa durante la operación, aunque existen imprevistos que son inevitables.

Algunos dentistas generalmente comienzan la elaboración de la historia clínica con la historia general, pero no debe ser según lo anterior, el hecho de recabar los datos de la historia física primero, puede ser un buen comienzo pues le parece lógico al paciente y en algunas ocasiones lo vuelve comunicativo.

La historia extensa y minuciosa, con frecuencia le parece al paciente tiempo perdido. Las historias requieren de ser simples y objetivas.

Sin duda que al establecer la existencia de un factor emocional se encuentra dentro de nuestro área, aunque no existe la necesidad de profundizar mucho para lograr buenos resultados; todo consiste en analizar al paciente en forma hábil y comprensiva.

REPARACION FARMACOLOGICA DEL PACIENTE

La terapia de apoyo general comprende una concepción más amplia del paciente, como ente, cuerpo y alma, no son interesarse en lo fisiológico, como al revisar la boca y analizar la misma en todas sus partes. Se debe relacionar a la boca con las demás funciones del cuerpo.

El apoyo que brinda el dentista como terapia general, lo ofrece a través de medicamentos, agentes físicos y principios fisiológicos.

En la terapéutica dental los sedantes y tranquilizantes se utilizan para combatir la ansiedad, aliviar el temor e inducir al sueño. Los agentes farmacológicos que evocan estas respuestas son muchos, produciendo un grado de hipnosis generalmente deseable y necesario en algunas áreas de la práctica dental.

Las drogas depresoras del S.N.C. se pueden clasificar de la siguiente manera:

a) Drogas que deprimen el S.N.C. como:

Los sedantes hipnóticos, algunas drogas narcóticas como los barbitúricos, el alcohol, derivadas del cloral y depresoras misceláneas del S.N.C.

b) Drogas que modifican en forma selectiva las funciones del S.N.C. como:

Los analgésicos no narcóticos, anticonvulsivos, relajantes centrales del músculo esquelético, tranquilizantes mayores y menores y agentes psic

farmacología miscelánea.

Muchas molestias del paciente pueden evitarse mediante el uso correcto de los sedantes y otros medicamentos, y por medio de la preparación cuidadosa del paciente para los procedimientos odontológicos. Puede ser conveniente dar al paciente un sedante la noche previa a la cirugía. Muchos pacientes tienen suficiente ansiedad como para no dormir bien y por lo consiguiente vendrán al consultorio cansados, incapaces de relajarse y permanecer estables durante los procedimientos odontológicos.

ANALGESICOS

La desearnalite que desde tiempo atrás le pinta al "dolor" este léxico a lo de dentista, sin embargo, algunos de ellos han hecho contribuciones significativas al conocimiento y control del dolor.

Hay innumerables tipos de analgésicos entre los cuales podemos nombrar:

El ácido acetil salicílico (Aspirina) es eficaz en adultos, en dosis de dos tabletas de 300 mgs. cada una, cada 3 horas.

El ácido acetil salicílico buffer (Bufferin), viene en tabletas que contienen ácido acetil salicílico, 0.3 grs.; Carbonato de sodio, 0.1 grs.; Glicerato de aluminio, 45 mgs.; y excipientes, 0.15 grs. La dosis para adultos es de 2 tabletas cada dos horas. Es eficaz y no produce trastornos gástricos que a veces genera el ácido acetil salicílico.

Como sustituto de los salicílicos se puede recurrir a los paracetamoles, por ejemplo, el acetaminofen (Winnort), de las cuales sus dosis son: 325 a 650 mgs. por día.

ANTIBIÓTICOS

En la prevención y control de la infección, debe existir en la disponibilidad de alternativas entre los antibióticos.

La utilización adecuada de los agentes antibacterianos es esencial para la prevención de complicaciones secundarias sistémicas. La penicilina o algunos de sus análogos siguen siendo la droga de elección en la mayor parte de las infecciones de origen dental; sin embargo, sus muchas limitaciones llevan a la elección de otro antibiótico necesario o clínicamente deseable, por ejemplo: Eritromicina o Lincomicina.

Penicilinas más utilizadas= Benzatid combinado que contiene, penicilina G benzatínica, potásica y procainica, en personas mayores de 6 años o de más de 30 kgs. de peso un frasco ampula cada 24 hrs. por vía IM; Binotal contiene ampicilina que es una penicilina de amplio espectro un comprimido de 7 grs. cada 6 u 8 hrs.; Eritromicina (Eritromicina), 600 mg. 3 veces al día en tabletas por vía oral; Lincomicina (Lincomicina), en casos leves 1 capsula de 500 mg. 3 veces al día por vía oral, en casos graves 1 capsula de 500 mg. 4 veces al día por vía oral.

Además de elegir el antibiótico efectivo, deberá ser cuidadoso de considerar las indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales y reacciones adversas, así como dosis. Estas consideraciones son en extremo importantes y no deben descuidarse en la práctica clínica. Cada medicamento se debe escoger en forma prudente y las prescripciones, escribirse en forma apropiada. Las drogas repetitivas, deben seleccionarse de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.

PRESIÓN SANGÜÍNEA

En toda exploración física la medición de la tensión arterial debe de ser parte sistemática y desde el comienzo, debe medirse junto con la temperatura, el pulso y la respiración, la combinación de estos datos suele conocerse como: signos vitales.

La presión arterial, el pulso y la respiración pueden ser influidos por el ejercicio físico, la edad y la tensión emocional, y por esta razón, el paciente debe estar en un estado de relajación física y emocional antes de medirlos.

La llamada presión "Normal", es variable en cierto grado y depende del sexo, la raza y las condiciones climatológicas. La presión arterial en cualquier persona, también varía con el ejercicio físico y la tensión emocional, las extremidades de brazos o piernas causan una cifra errónea elevada de presión sistólica, pues la presión aplicada al manguito debe vencer la resistencia de los tejidos para comprimir la arteria humeral. Muchas compañías de seguros sobre vida aceptan cifras del 150 mm. de Hg de sistólica y 90 mm. Hg de diastólica, como los límites superiores de la presión arterial normal. En personas menores de 40 años de edad, la presión sistólica suele ser de 110 a 140 mm.Hg y la diastólica de 60 a 95 mm.Hg.

Muchos médicos afirman innecesariamente a algunos pacientes por la presencia de presión arterial baja.

Las presiones sistólicas de 90 a 100 mm.Hg, salvo que se acompañen de síntomas importantes, no tienen validez clínica y de este modo no necesitan tratamiento específico. Algunas causas de hipotensión incluyen enfermedad de Addison, infarto agudo al miocardio, hemorragia y choque.

Entre las causas de hipertensión, están la llamada hipertensión esencial

cial, la glomerulonefritis crónica, el feocromocitoma y la coartación de la aorta.

En ancianos, la causa más común de la elevación de presión sistólica y la conservación de la presión diastólica en límites normales, es la arterioesclerosis aórtica, la arterioesclerosis de las arterias periféricas y arterioesclerosis.

CAPITULO II

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

La finalidad principal de la esterilización y desinfección en el consultorio dental es la prevención de la transmisión de enfermedades entre los pacientes y los miembros del personal odontológico.

La transmisión de enfermedades infecciosas entre los individuos, se denomina "contaminación cruzada". La esterilización y los requisitos de asepsia en Parodontia, no son diferentes de la desinfección en otros campos de la práctica clínica.

OBSERVACIONES GENERALES

- 1.- Los aceites y las grasas son los principales enemigos de la esterilización. Los instrumentos expuestos a aceites deben ser limpiados con un solvente y luego cepillados vigorosamente con agua y jabón antes de ser sometidos a una técnica de esterilización.*
- 2.- Cuando los instrumentos están completamente sumergidos en agua hirviendo, no se van a oxidar debido a que el oxígeno disuelto es extraído de la solución por el calor y no queda disponible para la corrosión. Sin embargo, si se exponen los instrumentos mojados al aire por un período de tiempo importante, se producirá su oxidación. Después de la esterilización con agua hirviendo los instrumentos deben secarse con una toalla estéril mientras están aún calientes.*
- 3.- Será necesario acudir mucho menos a los instrumentos con articulaciones móviles si se los esteriliza por autoclave en lugar de hervirlos.*

Esto es especialmente así, si se emplea agua de la comilla en el esterilizador, dado que esta agua tiene una gran concentración de sales

alcalinas, que se depositan sobre los instrumentos con la dificultad.

- 4.- Deben tomarse precauciones particulares para la adecuada esterilización de las agujas y jeringas hipodérmicas. Las inyecciones con equipo contaminado pueden producir síntomas tóxicos.

Con las infecciones de incubación lenta, tales como la hepatitis, el paciente infectado puede presentar una ictericia meses después de la inyección. Se recomienda particularmente que las jeringas y las agujas hipodérmicas se esterilicen perfectamente por autoclave o agua hirviendo. La efectividad de la esterilización en frío es siempre dudosa.

- 5.- La mejor manera de guardar los instrumentos es en envolturas de muselina o papel. Si no se han usado, estos envoltorios deben volver a esterilizarse por autoclave cada 30 días, a menos que haya un buen método para la esterilización antes de ese tiempo.

- 6.- Los envoltorios de instrumentos deben organizarse en cajas y cada una debe incluir los instrumentos necesarios para los envoltorios de estéril. Los instrumentos pueden sacarse del paquete y disponerse en una bandeja, tal como la bandeja de Mayo, o la platina de un equipo dental.

A esta disposición puede agregarse cualquier instrumento adicional que se requiera para cumplir con las necesidades de un caso particular.

AGENTES ANTISEPTICANTES FISICOS

Calor:

Algunos sistemas de esterilización muy prácticos utilizan el calor. Estos sistemas pueden dividirse en "Calor seco" y "Calor húmedo".

Calor seco:

Los ejemplos de calor seco son el fuego directo y el horno de aire caliente. En el laboratorio, el microbiólogo utiliza la flama para esterilizar sus asas bacteriológicas de nichromel o de platino. Esos instrumentos se mantienen en la flama hasta el rojo vivo, con lo cual se incinera a los microorganismos, tanto en su forma vegetativa como esporulada que hubieran contaminado la porción llevada.

Lo anterior, asegura la desinfección cuando el instrumento se ha utilizado varias veces, como cuando se utilizan puntillas de papel esterilizado por no tener una muestra, que ha de ser estéril.

El horno de aire caliente se utiliza en la esterilización de equipo microbiológico y odontológico para esterilizar ciertos instrumentos y materiales.

Convenientemente esos hornos se calientan por medio de electricidad y están constituidos con una cámara inferior en donde el aire es calentado y sube a la cámara de esterilización por la propia convección del aire caliente e lozano por un ventilador. En vista de que el aire es pobre conductor del calor se requiere una temperatura relativamente alta para conseguir la esterilización. En general, hasta una temperatura de 160 °C (320°F) durante una hora; resulta claro que solamente podría esterilizarse por este procedimiento los objetos que no se afectan por tales temperaturas. El dentista utiliza un pequeño horno de aire caliente para esterilizar algunos objetos e instrumentos que pueden soportarse al exponerse al aire húmedo o que están deteriorados por completo, como instrumentos de corte de acero, limas, fresas, formadas de algodón y puntas de papel de las que se usan en endodoncia.

Otro método de esterilización empleado en odontología es el baño de aceite caliente. Se utiliza aceite mineral o preparaciones especiales de siliconas y es útil para esterilizar piezas pequeñas. Los objetos se pasan primero por una solución de acetona a fin de eliminar las partículas que hayan quedado adheridas y luego se sumergen en aceite caliente que debe tener una temperatura de 175°C ; el tiempo adecuado para lograr la esterilización es de 30 minutos. Transcurrido el tiempo, la pieza se saca, se escurre y se limpia con una gasa seca esterilizada. Si la temperatura es de 150°C no puede asegurarse que elimine esporas.

En la práctica odontológica moderna, todas las instalaciones deben incluir un autoclave.

La esterilización en autoclave permite la destrucción total de los microorganismos por medio de calor, generalmente vapor bajo presión a 121°C durante 20 minutos y 7 lbs. Un autoclave adecuadamente diseñado brinda la máxima más segura de esterilización.

Ciertos tipos de autoclaves grandes que se emplean en esterilizaciones, operan a temperaturas y presiones aún más elevadas y reducen aún más el tiempo requerido para la esterilización de los instrumentos.

Calor Húmedo:

Conectado a una central de vapor y por medio de una válvula de reducción de presión, se permite la entrada de vapor a una presión de 20 libras por pulgada cuadrada.

También hay autoclaves pequeñas diseñadas especialmente para el consultorio del dentista; estas generan su propio vapor por medio de gas o de

eléctricidad que alimenta un depósito de agua incluido en el aparato. Para hacer funcionar el aparato, se carga la cámara y se cierra la puerta, asegurándola, ya que la presión, en el interior alcanza 15 lbs. de presión por pulgada cuadrada, la culicanta de la cámara en su parte externa, se llena de vapor y se hace salir el aire hasta conseguir una presión de 15 lbs., que se indica en el manómetro. Conseguida la presión, se hace otra abertura para que el vapor pase a la cámara de esterilización, nuevamente se debe permitir que el aire se escape se manteniendo abierta una abertura de salida que se cierra cuando se ve que lo que se expulsa es vapor. Una vez cerrado la abertura de vaciamiento de la cámara, se espera hasta que el manómetro indique una presión de 15 lbs. por pulgada al cuadrado; en este momento la temperatura en un termómetro colocado en el tubo de drenaje del vapor, debe ser de 121 °C. En este momento se inicia la esterilización.

En general, el tiempo mínimo es de 15 min. y el máximo es de 30. Los artículos que pueden esterilizarse en el autoclave incluyen a la mayoría de los medios de cultivo, soluciones salinas y otras soluciones que no se alteran a altas temperaturas, jeringas, agujas, copos, esponjas, guantes de hule, batas, mandiles y cierto tipo de instrumental.

Para secar el material con las batas, instrumentos y otros, se utiliza una presión negativa que se consigue por medio de la expulsión rápida de la presión del interior de la cámara. Cuando lo que se ha esterilizado el líquido, como los medios de cultivo y las soluciones, el vaciamiento de la cámara debe hacerse lentamente ya que, de otro modo, la presión negativa creada por la salida instantánea del vapor, se manifiesta en el interior de los matraces o frascos que contienen líquidos, haciendo que hiervan y se derramen.

Agua en ebullición:

El aparato utilizado en muchas consultorios médicos y de odontología es uno que esteriliza con agua en ebullición. Muchos instrumentos, como jeringas, agujas, suturas y otros, se esterilizan con agua hirviendo a 100° C aunque no mata las esporas; por lo tanto, es un procedimiento de desinfección y no de esterilización. El agua hirviendo mata las formas vegetativas en 5 min. o menos. El agua en ebullición destruye los microorganismos por coagulación de las proteínas. El agua corroe los instrumentos de acero. Al utilizar agua hirviendo se debe agregar, a el agua, cloruro de sodio al 1 %, fosfato trisódico al 1 % o nitrato al 0.2 % para disminuir los efectos de la corrosión.

INSTRUMENTOS Y SU UTILIZACION

Eleccion del material y forma del instrumento.-

Los instrumentos para cirugía periodontal estan fabricados, ya sea en acero inoxidable, o en acero rápido. Este último ofrece tiene la ventaja de un mejor corte, pero tiene el inconveniente de no ser inoxidable; por lo tanto, el acero rápido conviene para instrumentos de corte o para raspado, mientras que el acero inoxidable es mejor para los demás instrumentos, por ejemplo: mango de listón, fijeros, guías, etc.

En las últimas años se utilizan en estos instrumentos metales particularmente duros, tales como el carburo de tungsteno, pero la fragilidad de estos metales permite su uso para la fabricación de instrumentos manuales de pequeñas dimensiones, tales como los que son necesarios en periodoncia.

Un instrumento se compone de:

A) Parte activa

B) Cuello

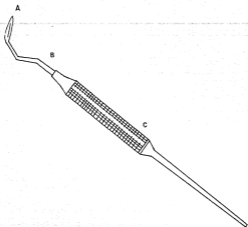
C) Mango

MANGO.-

El mango debe tener una sección de 8 a 9 cm., debiendo poseer una superficie rugosa o estriada, así como estar equilibrado.

CUELLO.-

Es la porción que une al mango a la parte activa, debe ser lizo y estar diseñado de tal manera, que la parte activa quede en la prolongación del mango; esto permite la utilización del sentido táctil y asegura una mejor transmisión de los esfuerzos a la parte activa. El cuello de un listón para



Un Instrumento se compone de:

A.- Punte Acilado.

B.- Cuello.

C.- Mango.

gineuccionista debe estar ordenado de tal manera como para lograr con la hoja una correcta inclinación de la insición.

PORTE ACTIVA.-

La parte activa, hoja, o parte útil del instrumento, debe estar diseñada de tal modo que se adapte en las mejores condiciones a la región para la que está diseñada.

INSTRUMENTOS PARA EXAMEN.-

Son los instrumentos destinados a medir la profundidad de las lesiones, a descubrir el idiótipo y a permitirnos un mejor examen del campo operatorio.

La medida de las lesiones se hace por medio de las sondas de lesiones; son estos instrumentos una sonda recta, pero cuya parte activa está graduada y su extremidad es roma. La graduación puede ser de 3,5 a 10 mm. con una parte activa de 10 a 15 mm.

Hay muchos modelos, pero todos ellos deben responder a los siguientes criterios: *lectura fácil y parte activa de diámetro fino.*

El descubrimiento y localización del idiótipo se hace mediante una sonda ordinaria.

INSTRUMENTOS PARA MARCAR PUNTOS SANCRANIALES.-

Se pueden marcar con una sonda de lesiones utilizada convenientemente. Se puede utilizar también unas pinzas especiales como las de "Crane - Kaplan" pero su empleo es limitado.

INSTRUMENTOS PARA INCISION (Primaria y Secundaria).—

La elección de los bisturís para y injercción es amplia:

BISTURI DE BARD-PARKER: en cirugía periodontal se usan los bisturís de hojas intercambiables; estas hojas son de diferentes formas y tamaños, estas se utilizan en operaciones de colgajo, mucosin, isulas e injercción.

Las hojas usadas más comunente son las número 11, 12 y 15. Generalmente las hojas se usan una vez y se las considera desechables, esta sería una ventaja puesto que son económicos y así no hay necesidad de afilarlos. Y por otra parte, una desventaja que sólo pueden usarse solo vestibularmente por la falta de angulación entre el mango y la hoja, dificulta en muchos casos dar una inclinación correcta al corte.

Pero aún así, consideramos a este tipo de bisturí el de primordial elección, por ser económico en comparación a los demás existentes en el mercado para ser poco accesibles para la mayoría de los cirujanos dentistas.

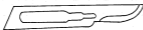
BISTURI DE FARLIN = es un instrumento de hoja fuerte que presenta un corte convexo y otro cóncavo; que son utilizados, respectivamente, para incisión primaria y secundaria. La angulación de este bisturí nos asegura una buena dirección para la incisión primaria; además es capaz de soportar numerosas afiladas.

BISTURI DE IRVING = tiene forma de hozeta y presenta dos cortes convexos.

En cada de su línea es capaz de penetrar fácilmente en los espacios interdentales; es difícil, sin embargo, hacer con él la incisión primaria.

La angulación de este bisturí le hace particularmente indicado en el lado lingual de la mandíbula. No soporta muchas afiladas, ya que se colapsan rápidamente, pudiendo así, se deformar durante su utilización.

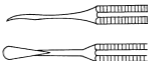
A



B



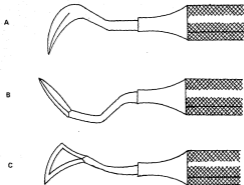
C



A.- Hoja de Pistola # 13

B.- Hoja de Pistola # 15

C.- Forcistefano



A. - Băstuni de lapcan

B. - Băstuni de orloan

C. - Băstuni de lăchănel

DISCOS DE KAPLAN - tiene un hoja triangular con dos zonas de corte concavas laterales y una convexa, dos ángulos obtusos y uno agudo. Esta listral, debido a sus tres cortes y su forma angulada, no encuentra límites para su utilización; por otro parte, soporta un gran número de afiladas sin sufrir deformación.

INSTRUMENTOS PARA LA ELIMINACION DE TEJIDO EXCENDIDO.-

Hay una serie de instrumentos que permiten la eliminación del tejido excendido sin peligros, tanto para el instrumento como para los tejidos duros del diente.

Los instrumentos Kaplan 4_R y 4_L , tienen exactamente la misma forma que los Listrales de Kaplan, pero son conos.

Otros instrumentos correspondientes a los Listrales de ORBY, tienen la hoja en d'Arco de sierra y permiten "serrar" los tejidos interaproximales.

También puede hacerse la eliminación del tejido excendido mediante los instrumentos y-cusos para dentadura, tales como los Kaplan 6_R y 6_L ; son unos instrumentos sólidos, muy bien adaptados para este trabajo.

INSTRUMENTOS PARA LA ELIMINACION DE TEJIDO DE ORAVULACION (Curvas).-

Se pueden utilizar las curvas universales de la Coll, números 17_C y 18_C o 13_C y 14_C , tienen un cuello angulado con una hoja en forma de cuchara. La superficie de interna es plana y la superficie externa es redondeada; se forman 2 bordes cortantes desde ellas se encuentran.

Estos instrumentos se pueden utilizar de las 2 maneras siguientes:

- a) **RASPADO:** *En extremidad de la parte activa está dividida hacia el hueso;*
- b) **RECORTADO O ARRASADO:** *el instrumento se coloca plano, la porción concava de la parte activa "avansa" el tejido a eliminar y lo secciona cuando con sigue apoyando sobre el diente. Estos son instrumentos oblicuos que necesitan pocas afiladas.*

INSTRUMENTOS PARA LA CORRECCION DEL CONTORNO DE LA INCISION.-

Si el contorno de la incisión es irregular, o si la incisión primaria no ha sido practicada a conveniente altura, se pueden correcciones, ya sea mediante listurinas o mediante la ayuda de lijas curvas postligadas. La inclinación de la superficie cuanta de la incisión puede ser modificada gracias a las listurinas de Kaplan o de Kirkton, o mediante la ayuda de fresas de bola grande, fresas del tipo de las usadas para trabajar el caucho o fresas diamantadas para esmalte.

INSTRUMENTOS PARA GINGIVITIS.-

La osteoplastia se hace con ayuda de instrumentos de mano o de instrumentos montados en el torno. Los instrumentos de mano son más económicos para el tejido y al provocar calentamiento con su uso, determina el que sean preferidos dentro de lo posible.

Los instrumentos montados sobre la pieza de mano, son más bien utilizadas para las pequeñas especies interproximales y lingualmente (cuando se trata de la mandíbula). Se emplean fresas de bola gruesas (núm. 7 y 8) y fresas de caucho o acrílicas (núm. del 20 al 24).

Tiene importancia cuando se hace osteoplastia y evitar tanto la sequedad del hueso como su calentamiento para que no haya peligro de necrosis.

En estos casos se hace la osteoplastia bajo la irradiación del suero fisiológico con ayuda de jeringas grandes (70 a 100 cc.) en las cuales se adapta una aguja roma que tenga un diámetro interior ancho (7,5 mm.).

INSTRUMENTOS PARA CIRUGIA MEDULO-OSSEA, COLUMNA Y OSTEOPLASTIAS.-

La incisión minimal o la inserción de un colgajo mucoperiosteico se hacen mediante la ayuda de tijeras que se usan después del uso: Formas Gillette D y E. La hoja de Nordberg está particularmente indicada para desprender un colgajo mucoperiosteico.

INSTRUMENTOS DE CORTE.-

TIJERAS =

Las tijeras se usan en cirugía prelorental para eliminar lengüetas de tejido durante la rinosinectomía, resecar los miembros de colgajos, agrandar las incisiones en abscesos prelorentales y eliminar incisiones musculares en la cirugía maxilar. Hay muchas clases; la elección es cuestión de preferencia, es individual.

MATERIALES Y SU UTILIZACION.-

MATERIALES DE SUTURA

Actualmente, en cirugía bucal y "periodontal", parece haber preferencia por los materiales para sutura no reabsorbibles en las aproximaciones cutáneas, mucosas y de capas más profundas. Sin embargo, los materiales para suturas reabsorbibles siguen utilizándose ampliamente en las cicatrices subepiteliales.

De los suturas reabsorbibles, el catgut es el que se emplea con frecuencia. En realidad, el catgut es una veta denominada, porque el material se hace de la capa serosa del intestino de la oveja.

Es provisto por los fabricantes en forma simple y teñida (carmínica), es un rango adecuadamente amplio de tamaños.

De los materiales para sutura no reabsorbibles, la seda negra es la más ampliamente utilizada. Tiene una resistencia traccional adecuada, produce una mínima reacción tisular, y puede ser vista con facilidad para su colocación y retiro. La constante en cirugía bucal es # 4 - 0. Si se la compra en cassette, resulta económica.

La seda trenzada negro 4 - 0, satisfacen la mayoría de las necesidades de la cirugía periodontal.

El hilo para coser, de algodón corriente, # 40 tiene los ventajas de la seda y es menos costoso.

Las suturas de tipo atraumático, tanto con materiales reabsorbibles como no reabsorbibles, son provistos por distintos fabricantes en ampulitas selladas que contienen un medio de esterilización en frío. El rasgo atraumático comprende un agujero semicircular o de 3/8 de círculo, fino en una de cuyas extremos está formado el material de sutura.

La pieza de Ståhlén, de aporamiento cónico, de 16 a 19 mm, de longitud, es muy práctica en cirugía periodontal.

APÓSITOS QUIRÚRGICOS.-

Los apósitos periodontales se emplean para proteger la herida creada por la cirugía periodontal y mantener una íntima adaptación del colgajo al hueso y a los dientes durante el estudio inicial de la cicatrización. El tipo tradicional de apósitos periodontales son los preparados de óxido de zinc y eugenol, con distintos aditivos para los distintos tipos de flujo y efectos bactericidas.

Como representantes de este grupo los apósitos de Ward, Wonda-Pak y varios otros. Los polvos consisten principalmente de óxido de zinc, resina polimerizada y escamas de óxido férrico. También pueden contener fibras de amianto para aumentar la resistencia; sin embargo, ya no son aceptados por el Council on Dental Therapeutics, los apósitos que contienen amianto. Los líquidos generalmente consisten de eugenol y aceite de oliva o mand, y algún antiséptico (tal como el tómol) que se agrega al líquido.

Otra variedad de apósitos, tales como el Cas Pak o el Peri Pak, son preparados que no contienen eugenol con distintos tipos de agentes bactericidas o bacteriostáticos apropiados.

Algunos apósitos contienen sustancias grasas con antisépticos tales como la lactucaína agregada al polvo de óxido de zinc y resina.

Recientemente se ha recomendado una cantidad de apósitos de cianocrilato sobre una base experimental; sin embargo, estas materiales parecen provocar una importante irritación en los tejidos conectivos, y no se pueden adquirir aún para ser usados clínicamente en forma autónoma.

Un buen apósito multipropósito, que provoque mínima irritación y sea fácil de manipular, es el conocido 8076 Neo Asbestos Parasing. Este tipo puede prepararse en grandes cantidades, dividirse en pequeñas porciones, envolverse en papel estéril y mantenerse refrigerado hasta que lo necesite. Para los pacientes con hipersensibilidad al algodón se recomienda el Coc Patch.

Otras ventajas evidentes, además de proteger la herida de manera que el paciente pueda comer convenientemente (prevenida de tumores filarios, térmicos y químicos), podría ser: la prevención de formación de tejido de granulación, el control de la hemorragia y la promoción de la cicatrización.

El apósito periodontal debe tener las siguientes propiedades:

- 1.- El apósito debe ser blando, pero con la plasticidad y flexibilidad suficientes para facilitar su colocación en el área operada y permitir la adaptación correcta.
- 2.- El apósito debe fraguar en un tiempo razonable.
- 3.- Después del fraguado, el apósito debe tener rigidez suficiente para prevenir su fractura y desplazamiento.
- 4.- El apósito además de poseer una superficie lisa para evitar la irritación de carillas y lentes.
- 5.- El apósito debe tener preferentemente un efecto bactericida para evitar la formación excesiva de placa.
- 6.- El apósito no debe interferir perjudicialmente en la curación.

TECNICA DE APLICACION .-

Tras una gingivectomía, los apósitos periodontales están destinados principalmente a proteger la herida, mientras que en la cirugía por colgajo,

se los suela aplicar para mantener los colgajos en contacto con el hueso subyacente.

Cuando escon de amputar los tejidos muertos, se inserta el apósito. Con la incisión, primero se llaman las oraciones interproximales con el material. Después se aplican finos vollos del apósito del largo del dno operatorio, contra las superficies vestibulares y linguales de las dientes. Se presionan estas vollos contra las superficies dentarias y se forza así, el material dentro de las dnos interproximales. Finalmente se aplica la superficie del apósito. Esto se cubre sólo del tercio apical de la superficie dentaria. Los Pachs se aplican a veces sobre la superficie operada por medio de una jeringa plástica.

Es importante asegurarse que el material del apósito nunca se introduzca entre el colgajo y el hueso o la raíz subyacente. Para evitar esa aplicación indebida del apósito sobre la superficie de la herida se puede aplicar a veces, una inyección, por ejemplo, heja de estufa insertada antes que el apósito. Se recomienda en los puntos donde haya sido insuficiente la adaptación del colgajo al hueso o la raíz. Es aún, la interferencia del apósito en las estructuras mucogingivales (por ejemplo, el pliegue vestibular y frenillos), debería ser cuidadosamente supervisado.

Cálida

Síntesis para aislar el conyo operatorio.

Se coloca un trozo de gasa para exodencia de 7,6 x 7,6 cm. con alfileres cerca de las incisiones inferiores y otra dentado por debajo de la lengua del lado de la operación. Así se mantiene la saliva alejada del conyo operatorio y se apartan los fragmentos y la sangre de la herida, a la vez que se eliminan posibles de tiraje vinculadas con la salivación. El tipo de saliva filante, es-

pose, "simpliciter", que a menudo se encuentran en los pacientes quirúrgicos, es difícil de eliminar de la boca. Cambiando la gasa cuando se moja, la anestesia se suprime y se abre el tiempo.

COMPRESAS =

Las compresas estériles, van a provocar un campo estéril al tiempo que cubren los ojos, reduciendo así, el trauma psicológico. Se coloca debajo de la cabeza del paciente una compresa estéril, que lleva hacia adelante cubriendo los ojos y la nariz, y fijándolo con un apósito de ganchos estéril o una pinza de campo. Las partes expuestas de la cara y mentón se lavan con una solución antiséptica. Se coloca una compresa estéril sobre el pecho del paciente. Otra puede fijarse sobre el pecho del operador; pueden usarse guantes estériles. Estas compresas incidentalmente, no representan una exageración en los detalles, dado que con su uso, se reduce considerablemente la incidencia de infecciones.

AGUJAS =

Las agujas para anestesia regional en el consultorio dental tienen desde calibre 20 a 25 y de 1/2 a 4 pulgadas de largo. La aguja se divide en 3 partes: el líceol, el tubo y el cono. El calibre revela el diámetro de la luz del tubo y el cono, el largo se mide desde el cono a la punta del líceol.

La aguja de acero inoxidable, es probablemente la más empleada.

Posee ventajas que la hacen la más práctica para el uso del consultorio dental. Consideremos que no está lejano el fin en el desarrollo del uso de agujas reesterilizables cuando se utilizan inyecciones de sulfato.

Se consiguen agujas de muchos tipos diferentes. Se considera que la de Lissel corta es superior a la de Lissel larga, pero la análisis regional. Recientemente se presentó la punta Hubert. En esta aguja, la punta está centrada en el eje de la aguja y tiene un Lissel de 7,5 % que es menos de la mitad del Lissel de la aguja convencional. Esta aguja puede tener una ventaja porque la punta está en línea recta con el eje largo de la misma.

CARTUCHOS =

La presentación de la adpuola e cartucho de anestésico local para uso dental por un gran paso adelante. Asegura la esterilidad y uniformidad de concentración.

El cartucho es un tubo de vidrio cerrado en un extremo por un tapo de caucho que puede entrar en el tubo forzado por el empuje de la jeringa tipo adpuola. El otro extremo está cerrado por una tapa metálica e diáfano de caucho que es punzada por el extremo de la aguja.

Cada cartucho contiene lo siguiente:

- La droga anestésica e combinación de drogas.
- El vasoconstrictor en diversas concentraciones por mililitro.
- Un conservador, generalmente disulfato de sodio.
- Cloruro de sodio para que la solución sea isotónica.
- Agua destilada en cantidad suficiente para el volumen deseado.

CAPITULO III

TECNICAS DE ANESTESIA MAS UTILIZADAS

TECNICAS DE ANESTESIA MAS UTILIZADAS

El método más utilizado para controlar el dolor en la actualidad, es la anestesia regional o bloqueo de la vía de los impulsos dolorosos.

Esto se realiza depositando una solución anestésica en la proximidad de un nervio o fibras nerviosas determinadas. El anestésico local, difundiendo a través de los tejidos circundantes, actúa en contacto con el nervio e impidiendo que se transmitan los impulsos más allá.

El éxito de este método, depende de la habilidad del odontólogo para depositar la solución anestésica en el punto anatómico indicado, de manera de que pueda difundirse en el nervio o nervios en volumen y concentración suficientes para producir el efecto deseado.

Se han desarrollado métodos y técnicas definidas para que el dentista pueda insertar mejor una aguja y depositar la solución anestésica en la zona anatómica deseada. Para dominar estas técnicas se necesita un conocimiento completo de la anatomía, particularmente de la mucocutánea y los puntos anatómicos que usualmente se usan como referencias.

Nada puede reemplazar a una buena técnica y cualquier intento de sustituirlo mediante el uso de volúmenes mayores o soluciones anestésicas más potentes, no sólo aumentará el riesgo, sino que se perderá mejor o igualar la calidad de la anestesia.

Toda zona al alcance del dentista puede ser insensibilizada al dolor mediante la anestesia y analgesia regional.

El dolor experimentado por el paciente perioperatorio durante los procedimientos quirúrgicos, puede no ser causado por la instrumentación mecánica en el área de la herida, puede también provenir de los dientes. En este caso,

en los dientes pueden suscitarse dolores de intensidad variable, en especial, en los casos de dentina radicular expuesta, ante factores como el frío, calor, vibración, secado, etc.

Con el fin de evitar que el paciente sufra una desagradable sensación de dolor en el curso del tratamiento quirúrgico, es preciso anestesiar apropiadamente toda el área de la dentición en que se realizará la cirugía, tanto dientes como tejidos parodontales.

ANESTESIA LOCAL EN EL MAXILAR SUPERIOR

La presencia de porosidades en la lámina externa del hueso alveolar superior permite que una solución anestésica depositada en la mucosa bucal vestibular, penetre en el hueso alveolar y llegue al ápice del diente en cuestión. Así, se puede lograr fácilmente la anestesia local de la pulpa y los tejidos parodontales vestibulares de la dentición del maxilar superior, por medio de una serie de inyecciones en el pliegue mucogingival del área de tratamiento.

Después de la administración de 0,5 - 1 ml. de la solución anestésica depositada en el surco vestibular, se logran la anestesia pulpar en el diente próximo al lugar de la inyección y, como un 80 % de los casos, también en los dientes vecinos. De ese modo, si están comprometidos para el tratamiento, zonas amplias de la dentición, las inyecciones repetidas (en el pliegue vestibular) deben ser realizadas, por ejemplo, a nivel del incisivo central, el canino, el segundo premolar y el segundo molar.

En las regiones maxilares posteriores se puede reducir la cantidad de

puntos de inyección si se emplea la anestesia de la tuberosidad del maxilar, destinando a bloquear las ramas dentarias superiores del nervio maxilar superior donde desierde sobre la superficie alveolar del maxilar superior y un analésico sector. Sin embargo, a causa del riesgo involucrado en las inyecciones intravascularias, en la mayoría de los casos se debe evitar ese tipo de bloqueo anodico.

"No obstante eso, que existiendo una buena técnica y la aspiración debida, antes de aplicar la solución, no existe el riesgo de la inyección intravascular".

Los nervios palatinos serán bloqueados con una inyección aplicada en después sector a la superficie mucosa, unos 10 mm. hacia apical del arco gingival. Si el dera en totalmente en palatino del maxilar superior fuera ancho en dirección apico-coronario, se aplicará alrededor de un mililitro de la solución anestésica cerca del agujero palatino anterior. Esta inyección bloqueará los nervios palatinos posteriores y accesorios, y produce analgesia de todos los tejidos duros y blandos del dera del tercer moler al conico. La analgesia de los tejidos palatinos de la región dentaria anterior, se llevará mediante una inyección en la gápula incisiva. Con el fin de prevenir el dolor in necesario de esta inyección y para evitar el desvío de la solución en las ras emergentes del conjunto incisivo se preferirá el abordaje mediante una inyección lateral. El dolor producido por las inyecciones en el tejido palatino no accidentalmente puede ser reducido en los casos de pérdida de la conciencia, si se hacen las inyecciones desde vestibular, es decir, a través de la encaja interdental.

Con el fin de obtener la inyección apropiada de los tejidos quirúrgicos, se pueden inyectar pequeñas cantidades de solución anestésica en las papilas interdentales. Estas inyecciones serán ejecutadas después de lograr la analgesia debida por infiltración vestibular y palatina.

Si la solución anestésica (solución de lidocaina al 2%, con 10 - 12.5 mg. de adrenalina/ml.), se distribuye en el maxilar superior en forma propiada, en la gran mayoría de los casos se logran una analgesia apropiada por un período de por lo menos 60 min.

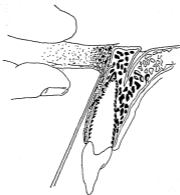
"Estas son tan solo algunas indicaciones de las técnicas, pero a continuación, describiremos las técnicas más usadas indicando su aplicación a cada problema".

INFILTRACION LOCAL DE TERMINACIONES NERVIOSAS (ANESTESIA SUBMUCOSA).-

Los nervios anestesiados son las zonas terminales de las terminaciones nerviosas libres.

Las zonas anestésicas, son tan solo la zona en que se infiltra la solución anestésica.

Las zonas anestésicas de referencia, no son usadas en esta técnica, porque la solución anestésica se infiltra en la zona requerida. Las técnicas de infiltración local, son indicadas cuando la membrana mucosa, y los tejidos conjuntivos subyacentes son los duros a anestesiarse. Este método puede ser usado para incisiones en la membrana mucosa, abscesos, o antes de insertar otras agujas.



TECNICA DE ANESTESIA PUNTOPOSTICA

Cuando se ha hecho contacto con el hueso se deposita lentamente de 1 a 2 ml. de solución. Debido a la difusión es posible que con una sola inyección se anestesia de dos a tres dientes.

En la cavidad oral se inserta un agujero de 1 pulgada # 25 bajo la lengua muerta, en el tejido conjuntivo de la zona a anestesiarse, y se infiltra lentamente la solución en la zona. Debe tenerse el cuidado de no inyectar demasiado líquido a un volumen excesivo. Esto puede dañar los tejidos posteriormente, con dolor y ulceración en caso grave.

No se encuentran alodinos subjetivos, y los alodinos objetivos, es necesario recurrir a instrumentos para demostrar la ausencia de sensación dolorosa.

TÉCNICA PARAFORMALDEHÍDICA.-

Es la que se utiliza más, comúnmente, para anestesiarse las zonas terminales más largas dentro de la cavidad bucal.

El término paraperidontal se usa con preferencia al término supaperidontal, para indicar que la solución se deposita a lo largo y no sobre el periodontio.

El éxito de la inyección paraperidontal, depende, de la difusión de la solución anestésica a través, del periodontio u la estructura ósea subyacente, para establecer contacto allí, con los nervios.

Esta inyección se indica y es hecha más usado en el maxilar porque que en la mandíbula densa. Se debe tener presente de que existe una variación en la densidad de la lámina ósea que cubre los raíces de los dientes maxilares.

Por regla general, la fibrina dura que cubre las raíces de los dientes maxilares en el adulto, es más espesa que la similar sobre los dientes temporales.

Se inserta la aguja a través de la membrana mucosa y el tejido conjuntivo submucoso, hasta que establece contacto, suavemente, con el periostio. La solución debe ser depositada lentamente.

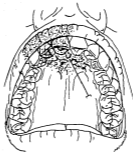
Cuando se ha de anestésicar uno o dos dientes, se inserta la aguja en el pliegue mucocutáneo y mucobucal, pero que establezca contacto con el periostio apical, sobre el ápice de la raíz del diente. Debe inyectarse muy lentamente 1 ó 2 ml. de la solución deseada, llevando unas 5 min. para llegar a la anestesia máxima. Cualquier diente maxilar puede ser anestésicado por esta técnica.

* Sistemas de anestésicos

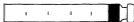
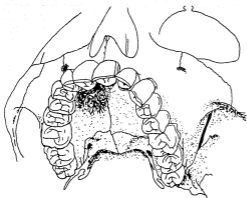
- Sistemas subjetivos, - Se utilizan.
- Sistemas objetivos, - Se necesitan los instrumentos para demostrar la ausencia de sensibilidad dolorosa.

* Precauciones*

De acuerdo con el estudio sobre difusión, desde el punto de vista técnico, pueden usarse este método en todas las cosas. Sin embargo, debido al tiempo que se requiere, existe un punto adicional al cual no es práctico, ni aceptable para el dentista o el paciente. Además, se dice que este método nunca debe usarse en caso de infección aguda.



CELESTINE DE LA ROSA DOMINGUEZ EN FLEUR



COM. DE AUSTRIA HORTICOLA

Debe practicarse, siempre, la aspiración e inyectarse lentamente la solución en volúmenes muy reducidos.

Finalmente, deben analizarse investigaciones adicionales para medir el efecto de la concentración de la solución anestésica y el uso consecutivo sobre las células de los tejidos que tocan.

BLUCAF DE LOS NERVIOS ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR Y MEDIO (ALVEOLO INFRA-ORBITARIO) .-

+ Nervios Anestesiados =

Nervios alveolares superiores anterior y medio; palpebral inferior y labial superior; infraorbitario.

+ Areas Anestesiadas =

Incluidas, comisuras, mucosas y raíz mesial del primer molar del lado inyectado, incluso el septo nasal y el tejido blando. El labio superior, párpado inferior y parte de la nariz del mismo lado.

+ Referencias Anatómicas =

Cresta del hueso infraorbitario, depresión infraorbitaria, excavadura supraorbitaria, excavadura infraorbitaria, dientes anteriores y las papilas de los ojos.

+ Indicciones =

Cuando se han de clorosear los nervios alveolares superior, medio y antg

nica, puede realizarse cualquier procedimiento quirúrgico y operatorio en las 5 dientes maxilares anteriores del mismo lado de la línea media. Puede ocurrir el flojeo de la instrumentación, tanto de la línea media, como de su vecindad.

+ Técnica =

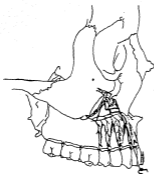
Con el índice se palpa el centro del margen inferior de la bolita, y después se pasa suavemente a un punto aproximadamente, de 1 cm. por detrás del alveolo alveolar. En este punto puede encontrarse la novena de los vasos en la zona de vasos y de nervios que emergen del agujero suborbitario. El índice se mantiene en este punto mientras que se levanta el labio superior con el pulgar.

La jeringa se mantiene con la alca hacia y se introduce la aguja en el pliegue bucal, directamente sobre el conio; empujando suavemente hacia delante, cerca del hueso y hacia la punta del dedo índice. Cuando la aguja ha alcanzado esta posición se realiza la aspiración para comprobar que en punta se encuentra en un vaso, y a continuación, se inyecta lentamente alrededor de 1 ml. de solución anestésica. La punción también puede hacerse en el pliegue bucal justo sobre el primer premolar donde el hueso subyacente es plano.

+ Sistemas de Anestesia =

= Sistema Infiltrativo :

Manejo y administración del labio superior, pliegue inferior y ala de la nariz del lado afectado, se hacen siempre presentes pero no son necesariamente una indicación de bloqueo anestésico, ya que los nervios que abastecen estas áreas pueden estar flojeados, mientras que el nervio alveolar superior anterior puede no estar afectado. Golpeando suavemente el diente con un instrumento y comparando la sensación con la producción sobre el diente sin anestesia



ESQUEMA DE LA CORTA BUENHA EN UNO DE SUS EJEMPLOS

del otro lado puede dar una indicación del estado de la anestesia.

- Sistemas Orpélicos :

" Los instrumentos demostrando la ausencia de sensibilidad dolorosa.

REGIONES DEL NERVIJO ALVEOLAR POSTEROSUPERIOR O TECNICA CIEQUÍPTICA .-

+ Propósito =

El bloqueo de la tuberosidad e cigomática, es el método más simple para obtener una anestesia profunda palmar y quirúrgica, en casos que falla la técnica supraorbitaria. También en casos de infección o inflamación, como también en la técnica supraorbitaria.

Si por alguna razón se considera necesario una inyección en la tuberosidad, debe palparse primero la cresta infra cigomática y aplicar después la aguja cuidadosamente con respecto al dedo, centrarse o ligeramente distal al segundo molar. Se avanzará después la aguja junto a la tuberosidad maxilar hacia adentro, hacia atrás y hacia arriba, aproximadamente unos dos centímetros, en este punto se deposita de 1 a 2 ml. de solución. Debe cultivarse cuidadosamente, las venas del pterico pterigoideo, y la aspiración antes de la inyección, es indispensable.

+ Nervios Anestesiados =

Nervios alveolares posterosuperior.

+ Zona Anestesiada =

Palares maxilares, a excepción de la raíz mesiodistal del primer molar;

la prominencia alveolar basal de los molares maxilares, incluso las estructuras que las cubren - perioste - tejido conjuntivo y membrana mucosa.

+ Referencias Anatómicas =

- Plátano maxilar y su continuidad.
- Proceso alveolar del maxilar.
- Superficie infraorbital del maxilar.
- Diente anterior y proceso coronario de la rama de la mandíbula.
- Tuberosidad del maxilar.

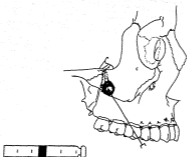
+ Indicaciones =

Para intervenciones operatorias seriadas, en los dientes molares y estructuras adyacentes. Esta indicación debe considerarse con la palatina cuando se amplía la zona de intervención.

+ Complicaciones =

Las complicaciones, si se sigue la técnica con cuidado, son muy poco importantes. La más corriente en esta técnica de anestesia, es la formación de hematoma, por ser una región muy rica en vascularización.

Cuando alivia la formación de hematoma a la penetración profunda de la aguja. Resolten creen que estos son debidos casi siempre al empleo de agujas con Lincal largo. Con las agujas de Lincal corto, la probabilidad de sufrir un vaso es mínimo.



CONDICIÓN DE LA BOLA

DURANTE LA TÉCNICA DE ANESTESIA EN LA FURCACIÓN

RECURRENCE NERVE PALATINE ANTERIOR.-

El nervio palatino anterior llega al paladar duro por contacto palatino mayor. Es una rama que procede del ganglio esfenopalatino o de Meibom, situado en el fondo de la fosa pterigomaxilar.

Para anestesiarse la arco palatino y la mucosa en la región molar, se inserta la aguja de 0,5 a 1 cm. por encima del margen de la arco, justo sobre el segundo molar y en ángulo recto con respecto a la mucosa.

Cuando la aguja alcanza el hueso se retira 1 mm. y se inyerta 0,1 ml. Este llega al nervio palatino mayor a su salida del agujero palatino mayor.

* Nervios Anestesiados *

El nervio palatino anterior al salir del foramen palatino mayor.

* Líneas Anestesiadas *

La parte posterior del paladar duro y las estructuras que lo recubren hasta la zona del primer premolar del lado inyertado. En esta zona del primer premolar se encuentran ramas del nervio maxilar palatino.

* Referencias Anatómicas *

- Segundo y tercer molares maxilares
- Bordo gingival palatino del segundo y tercer molares maxilares
- Línea media del paladar
- Una línea aproximadamente de 1 cm. del borde gingival palatino hacia la línea media del paladar.

+ Indicações =

- Para la anestesia palatina junto con el bloqueo alveolar posterosuperior o bloqueo del nervio alveolar superior medio.

- Para la cirugía de la parte posterior del paladar duro.

+ Síndomas de Anestesia =

- **Síndomas subjetivos :**

Sensación de adormecimiento en el paladar posterior cuando se trata con la lengua.

- **Síndomas objetivos :**

Se necesitan instrumentos para demostrar la ausencia de sensación dolorosa.

+ Complicaciones =

- Como complicación principal o más importante tenemos la que podemos producir al introducir excesiva cantidad y con rapidez el producto anestésico, causando desgarro de los tejidos que dan lugar a molestias posteriores.

- Por difusión del anestésico, sobre todo si su cantidad ha sido excesiva, anestesiaremos los otros nervios palatino, produciendo náuseas y dificultades respiratorias.

En general, se considera que las inyecciones tanto del nervio palatino, como del esfeno palatino interno, son procedimientos dolorosos. Sin embargo, el anestésico puede aplicarse en forma indolora, por medio de su habilidad y experiencia.

Siempre se debe practicar la aspiración e inyectar volúmenes de anestésico.



**ZONA ANESTESICA EN LA TECNICA DE ANESTESIA
DEL NERVO PALATINO SUPERIOR**

ANESTESIA DEL NERVIOS INFERIORES

ALDARICO DEL NERVIOS DE LA MANDIBULA INFERIOR .-

El bloque del nervio dentario inferior es el bloque más importante que se usa en odontología, simplemente porque no existe otro método seguro que pueda proporcionar anestesia total para los dientes inferiores posteriores.

Los ápices de los molares de la mandíbula inferior están subyacentes por hueso compacto y grueso, y se hayan inervados por el nervio dental inferior situado en el canal mandibular.

La zona de anestesia incluye los dientes de una mitad del maxilar inferior, una porción de la arcada bucal, la piel y mucosa del labio inferior y la piel del mentón. Con frecuencia se alcanza un "descansamiento", en forma tal que la anestesia no es completa a nivel de la línea media y, el tercer molar casi por permanecer sensible. La anestesia de la arcada bucal, de la mucosa adyacente y de la arcada bucal adyacente al segundo premolar y al primer molar del maxilar inferior, de ordinario se logra en forma satisfactoria mediante los bloques lingual y bucal, respectivamente.

Los nervios mandibular y lingual pueden bloquearse mediante una misma inyección, siempre que el hueso requiera una inyección separada.

** Referencias Anatómicas **

- Píngulo maxilar
- Bonda anterior del hueso de la mandíbula

- Cresta oblicua externa
- Fílagula retroclinal
- Cresta oblicua interna
- El Ligamento pterigomandibular
- Grupo de músculo lateral
- Ligamento pterigomandibular

Los tejidos blandos en la vecindad al punto de la inserción forman un espacio. Tal espacio, se está anatómicamente definido por consiguiente su posición puede variar de un paciente a otro.

• Zonas Anestésicas =

Así por las zonas anestésicas son:

- Cuerpo mandibular: y una parte inferior del nervio mandibular
- Dientes mandibulares
- Membrana mucosa y tejidos subyacentes anteriores al nervio mandibular,

• Indicações =

Anestesia para extracción operatoria en todos los dientes mandibulares.

Procedimientos quirúrgicos en los dientes mandibulares y estructuras de apoyo anteriores al primer molar, complementando con la anestesia del nervio lingual. Este nervio se anestesia concurrentemente al mismo tiempo que el dentario inferior. Y así se requiere una intervención quirúrgica de la zona posterior al segundo premolar, se complementa con la anestesia del nervio buccinator.

- Con fines de diagnóstico y terapéutico.

*** Anatomía ***

La importante estructura anatómica de la mandíbula; pues la aguja se coloca en estas zonas importantes durante su trayectoria en la realización de la técnica. La aguja pasa a través de la mucosa, una delgada lámina del músculo buccinator, tejido conectivo suelto y una variable cantidad de grasa.

Las estructuras profundas cuando la aguja está en su posición final son:

a) Sobre las siguientes estructuras:

- Vasos abucinales inferiores
- Nervio alveolar inferior (dentario inferior)
- Inserción del músculo pterigideo interno
- Vena milohioides
- Nervio milohioides

b) Anterior a la parte profunda de la glándula parotídea

c) En el medio del nervio interno de la mandíbula

d) Inferior a las siguientes:

- Nervio lingual
- Glándula pterigideo interna
- Ligamento esfenomandibular

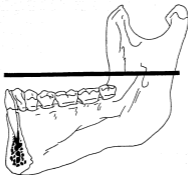
*** Sistema de Anestesia ***

- Sistema Subperióseo

Retraso y adormecimiento del labio inferior, y cuando es afectado el nervio lingual, mitad de la lengua del lado anestesiado.



DISPOSICION DE LA MEMBRANA ALVEOLAR



El punto de la sínfisis en los adultos se encuentra aproximadamente 1 cm por encima de las superficies oclusales de los molares y justamente en sentido medial con el dedo índice, pero lateralmente en relación con las pliegues pterigomandibulares.

** Síntomas objetivos:*

Con instrumentos se demuestra la ausencia de sensación dolorosa.

** Complicaciones =*

Una vez realizada la anestesia del nervio mandibular, no nos queda si no exponer de las complicaciones que pueden ocurrir por el empleo de una técnica defectuosa, complicaciones que en su mayoría se pueden evitar si tenemos la precaución de no depositar anestésico sin que la punta de la aguja se haya apoyado en el hueso, así como la de no depositar anestésico sin hacer observación con el índice de la carpeta. Evitamos muchos pacientes en los que por su forma de archedo se pueden introducir gran parte de la aguja, pero por mucho anejo que hayamos introducido, nunca depositaremos anestésico si anteriormente la aguja no lo hemos apoyado en el hueso; si cumplimos este requisito, como máximo, la complicación que nos puede ocurrir es que no logremos la anestesia, si nuestra técnica anterior ha sido defectuosa.

Cuando por defecto de la inclinación de la aguja pasamos al borde posterior de la rama ascendente del maxilar superior, nos introducimos en la porción y sin tener en cuenta las precauciones anteriores depositamos en ella la anestesia, podemos producir una parálisis facial temporal (que persistirá según cuanto dure el efecto anestésico), e una pérdida en la luz de alguna vasa arterial e venosa.

En el interior de la porción el facial & VII por cruzar se sitúan en dos zonas: la zona foral y el vicio facial. Si el producto anestésico lo depositamos en la zona temporo facial, produciremos una parálisis del labio superior y del pliegue inferior, y si el depósito del anestésico ocurre en la

como estruño facial, la parálisis será del labio inferior y si lo hacemos en el tercio del VII por arriba de la bifurcación, la parálisis será del lado superior, labio inferior y párpado inferior.

Aparte de estas complicaciones producidas por defecto de la técnica anestésica, pueden existir otras como: fractura de la aguja, que al ser larga y curvada estas generalmente por la angulosidad con el "succorol", se suele originar problemas; hematomas por ruptura de algún vaso al pasar de la aguja, complicación esta que se reduce al mínimo al emplear agujas con láser cortas; necrosis en la deglución, que el paciente lo manifiesta como sensación de ahogo; légitimas, por tener a la intermedia e por efecto del producto anestésico, etc.

BLOQUEO DEL NERVIOS MENTONIERO .-

Estos bloques anestésican las estructuras llevadas por los ramos del nervio del nervio dentario inferior, cuando se dividen para formar los nervios incisivo y mentoniano, a nivel del conducto mentoniano.

El nervio mentoniano lleva el labio y los dientes inferiores, desde el primer molar permanentemente hasta la línea media.

El nervio incisivo lleva la estructura cara y pulpa de premolares, caninos e incisivos.

* Zonas Anestésicas *

- Nervio mentoniano, ramo del dentario inferior.

* Zonas Anestésicas *

- *labio inferior*
- *Formosa gruesa del pliegue mucolabial anterior al foramen mentoniano.*

+ Referencias Anatómicas =

- *Promolares mandibulares, porque el foramen mentoniano generalmente está en línea con el ápice y anterior a la raíz del segundo premolar.*

+ Indicaciones =

- *Para la cirugía del labio inferior e inyectar masas en el pliegue mucolabial anterior al foramen mentoniano, cuando por alguna razón no se indica el bloqueo del mentón inferior.*

+ Técnica =

- *Deben utilizarse los ápices de los dientes promolares.*
- *La aguja se inserta en el pliegue mucolabial después de haber llevado la mejilla al lado local.*
- *La aguja penetra hasta tocar suavemente el pericostio de la mandíbula ligeramente anterior al ápice del segundo premolar.*
- *Se deposita lentamente de 0,5 a 1 mL de solución en la zona.*

+ Síntomas de Anestesia =

- *Numbidez y adormecimiento del labio inferior en el lado inyectado.*

+ Precauciones =

- *Nunca deben aplicarse inyecciones en el punto de inserción entre la cara posterior del maxilar inferior y la cara inferior de la lengua ya que puede paralizar la glándula y provocarse una infección.*

CAPITULO IV

*INCISIONES, CORSAJES Y
TECNICAS DE SWFPM MAS AVANZADAS*

TARJAS Y PETAS DE LA CIRUGÍA PERIODONTAL

Las diversas tarjas y petas, adto se pueden contener en relación con el tratamiento completo. Así, por ejemplo, a menudo el tratamiento inicial y la cirugía pertenecen a menudo las mismas petas y distintas cominas (salvando de la raíz con curatije errado en comparación con alisado de la raíz con control visual). Aunque el tratamiento inicial puede ser una traspulacion suficiente, en los casos graves constituida la preparación para una intervención quirúrgica periodental.

Las tarjas o petas de la cirugía periodental pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1.- Limpieza y alisado de la raíz con control visual.
- 2.- Reducción y eliminación de huesos que favorezcan la infección y sobre todo de lasas periodontales.
- 3.- Eliminación de la inflamación y la actividad en las bolsas.
- 4.- Favorecimiento de la regeneración del tejido periodental.
- 5.- Creación de una superficie fisiológica del periodonto marginal y de la unión mucogingival.

INCISIONES Y COSILLAS

No es necesario extenderse en este momento sobre este tema sino sólo señalar que todas las incisiones de la corteza han de hacerse en forma definitiva y sin re-quisiciones, las incisiones tímidas y tentativas sólo provocan la formación excesiva de los tejidos.

Al hacer una incisión el control del látex es de gran importancia. El control de la hoja se hace mediante un movimiento de sierra y un trazo casi estable.

El movimiento de sierra controla y limita a las incisiones iniciales es un excelente método para conseguir el control preciso sobre la dirección de la incisión larga, tanto en tejidos delgados, como en el caucho.

Un cosillo es una sección (sección) de caucho o de sus derivados afijada a las hojas adyacentes por medio químico. La base del cosillo se deja abierta para proporcionar al mismo un acceso abierto al exterior. El cosillo debe ser uniformemente delgado, habitualmente alrededor de 2 mm, de espesor parcial o total, es usualmente la corteza es gruesa. Entre otros requerimientos, el cosillo debe ser suficientemente delgado y flexible para permitir su pasajeramiento adentro durante la autosa y convenientemente fuerte para permitir el acceso y visibilidad de los tejidos adyacentes sólo sea necesario en la cirugía local.

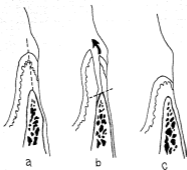
La elevación de colgajos pericardiales se ha usado más a menudo en los últimos dos decenios para tratar la enfermedad pericardial. Los técnicas de colgajo permiten eliminar el tejido que forma la pared de la bolsa, así como algo de los tejidos ginecómicos adyacentes. Al levantar el componente ginecómico, el operador puede clarificar las estructuras facas subyacentes y, en caso indigido, realizar ciertos procedimientos quirúrgicos para corregir los defectos de ellas.

COAGULAR DE LISOL INTERNO

Existen varias condiciones clínicas para las cuales una ginecómica estándar resulta molesta para el paciente, no obstante, no resulta simpática. La ginecómica de Lisol interno o interno, es uno de estas mejoras. La ventaja de la nueva operación es esencialmente igual con la operación inventada de que se se exponen superficies coaguladas ginecómicas. Esto se logra mediante un Lisol interno, la operación del que Lisol expuesto expone en la ginecómica estándar.

La cirugía de Lisol interno, básicamente, da el mismo resultado que la ginecómica, pero sin la herida abierta y la vascularización demorada de ella. La distancia correcta entre la incisión inicial y el cierre depende de la profundidad de las bolsas y de cuanto tejido haya que eliminar para herencias desaparecen.

Este procedimiento es útil en caso de hipertrofia pericardial, en presencia de tantas estenosis u desde las condiciones de hipertrofia están engendradas por heridas abiertas después de la cirugía.



TECNICA DEL RESIL IMPACTO. - a) Incisión desde el margen gingival hasta la cresta del hueso alveolar. b) Rechazo del colgajo y eliminación de la pared de tejido blando de la cavidad después de la ruptura del ligamento periodontal. c) Curación.

Debe ser realizada una incisión inversamente localizada, festoneada, coronariamente a la profundidad de la lesión, extendida a lo largo de la encía hasta que la hoja entre en contacto con el diente o el hueso. De este modo podremos obtener un colgajo delgado (aproximadamente de 1 a 2 mm. de espesor), luego, realizar una segunda incisión vecina a la raíz, hasta alcanzar la terminación apical de la primera incisión. Después, puede ser cortado una capa de tejido y cualquier cantidad de tejido puede ser eliminado con cuidado, tijeras o raspador para ser eliminado. El procedimiento es repetido sobre la superficie cén vestibular o lingual opuesta, la zona interproximal será cuidadosamente delimitada. El procedimiento es repetido sobre la superficie vestibular o lingual opuesta, las zonas interproximales serán cuidadosamente delimitadas y los colgajos deben ser unidos y orientados por medio de suturas interrumpidas.

La ventaja de este procedimiento es la mínima superficie de herida expuesta post-quirúrgicamente. En los casos de hiperplasia por ferocidad, la higiene puede continuar sin interrupción y puede evitar la infección causada por la cirugía y abscesos y la retracción de placas. La hiperplasia post-quirúrgica de los tejidos, es el mayor problema en los pacientes que reciben ferrocidad, puede por lo tanto ser evitado.

Ventajas similares se presentan cuando el tejido debe ser cortado durante un tratamiento de estomatitis. Desde los pacientes tienen problemas hemorrágicos, la superficie de la herida expuesta más pequeña, es una ventaja obvia.

La necesidad recorta dos consideraciones importantes:

1.- Mientras más grueso sea el tejido cortado, más largo será el hiel. Deberá procederse con precaución al hacer el corte en la ancha palatina.

Esto es una zona que suele tratarse con un hiel interno tanto en la gingivectomía, como en el levantamiento de un colgajo. Debido a la presencia de un quon adnate de pequeñas ramas de la arteria palatina, que se dirige desde la vía principal verticalmente, a la larga del borde lateral palatina, es ideal cortar estos vasos. El sangrado de estos vasos puede ser evitado.

2.- Cuando se realiza un hiel interno, existe la tendencia a hacer una incisión demasiado vertical, de tal forma, que el tejido restante presente un hiel extremadamente largo y delgado. Este ofrece dos importantes ventajas para el manejo del colgajo:

a) El margen largo y delgado es fácilmente adaptable a los diversos curvaturas de la herida y ...

b) La ferida post-operativa inmediata es aparentemente más superficial a lo que sería si se utilizara un hiel un poco más amplio.

Ambos ventajas son más aparentes que reales; en primer lugar, es un error, considerar que con la superficie del colgajo está la zona con tejido queratinizado restante. La necesidad marginal del colgajo sería mínima. Lo cierto, mientras más delgado está el colgajo a expensas de la línea propia, mayor será la pérdida de tejido marginal por necrosis. La posibilidad del control marginal del colgajo es una ilusión.

El resultado post-operativo inmediato aceptable de un margen es transitorio. La pérdida de los margenes proximal y marginal del colgajo por necrosis

del lado del mismo, mirando posteriormente, cutáneas y mucosas gingivales desangrantes. Por fortuna, estas son temporales y cesan con el estímulo y a la limpieza.

COMO SE HACE LA TERCERA INCISION

La modificación de la cirugía de nivel interno para la eliminación de la bolsa puede explicarse, cuando la pared gingival de la bolsa, es muy gruesa y fibrosa, como por ejemplo, en el catáctico.

La incisión inicial se comienza a 1 ó 3 mm. de distancia de las curvas vestibulares o linguales de los dientes, dependiendo la distancia real de la profundidad de las bolsas y de cuanto tejido gingival hay que eliminar para hacer desaparecer las bolsas. Se emplea un bisturí de Bard-Parker # 12 B ó 1 de Olan y se dirige la incisión hacia la superficie articular del diente a nivel de la cresta alveolar.

A medida que se lleva la incisión hacia las zonas proximales, se la debe acercar al abayo gingival libre, creando el aspecto de un festoncado en zigzag.

La segunda incisión se hace en el lado de la bolsa y se extiende hasta la cresta alveolar alrededor del cuello del diente. Esto depond ocasionar una capa de tejido gingival, que puede eliminarse con cautela.

La tercera incisión o nivel interno, se hace con un bisturí Bard-Parker # 12 B, comenzando aproximadamente 1 mm. por debajo del borde gingival creado como resultado de haber eliminado la capa de tejidos gingivales. La dirección de esta incisión determina el espesor del colgajo, incluyendo extensio-

nes interproximales. El colgajo, puede separarse cuidadosamente a medida que se hacen disecciones apicales, en la dirección de la aplicación alveolar a varios cms. de la cresta.

+ Ventajas del Colgajo de Lisel Interno +

Las ventajas evidentes del Lisel interno para el paciente, son que la gingivectomía de Lisel interno, se deja expuesta, tejida cuanto después del cierre. Esto especialmente es apreciable, en el tejido palatino donde la cresta es gruesa (requiere una incisión más amplia) y constituye una zona de participación linusal activa para la limpieza, alimentación y simple curiosidad del ido a sus entornos para familiares.

La cicatrización superficial es rápida, de tal forma que las apélices se requieran durante menos tiempo. En realidad, muchos periodontistas, hábiles, prescinden del apósito completamente y logran un excelente cicatrización y comodidad del paciente.

Las puntas periodontales removibles y los granitos anclados, pueden utilizarse nuevamente, con poca interrupción.

+ Desventajas del Colgajo de Lisel Interno +

Como en cualquier método, existen ciertas desventajas que deberán ser valoradas contra los beneficios esperados. La gingivectomía de Lisel interno no constituye ninguna excepción a la regla.

1.- Durante la cicatrización el surco resultante, creado por el Lisel interno deberá ser eliminado completamente anclando al tejido restante alrededor

de las zonas cervicales de los dientes dentro del campo. Esta aproximación, requiere mucha exactitud y atención.

Con mayor frecuencia, el edema es fijado con suturas y por su presencia. La ocurrencia es posible eliminar este gran edema con un apósito, aunque este método, usado por sí sólo, no es suficiente.

En la mayoría de los casos, los apósitos son limpios y continúan desinfectando un tiempo considerable después que han sido colocados, y el desplazamiento es visible para el operador, hasta que el apósito se ha retirado, mostrando edemas gruesos y desagradables que se encuentran alojados en los cuillos de las abejas. Aparte del atrapamiento de alérgenos y la dificultad para el mantenimiento, los edemas engrosados pueden exigir mayor modelado y gingivoplastia.

2.- El tiempo y habilidad requeridos para la realización de la gingivectomía de línea interna, es considerablemente mayor que para la gingivectomía clásica.

Los cortes precisos de los colgajos, la sutura y el control general del colgajo, son procedimientos que consumen mucho tiempo.

3.- Los problemas de sangrado post-operatorio son más frecuentes que en la gingivectomía clásica. Sin embargo, estos se resuelven fácilmente.

TÉCNICAS DE SUTURA EN GINGIVECTOMÍA

El éxito de la herida o sutura es fundamental, en cualquier técnica de colgajo al igual que en cualquier otra, así que es conveniente abordar en esta forma.

Se necesita una anestesia común como en todas las procedimientos quirúrgicas, y el tiempo en que se emplea en adquirirla, proporcionalmente divididos a partes de cicatrización rápida, sin contratiempos, y resultando y conformes oportunos.

Por el contrario, la sutura practicada de como resultado, colgajo desorganizado, heridas abiertas y patrones de cicatrización desorganizados.

La adaptación del colgajo debe iniciarse antes de suturas. Se hay que tratar de traccionar el colgajo más allá de su posición natural con suturas apretadas, provocando la atorción del colgajo, e interrelacionado con el suministro sanguíneo, que es fundamental para una cicatrización óptima.

Paralelamente, el recubrimiento plano del hueso vestibular, lingual e interdental habrán de lograrse con los colgajos de tejido blando. Si se puede obtener este, se producirá una curación en primera intención y la cicatrización de esta post-operatoria será mínima. Por lo tanto, antes de suturas, hay que aperturar los bordes del colgajo para que se adapten apropiadamente al hueso duro vestibular y lingual así como a los otros interproximales; se ha de eliminar el exceso de tejido blando. Si la cantidad del colgajo es insuficiente, fuera insuficiente para recubrir el hueso interproximal, hay que remediarse los colgajos, por vestibular o lingual de los dientes u, en algunos casos, hasta haber que desplazarlos convenientemente.

LEGAJOS O SUTURA INTERDENTAL

Esta técnica se usa para unir los colgajos vestibular y lingual; cada espacio interdental, se sutura por separado. La aguja se introduce por la su-



SUBGINGIVAL INTERFERENCE

perficie vestibular de colgajo, a través del espacio interdental, para penetrar en el colgajo lingual desde su superficie interna. Después se vuelve a través del mismo espacio interdental, pasando por encima del colgajo lingual, y el colgajo vestibular, y se ata en el lado vestibular.

No se recomienda, este tipo de sutura, cuando se realizan los colgajos vestibulares y linguales en distintos niveles.

LEJANDA A SUPERFICIE DE SUSPENSIÓN

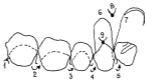
Por lo común, se emplea cuando hay que analizar apertamente colgajos que incluyan varios dientes. Cuando se efectúa un colgajo a cada lado de los dientes, se asegura una por vez en su posición oprimidos.

En caso de agujero, desde el lado lingual, a través de uno de los espacios interdentarios, por debajo del punto de contacto para atar: el colgajo vestibular desde su parte interna y emerge en el lado vestibular. La sutura vuelve através del mismo espacio interdental, pasando el hilo sobre el colgajo vestibular y después haciendo una lazada al rededor de la superficie lingual del diente. Después, se lo pasa através de otro espacio interdentario y se atraviesa el colgajo vestibular desde su parte interna. Se hace volver la aguja, através del mismo espacio interdental, y el hilo se pasa sobre la superficie vestibular y la aguja emerge en el lado lingual, donde se hace el nudo. La sutura se comienza en el lado vestibular cuando se trata de un colgajo lingual.

Esto es un buen aparato de suspensión, variable en dimensión vertical a voluntad del operador, aunque limitado a dos papilas adyacentes.



SUTURA SUSPENSORIA



Sutura suspensoria continens vestibular (e lingual) simple.

LEJADERA O SUTURA DE SUSPENSIÓN CONTINUA

Las suturas suspendidas continuas se han popularizado debido a que el tipo continuo pueden extenderse hasta cubrir un colgajo para todo un cuadrante del arco dentario insertando suturas deslizando separadas en los colgajos mucoperiosteicos vestibular y lingual.

Adaptado directamente de la sutura de suspensión sencilla, la sutura de suspensión continua, supera la limitación a dos dientes adyacentes que posee la primera. La sutura continua puede utilizarse en el absciso de dientes que se desee dentro del cuadrante y tiene la ventaja de fídel colocación del colgajo a nivel preciso deseado.

Según el Doctor Glickman podemos dividir esta técnica en dos tipos:

+ Tipo 1 =

Esta sutura, se puede usar cuando hay un colgajo, que abarque muchos dientes en una superficie, con otro predefinido, tal como una gingivectomía, en la otra superficie. La sutura adapta estrechamente el colgajo al hueso y lo fija en el nivel deseado en relación con la cresta ósea. Cuando se sutura un colgajo de una superficie vestibular, la aguja se pasa a través de los ángulos de los colgajos, distal al último diente, y se ata en el externo para mantenerlo ahí. Se hace una lazada del hilo alrededor de la superficie distal del diente hacia lingual y se pasa la aguja por el espacio interdentario para emerger en la superficie vestibular. Se invierte la dirección de la aguja, se atravesó el colgajo vestibular desde su cara externa y se retorna através del mismo espacio interdentario. Se entaza el hilo alrededor de la superficie lingual del diente vecino, y se repite el procedimiento anterior hasta que se llegue

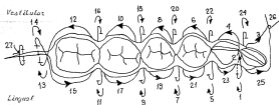
al pendilino diante del grupo.

En este diente se deja suelto el lazo lingual. Se pasa la aguja a lo largo del espacio interdentario hacia la superficie vestibular. Con ella se perfora el colgajo desde la parte externa y se vuelve por el mismo espacio interdentario hacia la superficie lingual. Se hace un nudo con el lazo de hilo que se deja suelto en el lado lingual.

+ Tipo 2 =

Este es otro tipo de sutura que puede ser usado cuando hay un colgajo que abraza muchos dientes en una superficie con este procedimiento, tal como la gingivoplastia en la otra superficie. Para un colgajo en el lado vestibular, se comienza con la aguja desde el lado lingual y se toma la superficie externa del ángulo distal lingual del colgajo. Se pasa la aguja a través del colgajo, dejando un extremo largo de hilo en el lado lingual, que será usado más tarde para hacer un nudo. Se enlaza el hilo alrededor de la superficie distal y lingual del último diente, y se pasa la aguja a través del espacio interdentario hacia el lado vestibular. Toma el colgajo desde su parte externa, lo penetra y pasa de vuelta por el mismo espacio interdentario. Este proceso se continúa hasta suturar todo colgajo. Se introduce la aguja a través del espacio interdentario final, hacia la superficie lingual, donde se hace un nudo con el extremo largo de la sutura que se dejó al principio.

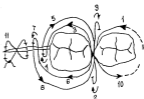
Este tipo de sutura, se permite una colocación tan precisa del colgajo como las suturas interrumpidas, y ellas a menudo se introducen debajo del colgajo o entre este y los dientes, impidiendo una óptima cicatrización del colgajo sobre el tejido dentario. Si uno de las anclas de las suturas se afloja,



A Sutura suspensoria continua del vestibular y lingual.



B Ansa lingual



C Suspensoria lingual "avanzada" antes de hacer la suspensoria vestibular.

toda la sutura pueda estrecharse y perderse así la adaptación precisa del colgajo.

SUTURA VERTICAL DE COCHINERO

Esta sutura se usa cuando hay un colgajo en la superficie vestibular o lingual y otro procedimiento, tal como una gingivectomía en el otro lado. Por otro lado, cuando el tejido es frágil y débil y una sola pasada puede provocar el desgarro; si es demasiado profunda la penetración de la aguja, la sutura provocando constricción del colgajo, formando un doblez horizontal, dejando marpas papilas sin soporte. En este caso, una perforación doble, una encima de la otra, proporcionando seguridad y control adecuado.

Se comienza la sutura en la encía incizada del colgajo, y se toma un "mordisco", con la aguja, por debajo de la papila interdentario. Luego se pasa la aguja a través del espacio interdentario siguiente para emerger en la superficie vestibular. Se toma un "mordisco" vertical con la aguja en la superficie vestibular del colgajo por debajo de la papila interdentario. Se hace volver la aguja por el mismo espacio interdentario, alrededor de la superficie lingual y por el otro espacio interdentario hacia la cara vestibular, donde se hace un nudo.

De esta manera, se fija la papila con firmeza y seguridad.

CONCLUSIONES

Por lo antes expuesto se llega a la conclusión de la importancia que significa el apropiado uso de nuestros conocimientos para el manejo del paciente.

Nuestra falta de conocimientos de estas técnicas tan sencillas al parecer, nos genera complicaciones durante el tratamiento o hasta llegar a afectar la salud del paciente, no tan sólo la de su boca, sino también en su salud en general.

Es también importante señalar que la falta de conocimiento de estas u otras técnicas podría como se halló ya señalado anteriormente, perjudicar al paciente y que por lo contrario, conociendo las técnicas se ahorra tiempo y trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *RAMER, ANA*.
"Anestesi. Local y Control en la Odontología, Ica Lombardi"
Editorial Sudil
Quinta edición, Argentina 1976.
Págs. 45, 47, 48, 51, 500, 133, 133 y 322.
- 2.- *CARRERA, FRANCIS*.
"Procedimientos Clínicos Clásicos"
Nueva Editorial Interamericana
Quinta edición, México, S. F., 1973.
Págs. 315, 703 y 877.
- 3.- *COLE, JEFFREY, LUIS*.
"Anestesi. Presentar en Estomatología"
Editorial Guadalupe Suriana
Quinta edición, Madrid, España 1970.
Págs. 45, 80 y 118.
- 4.- *COLE, JEFFREY, LUIS*.
"Anestesi local"
Editorial Sudil
Quinta edición, Argentina 1973.
Págs. 75.
- 5.- *COLE, JEFFREY, LUIS*.
"Manual de Anestesi Local en Odontología"
Editorial Sudil
Primera edición, Barcelona, España 1973.
Págs. 91, 91 y 173.

6.- **INGLE, JOHN.**

"Endodoncia "

Editorial Interoamericana

Segunda edición, México 1983.

Págs. 415.

7.- **MOSIASA VIELL, BARRY.**

"Anatomía Odontológica "

Editorial Interoamericana

Tercera edición, México, D. F. 1983.

Págs. 65, 73, 85, 92 y 96.

8.- **KARTEL, ERIND O.**

"Clínica Periodontal "

Editorial Científica Argentina

Primer edición, Córdoba, España 1988.

Págs. 21, 22, 25 y 27.

9.- **BRIGER, GUSTAV O.**

"Clínica Buccomaxilofacial Superior "

Editorial Interoamericana

Quinta edición, México, D. F. 1983.

Págs. 34, 36, 37, 38, 39, 55, 657 y 665.

10.- **LITVIN, JIM.**

"Periodoncia en Clínica "

Editorial Interoamericana

Primer edición, Buenos Aires, Argentina 1986.

Págs. 363, 364, 366 y 367.

- 11.- **NOBLE, M. A.**
"Necrología Orientalista"
 Editorial Interamericana
 Tercera edición, México, D. F. 1982.
 Págs. 28 y 30.
- 12.- **ROTFELD - ASH.**
"Parasitología y Parasitosis"
 Editorial Panamericana
 Primera edición, Buenos Aires, Argentina 1982.
 Págs. 423, 425, 472, 475, 480 y 702.
- 13.- **ROTELSCHAK, ALAIN H.**
"Atlas de Parasitosis"
 Editorial Labor
 Primera edición, Barcelona, España 1987.
 Pág. 45.
- 14.- **SCHLIGER, SAUL.**
"Enfermedad Parasitaria"
 Compañía Editorial Continental
 Primera edición, México, D. F. 1981.
 Págs. 497, 501, 502, 519, 520, 523, 670 y 691.
- 15.- **ILLICHAJIN, ANNA.**
"Parasitología Médica"
 Editorial Interamericana
 Tercera edición, México, D. F. 1983.
 Pág. 375.

16.- STONE, STEPHEN.

"Parodontología "

Editorial Intersamericana

Primera edición, México, D. F., 1970.

Págs. 166.

17.- WATT, DANIEL E.

"Tratado de Clínica Bucal Diabética "

Editorial CECSA

Segunda edición, México 1984.

Págs. 509, 510 y 511.