

176
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANUAL DE CIRUGIA BUCAL
(Casos mas comunes)

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a
David Francisco Jiménez Obando

Asesor de Tesis:
C.D. EDUARDO AGUILAR SALINAS



México, D. F.

1990

FALLA EN ORIGEN



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 T R O D U C C I O N

La principal causa que caracteriza el desarrollo de esta Tesis está enfocado, hacia una superación en esta area tan importante de la Odontología, y sus especialidades, como lo es la Cirugía.

Todo lo escrito aquí, es una recopilación de datos, tanto propios como, escritos, en los cuales se ha tratado de simplificar para tener una intervención quirúrgica lo más breve, fácil y eficaz.

En el desarrollo de ésta Tesis, en ningún momento se tratará de hacer un Maestro en Cirugía, sino que, es simplemente un Manual de auxilio inmediato para alguna consulta al respecto de la intervención que se está haciendo.

En esta Tesis se mencionan los métodos más prácticos y más breves para conseguir un desarrollo exitoso.

Se trató en ésta, hacer lo más metódico en el sentido de orden y tiempos operatorios, siguiendo siempre los consejos, y práctica propia. De los casos que tuve la oportunidad de realizar, Quiero plasmar en ésta Tesis los datos que obtuve y espero les sirvan a mis compañeros.

Recordatorio:

No es por demás recordar que cada intervención quirúrgica nunca se catalogará, como, " Operación fácil ". Puesto que todas y cada una de las intervenciones pueden llegar en su momento a agravarse y pasar de un pequeño problema a una intervención mayor.

Por lo tanto, tendremos que tomar ciertas medidas preventivas para que no ocurra lo anteriormente mencionado.

- 1.- Uso de guantes cómodos y esterilizados.
- 2.- Lavado de manos con cepillo, el cual pueda, introducirse fácilmente en las uñas para evitar microorganismos en éstas.
- 3.- Uso de gorro quirúrgico.
- 4.- Uso de bata ó filipina esterilizada. (Cómoda).
- 5.- Uso de campo operatorio esterilizado, apropiado al paciente.
- 6.- Esterilización previa de todo el instrumental quirúrgico .
- 7.- Estar en condiciones físicas y mentales adecuadas para evitar cualquier fracaso.
- 8.- Tener la zona de trabajo, perfectamente iluminada, la cual podamos ver claramente todos y cada uno de los puntos de la intervención.
- 9.- Uso ineludible de cubre bocas.

ENUMERACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO
MAS BASICO.

- 1.- Hoja de bisturí.
- 2.- Mango para bisturí.
- 3.- Cucharilla de Lucas.
- 4.- Separador de Lucas.
- 5.- Fórceps adecuados al trabajo a realizar.
- 6.- Elevadores rectos y de bandera.
- 7.- Fresas quirúrgicas, diferentes tamaños.
- 8.- Campo quirúrgico, esterilizado.
- 9.- Pinzas de mosco curvas.
- 10.-Pinzas de mosco rectas.
- 11.-Porta agujas.
- 12.-Pinzas para cortar encía. (Tijeras)
- 13.-Pinzas para cortar hilo.
- 14.-Sutura. (La medida según el Doctor)

- 15.-Motor de baja velocidad.
- 16.-Gasas.
- 17.-Eyector quirúrgico.
- 18.-Cánula.
- 19.-Avapena. (Medida preventiva para shocks).
- 20.-Jeringa
- 21.-Espejo, pinzas de curación,explorador.
- 22.-Osteotomo.
- 23.-Lima para hueso.
- 24.-Cureta .
- 25.-Nota quirúrgica
- 26.-Historia clínica

(El orden de enumeración no tiene que ver con la importancia de cada una).

En el siguiente Manual veremos los casos más frecuentes y la técnica quirúrgica para auxilio del Cirujano Dentista - que realice éstas técnicas :

1.-APICECTOMIA

- a).- Indicaciones.
- b).- Contraindicaciones.
- c).- Tratamiento pre operatorio.
- d).- Anestesia.
- e).- Técnica.
- f).- Tratamiento post operatorio.

2.-FRENILECTOMIA LABIAL Y LINGUAL.

- a).- Indicaciones .
- b).- Contraindicaciones.
- c).- Técnica labial.
- d).- Cuidados post operatorios.

3.-CANINOS INCLUIDOS.

- A).- Indicaciones.
- b).- ContraIndicaciones.
- c).- Técnica.
- d).- Cuidado post operatorio.

4.-TERCEROS MOLARES CON CORONA MESIALIZADA (INFERIORES).

- a).- Indicaciones.
- b).- ContraIndicaciones.
- c).- Técnica.
- d).- Cuidados post operatorios.

5.-EXTRACCION DE RAICES ALOJADAS EN SENO MAXILAR.

- a).- Indicaciones.
- b).- Técnica primaria.
- c).- Técnica secundaria.
- d).- Técnica radical.
- e).- Tratamientos post operatorio.

6.-REIMPLANTES.

- a).- Definición.
- b).- Indicaciones.
- c).- Técnica.
- d).- Fijación.
- e).- Cuidado post operatorio.

7.-TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES.

- a).- Técnica de Exéresis.
- b).- Tiempos operatorios. (E)
- c).- Técnica de Fenestración.
- d).- Tiempos operatorios (F)
- e).- Cuidados post operatorios. (ambas)
- f).- Dosis. (ambas)

8.- EXERESIS DE MUCOCELES DE PEQUEÑO TAMAÑO.

- A).- Definición.
- b).- Disección.
- c).- Liberación
- d).- Tratamiento post operatorio.

9.-EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

- a).- Indicaciones.
- b).- Técnica.
- c).- Tratamiento post operatorio.

A P I C E C T O M I A

Indicaciones.

La operación de apicectomia, se practica en determinados casos:

- 1.- Cuando exista un fracaso de endodoncia y exista reacción - periapical.
- 2.- Fracturas profundas de raíz.
- 3.- Hiperplasia de la raíz.
- 4.- Cuando está contraindicada la extracción según criterio del ortodoncista.

Contraindicaciones.

- 1.- Cuando hay debilitamiento del estado general del paciente.
- 2.- Cuando el diente esté en gran proximidad con regiones anatómicas, como senos o como agujero mentoniano.
- 3.- Cuando exista enfermedad parodontal.
- 4.- Cuando hay denso tejido óseo superpuesto a la raíz, como sucede en región de premolares y molares inferiores.
- 5.- Cuando exista una decoloración del diente que indique padecimiento infeccioso crónico.

Tratamiento Preoperatorio.

- a).- Antes de iniciar la practica, se tratará y se suprimirá toda infección en estado agudo de los tejidos de la boca, siendo necesarios algunas veces el tratamiento subgingival.
- b).- Se obturarán todas las cavidades, dejandose la boca en el estado más satisfactorio.
- c).- Al practicar la operación el paciente deberá estar en ayunas permitiendosele que tome un vaso con jugo de naranja dos horas antes.
- d).- se le recetará un medicamento sedante adecuado. (Belserene 0.5 mg.)

Anestesia.

Lo mejor en estos casos es Xilocaina con epinefrina, en forma local.

Por infiltración o troncular, según el caso.

En este caso es en maxilar superior.

Tecnica.

- a).- Asepsia quirúrgica con un algodón, previa higiene oral.
- b).- Estudiar cuidadosamente la radiografía, para determinar la posición y dirección de la raíz.
- c).- Se hace una incisión ligeramente curva a la altura del 2o.- tercio del espacio comprendido entre el borde gingival y el ápice.

- d).- La incisión va con la cavidad hacia el ápice.
- e).- El corte debe incluir tanto la mucosa, como el periostio y tendrá unos dos centímetros o medio más.
- f).- Con la legra se despegar el periostio y se levanta el colgajo, no hay que cortar el frenillo labial.
- g).- Por lo general, se descubre bien el area por lo abultado o adelgazado del hueso, y puede extirparse el hueso totalmente superpuesto.
- h).- Con el motor de baja se procederá con fresa quirúrgica, a cortar el segmento del ápice radicular.
- i).- Después de esto con pinzas se extrae el segmento sobrante.
- j).- Con la cucharilla se raspan las paredes de la cavidad (para mantener limpio el campo operatorio se estará lavando - continuamente con suero fisiológico "jeringas" y la absorción de este por medio de un eyector y cánula quirúrgica).
- k).- Se hace una abertura por el conducto radicular con un ensanchador o lima y se inyecta una pequeña porción de alcohol.
- l).- Se obturará con gutapercha o cloropercha dejando un excedente en el area apical, asegurandose, de dejar ya inmóvil y fija la gutapercha, después, con un instrumento caliente se procederá a quitar el excedente de ésta y al mismo tiempo sellandola.

Se debe irritar ligeramente los tejidos adyacentes para provocar algo de hemorragia y así formar el coagulo.

Se repone el colgajo y se sutura con catgut.

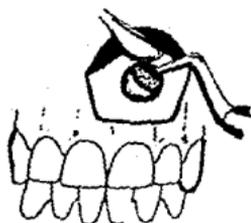
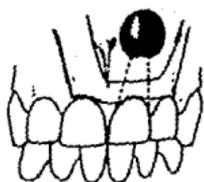
Tratamiento Post operatorio.

- a).- Radiografías para comprobar el procedimiento quirúrgico - realizado.
- b).- Nota quirúrgica.
- c).- Aplicar una gasa y se le dirá al paciente que no haga lavado alguno, ni alimentos sólidos durante varias horas - (48 Horas).
- d).- Compresas de agua helada y la receta de un anti inflamatorio (Flanax 275 mg y aplicación de antibiótico adecuado durante cuatro días, Pentrexy1 500 mg o en su defecto si el paciente resultara alérgico a la penicilina se tomará Pantomicina 500 mg durante cuatro o cinco días ambos cada ocho horas).

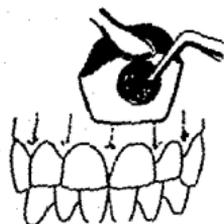
El tratamiento se realiza también en estas fases:

- 1.- Disección del colgajo mucoperiostico.
- 2.- Abordaje de región periapical afectada.
- 3.- Legrado.
- 4.- Resección del ápice radicular.
- 5.- Sellado del canal radicular.
- 6.- Limpieza de herida, sutura, y control radiográfico.

Bibliografía XX.



APICECTOMIA



FRENILECTOMIA LABIAL Y LINGUAL

Indicaciones.

No es rara la hipertrofia del frenillo lingual ó, que simplemente esté corto.

Esto es una parte en la que los Padres también tienen un punto principal de colaboración en el sentido de observar la pronunciación de los pequeños y a su vez no ocasionarles un problema psicológico al presionar al Niño para que hable bien.

- 1.- Cuando exista una separación excesiva de dientes centrales sin razón aparente ni por otros casos como (Síndrome de mama), (Frenilectomia labial).
- 2.- Cuando exista dificultad de pronunciar la "R" y se escuche un tono afrancesado (Frenilectomia Lingual).
- 3.- Cuando esté provocando un debilitamiento del tejido gingival, además de ponerlo a una constante irritación (F.Labial)

Contraindicaciones.

- 1.- Cuando exista problema psicológico y ó mental aparte del problema lingual.
- 2.- Cuando exista una enfermedad sistémica (F. Ambas).

Técnica.

Labial :

- 1.- Previa anestesia por infiltración.

2.- Existen varios metodos para corregir esta deformidad, - el más eficaz para quitar el tejido Hipertrofiado (Frenillo) es :

a).- Hacer una incisión eliptica con la curvatura hacia abajo y en el extremo superior del frenillo, otra incisión que partiendo de la primera se dirige hacia abajo en el extremo superior del frenillo. (En el sitio donde se forma el repliegue gingivo labial).

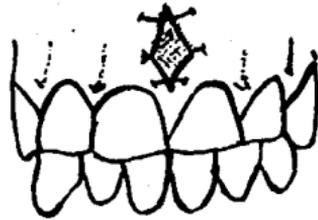
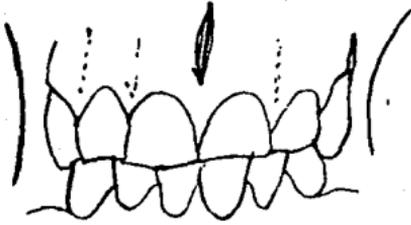
b).- Se hace luego otra incisión que partiendo de la primera, se dirija hacia abajo a lo largo de cada uno de los lados del frenillo y en medio de los dientes.

c).- Se hace la ablación de la porción comprendida entre los tres puntos de incisión, por los cuales se despega el colgajo con la legra. Y se corta el tejido con las tijeras.

d).- Después de despegar el tejido contigüo, se da una ó dos puntadas de preferencia con catgut, para unir los bordes de la herida.

e).- Los labios de la porción triangular superior. Se unen por medio de una puntada, que abarque los tres bordes.

Otro autor, (DAVIS), ha ideado una operación plástica que principie en el borde gingival. Entre los incisivos centrales y que se dirige hacia arriba y hacia atras de cada lado del frenillo. Con lo que se hace una incisión de forma triangular.



FRENILECTOMIA LABIAL

con su base hacia el labio, la cual se deja adherida a los tejidos y con el vértice entre los incisivos centrales.

Se extirpa el tejido excesivo del frenillo, dejando arriba una pequeña porción piramidal, adherida a la base, y un espacio abajo para llenarlo con el tejido que se obtiene de un colgajo plástico, a continuación, se hace una incisión hacia atrás y hacia abajo, que principie en la parte superior de la incisión lateral y, se despega el tejido situado arriba del incisivo lateral debajo de la incisión con la cual se permite jalar el tejido hacia la línea media y suturarlo con catgut o sutura reabsorbible 00.

Cuidados Post operatorios.

a).- Reposo.

b).- Anti inflamatorio (275 mg. Flanax).

c).- Antibiótico 500mg. (Panac).

d).- En caso de alergia se utilizará el adecuado.

(antibiótico y anti inflamatorio se administrarán cada ocho horas).

Bibliografía XXX.

CANINOS INCLUIDOS

De los casos más comunes de cirugía, es la extracción de Caninos incluidos en el maxilar; puesto que en la edad de erupción éstos no aparecen, entonces, se sospechará de inclusión de éstos que posteriormente se corroborará con radiografías. En caso de ser así :

Indicaciones.

- a).- Inclusión propia de éstos.
- b).- Propensión del paciente a quistes maxilares .

Contraindicaciones.

- a).- Enfermedades que comprometan el estado general del paciente.
- b).- Enfermedades sistémicas (Leucemia, Hemofilia, Sida).

Técnica.

- 1.- Situar exactamente el canino por medio del tacto y por radiografía.
- 2.- Anestesia infiltrativa, en el sub orbitario, con Xilocaína con Epinefrina al 2%.
- 3.- Incisión semicircular con la cavidad hacia apical, abarcando

do de uno a uno y medio dientes de cada lado.

- 4.- Se separará con legra el periostio y tejidos adyacentes.
- 5.- Una vez descubierta la abultación del canino, se procederá a abrir con fresa quirúrgica y motor de baja, (lavando y aspirando el suero fisiológico y sangre y a la vez con una gasa), el espacio suficiente para extraerlo, en caso de ser muy grande, éste se seccionará en tres porciones para sacar primero la parte media y luego la coronaria y finalmente la apical.
- 6.- Se auxiliará con un elevador recto y cucharilla de Lucas, para hacer el movimiento de palanca.
- 7.- Ya una vez extraído se procederá a raspar con lima para hueco el socavado restante, y cucharilla, para sacar el saco o bolsa pericoronaria de éste.
- 8.- Lavar.
- 9.- Aspirar (ambos con suero fisiológico).
- 10.- El aspirado será con cánula y eyector quirúrgico esterilizado .
- 11.- Después de esto, se procederá a suturar con catgut de 00. - Los puntos se darán aislados confrontando los tejidos (se rán mas o menos tres puntadas).

Cuidado post operatorio.

- a).- Se recetará un anti inflamatorio como el Naxen o Flanax en dosis de 275mg. cada seis horas, un analgésico cada ocho -



CANINOS INCLUIDOS

horas durante cuatro días , el paciente tendrá una dieta - blanda durante tres días, compresas de hielo inmediatamente después del proceso quirúrgico.

Cita al octavo día para revisión.

Se elaborará la nota quirúrgica correspondiente.

Nota.- Los puntos del anestésico también se pueden reforzar con otros en el piso nasal ó techo palatino según lo empleado practicamente.

Bibliografía XOX.

30. MOLARES CON CORONA MESIALIZADA (INFERIORES)

De los terceros molares son los más comunes para hacer cirugía, de todo lo que observamos en este pequeño manual.

Indicaciones.

- 1.- Por presión al segundo molar provocando dolor a ese.
- 2.- Por indicaciones ortodónticas.
- 3.- por amplia destrucción coronaria, sin capacidad de restauración.
- 4.- Por caries profunda sin amplia destrucción coronaria.

Contraindicaciones.

- 1.- Enfermedad sistémica que involucre el sistema de coagulación.
- 2.- Cuando hay enfermedad ósea o existió un traumatismo en el ángulo de la mandíbula y ó fracturas anteriores.

Técnica.

- 1.- La técnica anestésica deberá ser: troncular mandibular y puntos aislados, también se podrá anestésiar, bucal largo con puntos auxiliares para evitar el dolor a toda costa.

- 2.- La incisión se realizará de distál a mesial en forma semi--circular por bucal, teniendo cuidado de los tejidos y muscu los adyacentes.
- 3.- Esta abarcará de uno y medio centímetros por cada lado de - distál y mesial.
- 4.- Con la legra se separará el periostio y tejidos blandos, pa ra así dejar espacio para introducir el motor de baja y la fresa quirúrgica con la cual se cortará la tabla externa - (bucal), que mantiene al diente en su posición.
- 5.- El corte se hará progresivamente hacia abajo en la misma - forma del reborde alveolar.
- 6.- Con la cucharilla de Lucas, se intentará hacer un movimien- to de palanca, de abajo hacia arriba, y de adelante hacia - atrás, en un ángulo de 30 a 40 grados para así luxar la posi- ción del molar.

Un consejo es no presionar tan fuerte al segundo molar (si es - que existe), para así no provocar fractura en éste, ni movilidad al hacer la extracción del tercer molar.

- 7.- Si aun después de haber intentado con la cucharilla de Lu- cas el molar persiste fijo, se procederá a intentarlo con - elevador recto, que por su misma conformación es mas resis- tente a la fuerza de palanca de primer grado, haciendo movi- mientos giratorios para despegar la superficie del hueso y diente.

También se intentará y se logrará la extracción de éste, seccio- nando en dos partes, sacando primero la distal, y luego la ame-



TERCEROS MOLARES
INFERIORES

sial en su punto intermedio, (ver dibujo).

- 8.- Ya una vez lograda la extracción, se procederá a sacar la - bolsa o saco pericoronario con la cucharilla, y también las pinzas de disección.
- 9.- Lavar y aspirar con suero fisiológico continuamente para -- tener un campo operatorio claro y así, evitar el dejar cualquier esquiria o material extraño.
- 10.- Se procederá a regularizar el proceso y reborde alveolar - con la lima para hueso para así, evitar pequeñas superfi-- cios punzocortantes que eviten o retarden la cicatrización normal y fisiológica de la herida.

Ya teniendo toda la técnica en orden se procederá a lavar y aspirar de nuevo para así llegar al siguiente paso.

- 11.- Suturar uniendo las superficies con puntos aislados en con frontación, siempre tomando o suturando primero la lengüeta bucal (externa), y luego la lingual (interna), para mayor manejo de la aguja.

Cuidados post operatorios.

- 1.- Recetar anti inflamatorio (Naproxen, Flanax, Naxen).
- 2.- Analgésico (Neo-melubrina, Aspirina, etc.).
- 3.- Recetar antibiótico durante cuatro días y compresas de agua fría y dieta blanda.

- 4.- Elaborar Nota quirúrgica que indique como se elaboró la intervención quirúrgica del molar.
- 5.- Tomar radiografías que puedan corroborar el éxito.
- 6.- Cita a los ocho días, para revisión.

Bibliografía X#

EXTRACCION DE RAICES ALOJADAS EN EL SENO MAXILAR.

Cuando se realiza una extracción ó debido a un golpe ó traumatismo se comunica el alveolo y el seno maxilar y se introduce un fragmento de raíz o algún cuerpo extraño, tendremos que realizar ó practicar su extracción haciendo un colgajo de tejido de encía (gingival).

Indicaciones.

- a)
accidentes inmediatos de la extracción.

- b)
Objetos extraños como puntas de agujas alojados en éste.

Tecnica Primaria.

- 1.- Ampliando la abertura entre el alveolo y el antro e irrigando la cavidad para que la fuerza de aquella haga salir a la raíz o cuerpo extraño.
- 2.- Tapar el antro con algodón hecho fibras, o una tira larga de gasa de uno ó dos centímetros de ancho.
- 3.- Quitar la mecha rápidamente del alveolo para que haya una succión interna. Por lo general se viene con todo y el cuerpo extraño.

Técnica Secundaria.

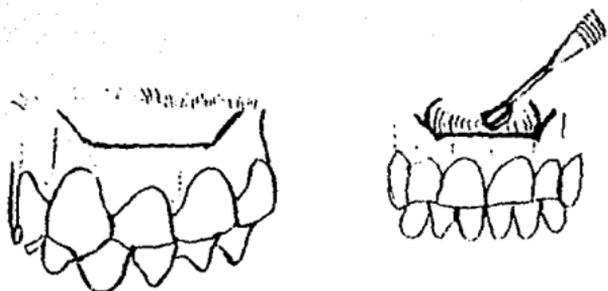
Si por alguna causa el método anterior fallara, se realizará :

- 1.- Una pequeña contra abertura (pequeño agujero), debajo del cornete inferior ó concha nasal.
- 2.- Se irrigará la cavidad por el agujero antes mencionado y se llenará el antro para que salga el agua por la herida bucal y arrastre consigo el fragmento.

Nota.- Si ninguna de las técnicas anteriores resultara, se practicará una intervención llamada de CALDWELL LUC.

Técnica.

- 1.- Se anestesiara por infiltración en fondo de saco, nervio in fraorbitario, y en piso nasal.
- 2.- Con un bisturí se realizará la insisión que será grande, ésta se hace en la fosa canina, hasta que comunique con el seno nasal y por ahí existirá más espacio para extirpar el telido patológico, cuerpo radicular ó material extraño.
- 3.- se hace luego con un motor de baja y fresa quirúrgica una - abertura a través de la pared nasal lateral debajo de la - concha nasal inferior (cornéte inferior), para establecer la canalización permanente del antro, dejando siempre las - paredes oseas lo más lisas posibles.



RAICES ALOJADAS EN SENO
MAXILAR
(INCISION Y OSTEOTOMIA)

- 4.- Se procederá a hacer un raspado con lima para hueso en la ventana ya realizada.
- 5.- Aspiraremos con cánula quirúrgica perfectamente.
- 6.- Lavaremos y aspiraremos continuamente para dejarlo limpio - de cualquier esquirla ósea, este paso se realizará con mucha atención usando suero fisiológico.
- 7.- Se suturará para evitar cualquier infección, con puntos aislados, recordando que primero la lengüeta superior y luego la lengüeta inferior. Ver dibujo.

Tratamiento Post operatorio.

- 1.- se recetará compresas de agua helada y descanso.
- 2.- Anti inflamatorio (Naproxen, Naxen, Flanax 275mg.).
- 3.- Analgésico y antibiótico en la siguiente dosis 500mg.cada - ocho horas, usando Panac, Pentrexyl, Pantomicina, Eritromicina, según el caso que el paciente requiera.
- 4.- Nota quirúrgica con los pasos realizados en la intervención
- 5.- Revisión a los ocho días.

Bibliografía XX*

R E I M P L A N T E S

En realidad esta area de cirugía se encuentra todavía en sus -
" Anics Infant " (Años de Niños), según algunos autores, pero
otros más, aseguran haber encontrado la luz a una problemática
de años.

Describiremos a continuación someramente las indicaciones y de-
finiciones.

Reimplantes. Definición :

Es la reinsertión de un diente en el alveolo de donde ha sido ex-
traído intencional ó accidentalmente.

Indicaciones.

- 1.- Dientes inaccesibles a endodoncia por oclusal.
- 2.- Diente con raíz dilacerada.
- 3.- Cuando esté contraindicada la adaptación de un puente.
- 4.- Cuando un diente ha sido extraído por error.
- 5.- Cuando el diente esté atacado de enfermedad periapical cró-
nica.

Técnica.

1.- Anestesia troncular ó infiltrativa según el caso ó diente a tratar. Como ejemplo, tomaremos el primero molar inferior derecho.

La zona tiene que estar lo más ascéptica posible, se utilizará campo operatorio, gasas, eyectores, cánulas, etc.

2.- Con una lanzeta ó elevador recto muy fino, se despegará la encía adherida alrededor del diente.

3.- Sindesmotomía y profundización perfecta para tener un buen soporte con el fórceps.

4.- La extracción se hace con el mayor cuidado posible para evitar la fractura coronaria ó radicular.

a).- (Cuando es necesario se raspa el alveolo y se deja que coagule).

5.- El diente extraído se lava muy bien con agua corriente e inmediatamente se pondrá en solución salina, no más de diez minutos, esto es por la vida del soporte de fibras parodontales.

6.- Se tomará el diente con una gasa húmeda para evitar el calor a las fibras y como consecuencia, su muerte.

(Cabe aclarar que al mismo tiempo el auxiliar del operador estará lavando con suero fisiológico y succionando este mismo con la cánula, impidiendo así el cierre del alveolo).

Este paso se realiza constantemente hasta que sale el diente.

7.- Con lima endodóntica y ensanchadores se procederá a real^ulizar la endodoncia, aplicando y limpiando con alcohol de 70 grados el conducto radicular.

8.- Si no es posible obturar por oclusal, por ápice en "L" éste se podrá recortar un poco hasta hacerla mas accesible.

9.- Ya obturado el conducto en apical, se recortará el sobrante de gutapercha en el ápice, con un instrumento plano (cuadruple, etc.).

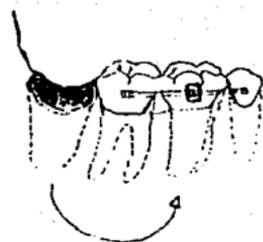
Nota.- La abertura de la cámara pulpar de la cara se obturará con oxiclورو de zinc.

10.- Cuando se ha terminado la férula y se ha realizado todo lo dicho, se vuelve a colocar el diente en su sitio y se cementará la férula en su sitio.

11.- Se realizarán curaciones profilácticas diarias.

Fijación.

Existen tres técnicas a realizar y el mejor medio de un diente que ha sido reimplantado, es la férula metálica. La ligación no da resultados satisfactorios.



TECNICA DE FIJACION EN REIMPLANTE

1.-Antes de la extracción y reimplantación, se tomará una - impresión del diente y de las piezas contiguas y se hará una férula de oro de calibre de .35 el cual, se ajusta - muy bien a los dientes y se pule.

2.-Se corre luego una pequeña cantidad de soldadura de 22 - kilates en medio de cada depresión interdental a cierta distancia del borde masticatorio, tanto en la cara lingual, como labial.

Esto es necesario para hacer consistente mayormente la - férula, en algunos casos es necesario hacer la impresión después de extraer el diente.

3.- Ya en su lugar el diente, se procederá, a grabar el esmalte en el tercio medio de la cara labial del diente - extraído y sus dientes contiguos en la misma parte.

4.- Se secará dicha zona y con ácido fosfórico se grabará para así poner un bracket con resina. (una en cada uno de los tres dientes.

5.- Con una banda de ortodoncia se fijarán las tres juntas para así dar la fijación al diente medio.

Existe otra técnica consistente en casi los mismos pasos, - pero una modificación se hará ; se realizará antes de la extracción un desgaste oclusal hasta perder contacto con la - superficie del diente antagonista.

Bibliografía 000

Cuidados post operatorios.

- 1.- Dieta blanda durante los tres primeros días.
- 2.- Procurar a toda costa no masticar en el lado que haya sido practicada la intervención.
- 3.- Receta de antibióticos, analgésico y anti inflamatorios según sea el caso. Dos a tres días.
- 4.- Revisión al octavo día y revisión periódica mensual, durante un año.

Bibliografía 000

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES.

Existen dos técnicas fundamentales en el tratamiento de los quistes. Exéresis, y Fenestración (Marsupialización), la exéresis consiste en la eliminación completa de la membrana quística, cerrando la cavidad ósea operatoria. Al quedar cubierta por el colgajo mucoperiostico.

En la fénestración se crea una comunicación entre la membrana quística y la mucosa Oral de forma que, la una es la continuación de la otra. Esta relación entre ambas se mantiene mediante un obturador, y como resultado se detiene el crecimiento expansivo del quiste reduciéndose el tamaño al mismo tiempo que se regenera el hueso.

El epitelio quístico, que en su mayor parte no se toca, se va convirtiendo en epitelio Oral.

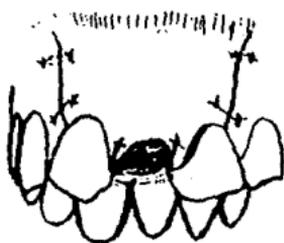
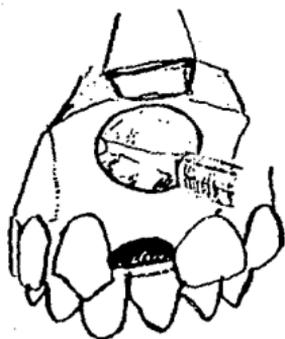
Exéresis.

La exéresis se lleva a cabo en los casos que no existe el - peligro de lesionar estructuras anatómicas importantes de - manera que, no es únicamente el tamaño.

Tiempos Operatorios. (Disección y colgajo mucoperiosti-
co).

- 1.- Después de haber extraído el diente se hace una inci-
sión trapezoidal.

- 2.- Se disecciona un colgajo mucoperiostico, si la membrana quística está adherida a la mucosa se llevará a cabo con tijera, colocandolas cerradas entre el periostio y el quiste entonces, se abren y se cierran suavemente y sucesivamente hasta conseguir la separación entre ambas estructuras.
- 3.- Se va agrandando la apertura ósea con una pinza gubia porque es el instrumento que mejor protege la membrana quística, evitando que se rompa.
- 4.- Se va extirpando hueso hasta conseguir un completo y fácil acceso a la cavidad quística.
- 5.- Se usará fresa quirúrgica cuando la cortical no esté perforada.
- 6.- Los quistes pequeños se pueden extirpar con una cureta en tanto que los de mayor tamaño, se extraen mejor, con un periostiotomo. Cualquier posible adherencia a la mucosa palatina se libera con tijera.
- 7.- Después de extirpar la membrana quística ; la cavidad ósea debe ser revisada y se irrigará suero salino.
- 8.- Los puntos de sutura son aislados. (ver dibujo).



CURETAJE Y FORMA DE SUTURA

Fenestración.

Se lleva a cabo cuando la extracción del quiste dañaría estructuras anatómicas importantes, por ejemplo : los ápices de las piezas vitales ó el seno maxilar ó el nervio dentario inferior, consta de las siguientes fases :

- 1.- Apertura de una ventana en la pared quística.
- 2.- Construcción y colocación de un obturador.
- 3.- Control periódico del paciente.

El tipo de insición será de la forma señalada en el dibujo* y el tamaño depende de la afección de la cortical que puede diagnosticarse por la palpación. ver dibujo **

Después de exponer la tumoración quística incluyendo la región periapical de las piezas afectadas, extirpando la parte correspondiente, se envía al estudio histológico.

- 4.- Se seccionará el ápice radicular.
- 5.- se rellenará de acuerdo a la sistemática de la apicectomía.



TIPO DE INCISION EN FENESTRACION

Cuidados post operatorios.

- 1.- Recetar antibiótico adecuado a la necesidad del paciente, ya sea Penicilina ó Eritromicina.
- 2.- Recetar analgésico a base de Aspirina.
- 3.- Recetar anti inflamatorio (Naproxen).
- 4.- Dieta blanda.
- 5.- Reposo sin asolearse.

Dosis.

Antibiótico:500mg. cada ocho horas.

Analgésico:uno cada ocho horas en caso de haber dolor.

Anti inflamatorio:uno cada seis horas durante dos días.

Bibliografía LLL

EXÉRESIS DE MUCOCELES

También suelen llamarse quistes, se localizan casi siempre en la mucosa labial y en el suelo de la boca. Estos pueden alcanzar un considerable tamaño.

Aquí nos referiremos a mucocelos de pequeño tamaño en la mucosa labial y bucal.

Su tratamiento es la exéresis quirúrgica pero pueden recurrir si se lesiona ó se obstruyen los conductos de las glándulas salivales menores vecinas a la zona de intervención.

Se inicia ésto mediante una insición semicircular en la base del quiste.

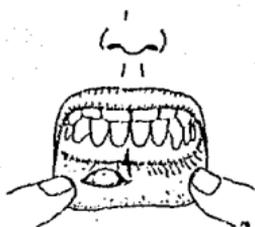
1.- Disección :

Disecando cuidadosamente, se separa la mucosa de la tumoración quística, utilizando instrumental no cortante como si fuera la cascara de una naranja.

2.- Liberación:

Terminada la liberación del quiste por medio de la disección, se separarán las glándulas menores.

La mayoría de las veces es inevitable la perforación quística porque su cápsula es muy fina y el interior está en ten-



DISECCION, LIBERACION Y LIMPIEZA DE MUOCOCELE

sión. En estos casos el quiste se colapsa y es como un globo que tenía agua y se reventó. Esto dificultará su exéresis.

3.- Hay que llenar la cavidad abierta, con gasa bordeada que de facilitar la disección.

4.- la sutura debe incluir únicamente la mucosa, evitando así la afección de las glándulas salivales subyacentes.

Los mucocelos superficiales se extirpan por escisión. Una insición que rodee el quiste en su totalidad. Facilita una exéresis completa de la lesión.

Tratamiento post operatorio.

Al igual que todos los casos anteriores se recetará Analgésico, Antibiótico, y Anti inflamatorio en las mismas dosis - recetadas anteriormente.

Revisión al octavo día.

Bibliografía ***

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

La mayor dificultad en la extracción de ésta pieza estriba en el conocimiento inadecuado de las relaciones de vecindad

Cuando se tiene en cuenta la presencia del seno maxilar y las características del hueso esponjoso que impide la aplicación de fuerza excesiva, entonces los problemas técnicos, no son realmente importantes.

Indicaciones.

- 1.- Cuando sea inaccesible el instrumental para hacer operativa.
- 2.- Cuando esté muy dañada la superficie coronaria.
- 3.- Cuando esté provocando dolor por presión.
- 4.- Por razones de Ortodoncia.

Técnica.

a)

La insición angular, se inicia: En el surco pterigo maxilar, continuandose mesialmente al segundo molar a cuyo nivel se traza: la insición vertical.

b)

Una vez disecado el colgajo mucoperiostico se libera con --

fresa la corona, a nivel de las superficies bucal y oclusiva. En ocasiones es preciso disecar también la mucosa palatina para liberar adecuadamente la cara oclusiva.

c)

La pieza se extrae con un botador recto ó de contra ángulo hacia el lado bucal, apoyándose en el mesial.

d)

En el último tiempo de la luxación se hace una ligera rotación distal.

e)

El botador se apoya en el hueso de la parte bucal y en la raíz disto bucal del segundo molar aunque; la fuerza que ha de ejercerse debe ser muy ligera.

f)

Si la pieza está muy firmemente fijada es mejor descubrir la corona, y hacer todo con fórceps.

Sutura.

Esta se realizará tal como se indica en la figura "X" . Es importante asegurar inicialmente en la zona del ángulo del colgajo. Para asegurar una buena adaptación de la herida.

La sutura deberá ser muy delgada y reabsorbible como la sutura semi sintética ó la 00.



INCISION, CORTE, APOYO Y SUTURA PARA TERCER
MOLAR SUPERIOR.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tratamiento post operatorio.

- a).- Compresas de agua helada, alternadas con agua caliente
- b).- Dieta líquida durante 24 horas.
- c).- Evitar el introducir la lengua en el alveolo para así evitar la alveolitis y ó la producción de un coagulo - falso.
- d).- Antibióticos, Analgésicos, Anti inflamatorios en la dosis recomendada con anterioridad.

No olvidar elaborar la Nota quirúrgica correspondiente e indicarle al paciente que la revisión será ocho días después para así corroborar el éxito de la intervención.

Bibliografía %%

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

XX Beavy J.O. Modificaciones Quirúrgicas para Apicectomia.

Adolfo Berguer. Indicaciones y limitaciones para Apicectomia.

V.D. Blair . Cirugía esencial.

David Jiménez . Práctica propia.

1946, 58, 59, 60, 87. (Respectivamente).

XXX Davis A. D. Corrección Quirúrgica de Frenillos.

Federspiel. Procedimientos Quirúrgicos (Técnicas).

Sterling V. Cirugía Bucal.

1941, 68, 68. (Respectivamente).

Bibliografía ...

XOX Silverman. Cirugía Bucal en anteriores.
Sterling V. Mead. Cirugía Bucal.
D. J. O. Práctica propia
Federspiel. Procedimientos Quirúrgicos -
en dientes impactados.
1959, 66, 87, 68. (Respectivamen--
te).

X# Winter G.B. Impacted Third Molar
Sterling V. Mead. Cirugía Bucal
Martín Alreu Luis. Fundamentos del Diag--
nóstico en Cirugía.
1966, 61, 75. (Respectivamente).

XX* Kile. D.B. Enfermedades de nariz, senos,
y garganta.
Berguer Antoni. Sinusitis y enfermedades -
relacionadas con el maxi--
lar.
Sterling V. Mead. Cirugía Bucal.
1965, 47, 65. (Respectivamente).

Bibliografía ...

- 000 Blayney Jr. Reimplantes, casos y reportes.
Stein Estudios de transplantes reimplantes e implantes.
Sterling Cirugía Bucal.
Salvat E.D. Reimplantes prácticos.
1977, 58, 71, 75. (Respectivamente).
- LLL Atlas y Manual de Cirugía (Editorial - Salvat).
1980.
- *** Bailey C.P. Mouth Surgery
Burford T.H. Parker E.F. y Samson
Traumatic Injury Surgery
1955, 65, (Respectivamente).

CONCLUSIONES

Como vimos, la Cirugía es una parte muy importante de la Odontología, pues tarde o temprano nos tendremos que valer de ella para realizar ó finalizar algún tratamiento bucal.

En este pequeño Manual solo se explican los casos más comunes y de una forma somera, no por ello, menos entendible, sino muy digeribles y fáciles de captar la idea principal y su mecánica.

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
RECORDATORIO.....	2
ENUMERACION	
DEL INSTRUMENTAL MAS BASICO.....	3
APICECTOMIA.....	9
CANINOS INCLUIDOS.....	18
3o. MOLARES CON	
CORONA MESIALIZADA (INFERIORES).....	22
EXTRACCION DE	
RAICES ALOJADAS EN EL SENO MAXILAR.....	27
REIMPLANTES.....	31
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES.....	37
EXERESIS DE MUCOCELES.....	43
EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.....	46
BIBLIOGRAFIAS.....	50
CONCLUSIONES.....	53