

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

---

# **TECNICAS QUIRURGICAS EN ALVEOLECTOMIA**

**T E S I S**

**IRENE CERVANTES RUIZ**

**MEXICO**

**1962**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

52

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

---

# **TECNICAS QUIRURGICAS EN ALVEOLECTOMIA**

T E S I S

QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA  
PRESENTA

IRENE CERVANTES RUIZ

MEXICO

1962

*A MI MADRE*

*Sra. Maria Ruíz Vda. de C.*

*Con admiración y cariño ya que con su abnegación  
y sacrificio convirtió un anhelo en realidad.*

*A LA MEMORIA DE MI ABUELITA.*

*Sra. Ma. de Jesús Reséndiz Vda. de R.*

*A MIS TIOS CON AFECTO*

*Srita. Profra. Alejandrina Hernández Reséndiz*

*Sr. Bernardino Hernández Reséndiz*

*Sr. Cirino Hernández Reséndiz*

*Sr. Cleto Ruiz Reséndiz*

## *A MIS MAESTROS*

*Como un tributo de gratitud por  
las enseñanzas que de ellos recibí*

*AL MAESTRO DR.*

*Miguel Santos Oliva  
Dándole las más expresivas  
gracias por la valiosa orien-  
tación que me brindó.*

*A LA SRITA DRA.*

*Imelda Cortés Hernández  
Por su desinteresado apoyo e  
inolvidables y oportunos consejos.*

*A la Escuela Nacional de Odontología.*

*MI SINCERO AGRADECIMIENTO A:*

*La Srita. Dra. Lucila Lagos Maciel.*

*La Sra. Dra. Beatriz Gasca de Martínez*

*La Sra. Profra. Ma. Elena Vargas de Gómez*

*Sra. Natalia Ruiz Vda. de Piña*

*La familia Gasca Aguilar.*

*La familia Lagos Maciel*

*La familia Vargas Zepeda.*

*H. JURADO.*

*El tema que me permito someter a vuestra atención no es nuevo, pienso que cada uno de vosotros habreis tenido la oportunidad de obtener referencias anteriores, sobre el trabajo motivo de este escrito. Sin embargo considero de suma importancia hacer notar la utilidad de regularizar quirúrgicamente los rebordes alveolares; debido a que en la práctica diaria, vemos frecuentemente pacientes que requieren su aplicación.*

*No dudo de que a pesar del esfuerzo realizado en él, existen algunas consideraciones erróneas debidas a la falta de una experiencia firme, pero creo que los conocimientos adquiridos en su desarrollo serán base en el ejercicio de mi vida profesional.*

*Por lo cual os pido lo juzgueis con magnanimidad.*

*La sustentante*

## SUMARIO

CAPITULO I.—INTRODUCCION.

CAPITULO II.—PRINCIPIOS GENERALES.

CAPITULO III.—INDICACIONES.

CAPITULO IV.—EXAMEN RADIOLOGICO.

CAPITULO V.—ANESTESIA.

CAPITULO VI.—ALVEOLECTOMIA.

CAPITULO VII.—EXCISION DE TEJIDO BLANDO ANOR-  
MAL.

CAPITULO VIII.—REMOCION DE EXOSTOSIS.

CAPITULO IX.—PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO  
BUCAL.

CAPITULO X.—CONCLUSIONES.

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

## I.—INTRODUCCION

### Alveolectomía.

“Este término significa literalmente la extirpación de una parte o de todo el proceso alveolar y probablemente incluye todas las intervenciones en que se extirpa hueso alveolar. Sin embargo, la costumbre ha impuesto al término el significado de contorno o alisamiento deliberado del reborde alveolar. (Clark).

## II.—PRINCIPIOS GENERALES

Los principios generales de la Cirugía se aplican aquí como en otros campos quirúrgicos.

Es importante considerar el estado físico del paciente, selección de la anestesia, la asepsia rigurosa, tratamiento pre-operatorio y post-operatorio, sedación, los antibióticos cuando su aplicación está indicada, nutrición y equilibrio de líquidos.

Hay que poner atención especial a la hemostasia, prevención de la formación de hematomas, preservación del aporte sanguíneo, y finalmente que no haya tensión excesiva en las suturas.

### III.—INDICACIONES.

La preparación quirúrgica de los rebordes es aplicada tanto en los tejidos óseos como en los blandos, en los siguientes casos:

#### A.—TEJIDO OSEO

- 1.—Apófisis alveolar muy desarrollada y que hace protrusión.
- 2.—Cresta alveolar inferior que presenta formaciones óseas y proyecciones agudas ya sea por vestibular o por lingual.
- 3.—Espículas, secuestros, ápices residuales, dientes retenidos y cuerpos extraños.
- 4.—Exostosis, cuya forma irregular en las apófisis alveolares dan como resultado alteraciones mayores del proceso alveolar, que sigue a la pérdida de los dientes.
- 5.—Falta de relación normal entre los diámetros transversos y sagital, de los arcos alveolares.
- 6.—Fractura cuya coaptación al consolidar no es regular.
- 7.—Fracturas de la tabla externa o de la interna, y de los tabiques inter-radiculares.
- 8.—Mandíbulas que presentan bordes rugosos.
- 9.—Persistencia de apófisis alveolares insuficientemente reabsorbidas y que provocan asimetría en la altura del borde alveolar.
- 10.—Reabsorción anormal ya sea en la región incisiva o en la retromolar, del maxilar o de la mandíbula.
- 11.—Retenciones óseas que alteren el contorno del reborde alveolar.
- 12.—Socavaciones extremas de las tuberosidades del maxilar.

## B. TEJIDO BLANDO

- 1.—Bandas fibrosas en la región de los premolares y molares, tanto del maxilar como de la mandíbula.
- 2.—Hiperplasias gingivales provocadas por el uso de prótesis incorrectamente adaptadas.
- 3.—Bridas cicatrizales prominentes causadas por traumatismo, accidente quirúrgico y por quemadura.
- 4.—Crestas alveolares cubiertas por tejido flácido.
- 5.—Dilaceraciones causadas por accidente durante la extracción o por traumatismo.
- 6.—Excesos de tejido fofo desplazable.
- 7.—Excrecencias sobre el borde alveolar.
- 8.—Frenillos labiales o liguales con carácter patológico.
- 9.—Pligues o hipertrofias en las tuberosidades del maxilar.
- 10.—Procesos inflamatorios crónicos.

#### IV.—EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico es una ayuda incalculable para el Cirujano Dentista, en la prevención de accidentes tales como: fractura de la mandíbula o de las raíces, perforación del seno maxilar, dientes retenidos, es útil así mismo en maxilares o mandíbulas anodónticos, no importando el tiempo en que se hayan efectuando las extracciones, ayudará en la orientación que presenten estructuras anatómicas internas; permite también el planeo inteligente del tiempo operatorio, con menos probabilidades de traumatismo.

Breve estudio de las estructuras anatómicas de mayor interés en la radiografía dental y bucal.

#### DIENTES

Una radiografía de un diente muestra una sombra opaca que representa la dentina y el cemento, no diferenciados y una sombra homogénea ligeramente más opaca que cubre la porción coronaria de la dentina y se adelgaza hacia el cuello del diente, representando el esmalte. La cámara pulpar y el conducto o conductos radiculares aparecen como sombras oscuras en el centro del diente.

#### MEMBRANA PERIODONTAL

Esta estructura, compuesta de tejidos blandos, no da ninguna sombra pero, debido a su situación entre el hueso y los dientes, que son sustancias radiopacas, el espacio que ocupa se revela como una delgada línea oscura.

El efecto de la presión sobre un diente es aumentar el espesor de la membrana periodontal, mientras que en dientes sin antagonista o retenidos ésta es más delgada. La edad también influye en su espesor.

## LAMINA DURA

La lámina dura (Cortical), es una delgada capa de hueso cortical que forra el alveolo dentario y aparece habitualmente en la radiografía como una delgada línea blanca. Una consideración de la proyección de sombras y de formas anatómicas de los alvéolos dentarios mostrará que deben existir considerables variaciones en el ancho, densidad y precisión de las sombras de la cortical. Debido a que la lámina dura es más densa y, por lo tanto, más radiopaca que las estructuras que la rodean, puede distinguirse del hueso vecino.

## PROCESO ALVEOLAR

El proceso alveolar que rodea y soporta los dientes puede presentar una variedad de aspectos radiográficos.

En general puede describirse como representando un patrón reticulado de trabéculas que se unen entre sí en ángulos agudos y que son más finos y están dispuestos más estrechamente en el maxilar que en la mandíbula.

En la región incisiva, el proceso alveolar forma espinas, ameado bastante agudas, que son el resultado de la aproximación de la lámina dura de dientes adyacentes.

El proceso alveolar entre los premolares y molares forma una tabla plana situada a nivel de los cuellos dentarios. La superficie de la tabla muestra habitualmente una corteza bien marcada, y esto se revela como una delgada línea blanca en la radiografía.

## MAXILAR

- 1.—FOSAS NASALES.—Aparecen como grandes zonas desprovistas de estructura, situadas bien por encima de las raíces de los incisivos y dividida una de otra por una línea

- blanca que representa el tabique nasal. El borde inferior de las fosas nasales se ve cubierto por una corteza ósea.
- 2.—**CARTILAGO NASAL.**—En un examen de la región premaxilar, el cartilago de la nariz puede ser tan denso y prominente, que da como resultado una sombra radiopaca superpuesta en la región, por lo cual puede ser confundido con una raíz o hasta con un diente incluido sobre todo en bocas desdentadas.
  - 3.—**FOSA INCISIVA.**—En radiografías de la región premaxilar, la fosa incisiva se ve frecuentemente como una zona radiolúcida por arriba y entre los incisivos centrales, esta zona es especialmente notable en los casos en que se han perdido los incisivos.
  - 4.—**FOSAS SUBNASALES.**—Pueden aparecer como zonas radiolúcidas sobre las raíces de los laterales. El hecho de que sean simétricas a cada lado de la línea media y no haya pérdida de estructura ósea, es habitualmente una ayuda decisiva para llegar a un correcto diagnóstico.
  - 5.—**SUTURA INTERMAXILAR.**—En radiografías de la región premaxilar aparece a menudo una línea radiolúcida que se extiende hacia atrás desde el borde del proceso alveolar en la línea media, puede verse con frecuencia una delgada corteza en cada uno de sus bordes óseos.
  - 6.—**REGION DEL TERCER MOLAR.**—Hay una variedad de puntos importantes:
    - a) **TUBEROSIDAD.**—Aparece generalmente en una radiografía como hueso reticulado normal que se curva hacia arriba en el borde posterior de el maxilar.
    - b) **PROCESO HAMULAR DEL HUESO ESFENOIDES.**—En una radiografía como una proyección en forma de gancho que se extiende hacia abajo y atrás, inmediatamente detrás de la tuberosidad. Alrededor de este gancho se inserta el músculo tensor del paladar.
    - c) **APOFISIS CORONOIDES.**—La apófisis coronoides de la mandíbula se ve a veces en radiografías de la región molar del maxilar. Su forma, la ausencia de estructura dentaria y la menor densidad de la apófisis coronoides impiden confundirla.
    - d) **HUESO Y ARCO CIGOMATICOS.**—Aparecen a me-

nudo en una radiografía como una gran zona radiopaca sobre la región molar. En aquellos casos en los que el paladar es plano o el carrillo prominente, esta zona puede oscurecer las raíces de los dientes.

e) CONDUCTO NASOLACRIMAL.—En tomas oclusales del maxilar se ve a veces una zona radiolúcida redonda en la región molar, que corresponde a la entrada orbitaria del conducto nasolacrimal.

7.—SENO MAXILAR.—La relación de los dientes con el piso del seno varía en los diferentes individuos, el seno puede mostrar tres prolongaciones importantes.

PRIMERA.—La prolongación alveolar puede extenderse entre las raíces del primer molar, en los pacientes desdentados el piso del antro puede estar formando parte del borde alveolar.

SEGUNDA.—La prolongación palatina puede extenderse hacia adelante hasta el incisivo lateral o, raramente hasta la línea media del paladar.

TERCERA.—La prolongación a la tuberosidad es más común y de considerable importancia. A medida que el seno se extiende en la tuberosidad las paredes óseas se adelgazan.

Las paredes internas del seno son generalmente lisas, pero pueden proyectarse tabiques en la cavidad, y a veces un tabique completo divide el seno en dos partes.

## MANDIBULA

1.—PROTUBERANCIAS Y TUBERCULOS MENTONIANOS.

—Pueden aparecer en la radiografía como una sombra radiopaca sobre los ápices de los incisivos. La densidad de la protuberancia y tubérculos mentonianos varía en los diferentes individuos.

2.—TUBERCULOS GENIANOS.—Son cuatro, dos a cada lado de la línea media situados por lingual cerca de la sínfisis. Aparecen como un pequeño anillo radiopaco.

3.—AGUJERO MENTONIANO.—Generalmente está por debajo y cerca del ápice del segundo premolar, por bucal. En una radiografía puede aparecer como una zona radio-

- lúcida bien definida. A medida que los dientes se pierden y se produce la reabsorción del proceso alveolar, el agujero mentoniano puede ocupar una posición cercana al borde.
- 4.—**CONDUCTOS NUTRICIOS.**—Las ramificaciones de la arteria dentaria inferior que atraviesan la estructura reticular de hueso, producen a menudo sombras en una radiografía. Justo antes de salir por el agujero mentoniano, la arteria dentaria inferior da una rama incisiva anterior para irrigar la región por delante del foramen.
  - 5.—**CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.**—Se halla recorrida íntimamente la mandíbula por el conducto dentario inferior. La posición del conducto mandibular no es en manera alguna constante en el cuerpo del hueso. En algunos casos puede observarse cerca del borde inferior de la mandíbula, mientras en otros aparece cerca de los ápices de los dientes posteriores o hasta superpuesto sobre las raíces de los molares, sugiriendo que aquéllas pueden estar en el conducto. Se han registrado casos en que las raíces de los terceros molares tienen un surco para permitir el paso de los vasos y nervios dentarios inferiores.
  - 6.—**LINEA OBLICUA EXTERNA.**—Comienza en la región premolar de cada lado. Al principio es casi horizontal, pero frente a los molares se inclina hacia arriba y atrás y se continúa con el borde lateral del borde anterior de la rama. Con frecuencia aparece en la radiografía como una sombra radiopaca superpuesta sobre la parte superior de las raíces de los molares.
  - 7.—**LINEA MILOHIOIDEA.**—Comienza en la superficie interna de la mandíbula en la región canina y pasa hacia arriba y atrás hacia la lingula. Puede aparecer en la radiografía como una sombra radiopaca superpuesta a nivel más bajo que el producido por la línea oblicua externa, sobre las raíces de los molares.

## V.—ANESTESIA

La anestesia es una rama de la Medicina, que constituye actualmente una especialidad muy diferenciada. Es tan fundamental, que no es posible ejercer acertadamente nuestra profesión sin dominarla intensamente. Ya que nunca está justificado provocar dolor en nuestra práctica diaria odontológica.

- 1º—Porque la capacidad reaccional del individuo tanto mental como tisular es muy superior sin taras dolorosas.
- 2º—No es posible que se pueda realizar con minuciosa corrección cualquier trabajo odontológico, todos tan delicados. Si el paciente reacciona a estímulos dolorosos, que en ocasiones involuntariamente, pueden ser exagerados.
- 3º—Las enfermedades de la boca son tan frecuentes; en número de enfermos y en cada enfermo, que debemos evitar perturbar la vida social de nuestros pacientes. Ya que hoy en día, y cada vez más, podemos y debemos tratar a nuestros enfermos sin que sientan temor de asistir a nuestras clínicas.
- 4º—El dolor aumenta la tensión arterial y, por tanto, la hemorragia es mayor. Factor importante en el tipo de nuestra intervención.
- 5º—Nuestro crédito profesional va íntimamente ligado al sufrimiento que provocamos. Y, en verdad nada tan justo como esa valoración profana de nuestro trabajo.

## AMPLITUD

La amplitud de la anestesia estomatológica la podemos exponer en este ensayo de esbozo sinóptico.

A  
L  
I  
S  
E  
T  
S  
E  
N

Autoconocimiento  
psicológico del  
operador.

La normalidad debe  
tender a la perfec-  
fección inalcanzable.

La anormalidad necesi-  
ta tratamiento  
médico.

La zona límite  
necesita  
mejoramiento.

Enfermo

Estudio psicológico

Examen preanestésico.

Preparación preanestésica.

Vigilancia durante la anestesia.

Reducción de accidentes.

Reacción anestesiológica.

Fisiopatología.

TECNICAS.

Cardíacos.

A

Fármacos  
clínicamente

Ataráxicos.  
Analgésicos.  
Hipnóticos.  
Relajadores.

(excepcionalmente.  
Narcóticos.  
Facilitadores de  
la anestesia.

Anestésicos.

Distintas  
getativas.

Límites imprecisos.

Impacto  
farmacológico.

Elección según

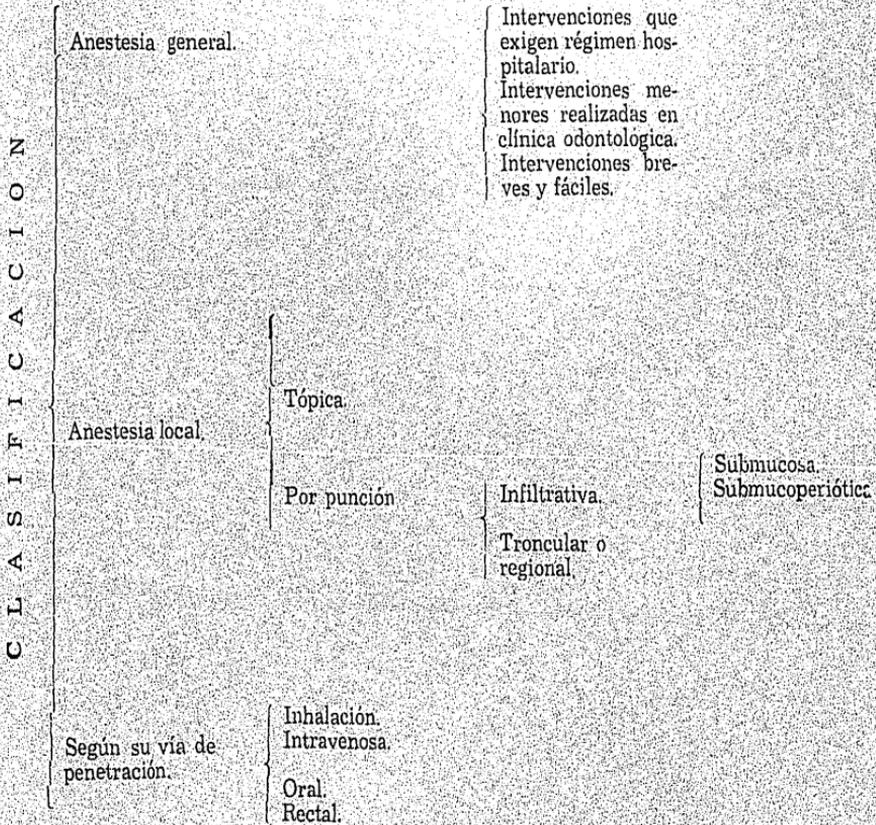
Droga óptima.  
Dosis óptima.

Velocidad ideal.  
de introducción.

Tipo de interven-  
ción.  
Habilidad del esto-  
matólogo.  
Habilidad del anes-  
tesista.  
Estado del enfermo.

## CLASIFICACION

La anestesia empleada en nuestras intervenciones para cirugía menor puede ser clasificada de la siguiente manera, aunque conviene advertir que la elección de la anestesia es la resultante de los motivos varios que encauzan nuestras tareas.



Se denomina anestesia balanceada a la conseguida con más de una vía de penetración.

## ANESTESIA GENERAL

La anestesia general para intervenciones que exigen régimen hospitalario no vamos a considerarla. Las razones por las cuales la restringimos son las siguientes:

- 1<sup>a</sup>—A muchos pacientes y familiares les causa temor el estado fronterizo en que la vida, en tantos aspectos simula la muerte. Indudablemente la anestesia local es menos alarmante.
- 2<sup>a</sup>—Debemos ofrecer un máximo de seguridad a nuestros pacientes, por lo cual no concebimos el anestesiar y operar por sí mismo.
- 3<sup>a</sup>—Porque la intervención quirúrgica debe acaparar toda nuestra atención.
- 4<sup>a</sup>—La colaboración del paciente es siempre eficaz en la anestesia general la perdemos.
- 5<sup>a</sup>—En dicha anestesia hay que retener al paciente hasta su total recobramiento. Excepcionalmente esta razón carecería de importancia, consuetudinariamente la tiene, ya que la anestesia local, no tiene al paciente en nuestro consultorio más que el tiempo requerido para la intervención.
- 6<sup>a</sup>—Resta visibilidad al campo operatorio, debido al instrumental necesario para esta clase de anestesia, tales como abrebocas, el tapón faringeo, los tubos para inhalación, estos aún cuando sean aplicados a los orificios nasales, son molestos a las maniobras del operador.

### ANESTESIA TOPICA

El valor de la anestesia tópica es indudablemente muy superior al que se le ha dado. Ya que a pesar de haber premedicado

al enfermo acertadamente, en muchos casos es posible que éste aún sienta temor. Su tranquilidad y confianza aumentará sensiblemente si ese primer contacto, que es la punción, la realizamos sin la menor molestia. Es un buen comienzo para una intervención.

Para su aplicación debemos cuidar de secar la mucosa con aire tibio seguidamente aplicar una torunda impregnada en anestésico tópico, el cual debe tener una consistencia viscosa oleosa, pues de este modo evitaremos que se diluya rápidamente, sobre todo con salivas abundantes y mucinosas.

Si el anestésico fue colocado eficazmente, serán suficientes veinte a treinta segundos para obtener un resultado satisfactorio.

### ANESTESIA LOCAL

El 90% de las anestésias que empleamos en nuestra clínica es la anestesia local siendo la más eficaz y útil para la cirugía bucal. Realmente todas son infiltrativas, aún cuando distinguimos la troncular de la local por respetar un hábito linguístico de la profesión.

El Dr. SOL recomienda el uso de agujas cuya longitud sea de dos cm. y de cinco cm para aplicar la solución en los siguientes puntos:

	Todas las mucosas.
	Nervios palatinos posteriores.
2 cm.	
	Nervio nasopalatino de Scarpa.
	Nervio buccinador.
Longitud	
	Algunas submucosas (corridas).
	Nervio dentario inferior.
	Nervio lingual.
5 cm.	
	Nervio alveolar superior posterior.
	Nervio infraorbitario.
	Nervio esfenopalatino.

Sin embargo el criterio del operador indicará si, manejando

una aguja de cinco cm. puede continuar empleandola en una inyección para la que se aconsejan dos cm.

**ANESTESIA SUBMUCOSA PROFUNDA EN LA BOVEDA PALATINA.**—La zona a elegirse para realizar la anestesia submucosa profunda es la del tejido laxo, donde se puede inyectar sin que los tejidos opongan gran resistencia. De preferencia la anestesia en la bóveda palatina es más indicada hacerla al nivel de la salida de los nervios en esta región, por lo cual constituye verdaderas anestias tronculares.

**ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES.**—La vía bucal es la más usada se hace en el fondo del surco vestibular, a nivel de la raíz distal del segundo molar. Bloqueamos la sensibilidad desde la raíz mesial del primer molar hasta el tercer molar, además inclusive hueso, periostio, pulpa, periodonto y encía. (Para el primer molar se inyecta además una inyección submucosa a nivel del ápice de la raíz palatina para poder intervenir en él).

**ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES.**—Por vía intraoral se hace a nivel de la región del ápice del canino y en el fondo del surco vestibular llevando la aguja hasta el orificio infraorbitario hay que tener cuidado de no penetrar al músculo canino porque impide el bloqueo, provoca equimosis y hematomas dolorosos.

Se necesita reforzar este bloqueo o por medio de una punción palatina a nivel del agujero palatino anterior así como una infiltrativa en el lado opuesto a nivel del incisivo lateral. Nos sirve para intervenir quirúrgicamente en; la región labial, porción anterior del maxilar, (quistes, apicectomía, caninos incluidos y exodoncia de dientes anteriores).

**ANESTESIA TRONCULAR.**—Se denomina así al bloqueo de un tronco nervioso importante están ligadas casi exclusivamente a la distribución anatómica del nervio trigémino; principalmente en la zona correspondiente a dos de sus ramas terminales que son, maxilar superior y maxilar inferior.

**ANESTESIA DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR.**—Que inerva la mandíbula, su periostio, encía y dientes en cada hemiarca, a excepción de la encía y periostio que cubre la cara externa

del maxilar entre el tercer y primer molar, zona innervada por el bucal.

Vía interna es menester llegar, con la aguja a las proximidades del orificio del conducto dentario.

**ANESTESIA SUBMUCOSA DE LA MANDIBULA.**—Esta anestesia submucosa se realiza con la misma técnica señalada para la región vestibular del maxilar.

**ANESTESIA NERVIOS BUCAL.**—Su objeto es bloquear la sensibilidad de la cara externa de la mandíbula.

**ANESTESIA DEL NERVIOS LINGUAL.**—Excepcionalmente requiere una anestesia especial, ya que se bloquea con el dentario inferior.

**ANESTESIA PARA LA REGION INCISIVA Y MENTONIANA.**—Se hace a nivel del agujero mentoniano por vía bucal.

Las anestésicas aplicadas por vía extra-bucal son poco usuales en la regularización de los bordes alveolares, por medios quirúrgicos.

**VIA DE PENETRACION.**—Según la vía de penetración los bloqueadores pueden ser "controlables y no controlables". Entre los primeros tenemos los administrados por inhalación porque su profundidad la podemos modificar voluntariamente, regulando la concentración inspirada.

Entre los segundos están los depresores no volátiles del sistema nervioso o sea "no controlables", porque se administran en una sola dosis, por vía oral, parenteral, o bien rectal, no pudiendo variar fácilmente la concentración sanguínea una vez que la droga ha sido absorbida.

## VI.—ALVEOLECTOMIA EN PACIENTES DENTADOS (PROGNASIA)

Se trata de una intervención con fines estéticos y simultáneamente para corregir el overbite o sobremordida que presenta el reborde alveolar superior con respecto a la mandíbula.

La Prognasia cuando es muy acentuada, como se observa en algunos adultos se traduce por una considerable saliente del labio superior, labioversión dentaria, piezas dentarias en forma de abanico e imposibilidad de oclusión labial y frecuentemente causa de respiración bucal.

En casos exagerados y sobre todo en los adultos, la ortopedia facial es impotente, por lo cual se recurre a la cirugía, para mejorar las funciones y la estética.

**TECNICA QUIRURGICA.**—La técnica operatoria debe ser planeada concienzudamente por anticipado, ya que es frecuente creer que la cirugía excesiva sobre el borde alveolar conduciría a mejores resultados estéticos. Pero en la mayoría de los casos la cirugía radical produce un cambio en la expresión facial del paciente, dándole un aspecto senil.

### TIEMPOS DE LA INTERVENCION

**EXTRACCION.**—Se hace la extracción de los cuatro o seis dientes enterosuperiores, que son generalmente los cuatro incisivos y los dos caninos, siendo este el caso más frecuente, para las extracciones se utilizan los métodos ordinarios. Es preferible hacer la alveolectomía en esta misma sesión.

**INCISION.**—Se hace una incisión recta a lo largo de la cresta del borde alveolar superior, hasta incluir la zona a intervenir, en ambos lados de la línea media, la incisión se prolonga distalmente sobre los primeros premolares, ya en su límite distal dicha incisión se continúa hacia el surco vestibular en forma oblicua, en la profundidad necesaria.

**LEGRADO.**—Al formar el colgajo bucal, por medio del elevador de periostio se debe procurar que éste nos permita un campo operatorio amplio para el acceso de los instrumentos para hueso, y no lesionarlo durante las maniobras quirúrgicas, ya que un colgajo traumatizando trae como consecuencia una mal o viciosa cicatrización. La profundidad del colgajo bucal está en relación con la extensión de la operación, pero generalmente es suficiente con profundizar sólo hasta un poco menos del tercio apical de los dientes.

**OSTEOTOMIA.**—Como la extracción no es suficiente, hay que proceder a la resección del borde alveolar de la región incisivo-canina, puede usarse para el caso las pinzas gubias y limas para hueso, fresas quirúrgicas esféricas o el alveolotomo, el objetivo principal es redondear el borde alveolar. En general la exéresis ósea abarca sobre todo la región vestibular y se extiende muy poco hacia la bóveda palatina.

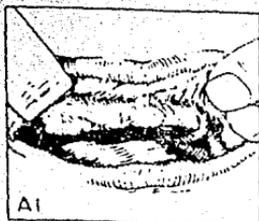
**CURETAJE.**—Se eliminan los fragmentos óseos que hubieran quedado después del limado, utilizando una cureta o haciendo un lavado con suero fisiológico a 37 grados.

**AFRONTAMIENTO.**—Se regularizan los colgajos mucosos vestibular y palatino, y como serán más largos que el hueso, se cortan con tijeras, se corta sobre todo a expensas del colgajo vestibular, y se afrontan.

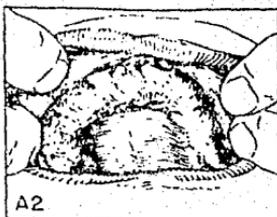
**SUTURA.**—Se suturan los bordes de los colgajos en su posición con seda y puntos interrumpidos.

**VER FIGURAS** Al hasta la G2, que muestran la marcada irregularidad de un borde alveolar protrusivo, y la técnica operatoria para su corrección.

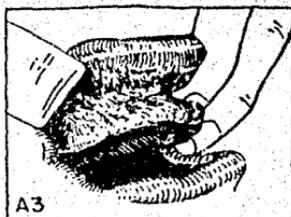
**ALVEOLECTOMIA DE UN BORDE ALVEOLAR ANTERIOR EN EL MAXILAR  
IRREGULAR Y PROTRUSIVO.**



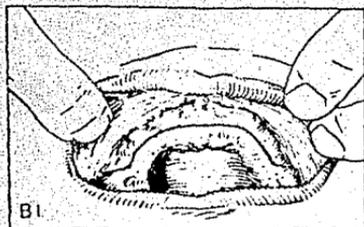
A1. Vista anterior.



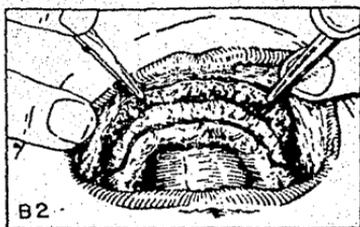
A2. Vista anterior inferior.



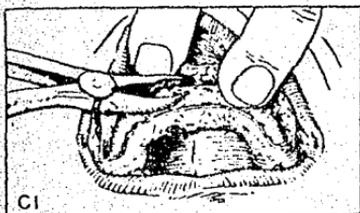
A3. Vista lateral derecha.



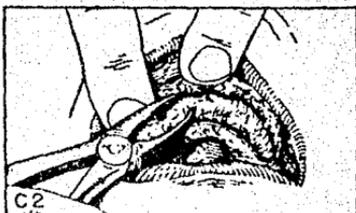
B1. Se hace la incisión a lo largo del centro de la cresta del borde y en ambas zonas de premolares se lleva hacia el pliegue mucoso en forma oblicua.



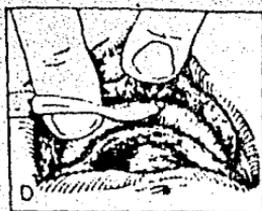
B2. El colgajo mucoperiostico labial se levanta hasta el surco. El tejido palatino se libera hasta una distancia de 1 cm.



C1. Los bordes filosos se eliminan con una gubia colocando un borde sobre la cresta alveolar y el otro sobre el borde filoso.



C2. El largo del borde se reduce con la gubia colocando un mordiente a cada lado del borde alveolar.



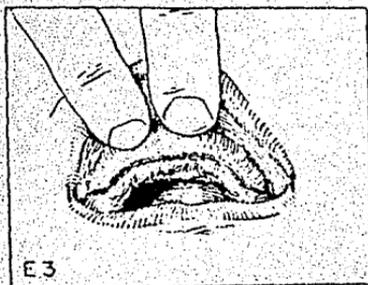
D. El borde se alisa con una lima para hueso.



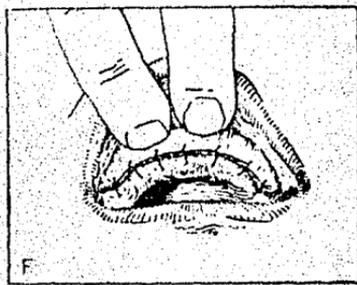
E1. Los tejidos blandos se colocan en su sitio eliminándose el exceso por labial y palatino hasta que se encuentren sin tensión o exceso.



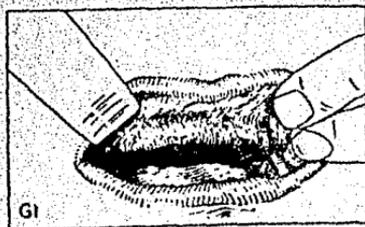
E2. Corte con una tijera Dean 9.



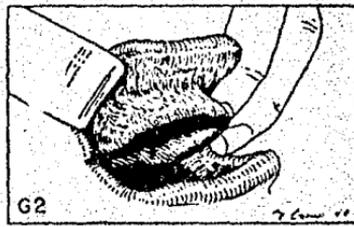
E3. El tejido blando después de cortado.



F. Los colgajos aproximados con una sutura continua.



G1. Vista anterior. El borde está suave.



G2. Vista lateral derecha. Se ha reducido hasta la mitad en ancho y un tercio en altura.

## ALVEOLECTOMIA EN PACIENTES PARCIALMENTE DESDENTADOS

La regularización tiene aquí dos fines, la cicatrización y la reabsorción del reborde alveolar.

La alveolectomía puede ser efectuada en este caso de tres modos diferentes.

1o.—Puede ser ejecutada antes de las extracciones, como ayuda en la prevención de una fractura de un gran segmento de hueso durante las extracciones y conservar tejido óseo.

2o.—Los dientes son extraídos, a veces, puede ser necesaria una intervención adicional, para la remoción de una retención, ápices residuales o dientes sólidamente implantados.

3o.—En otro caso pueden hacerse primero las extracciones, y a continuación proceder a la regularización ósea para evitar que queden puntas y espinas agudas sobre el reborde alveolar.

LEGRADO.—Levantar el colgajo al comenzar la intervención, si se sospecha que en algún momento dado será necesario.

EXTRACCIONES.—Se realizan las extracciones dentarias según la técnica que corresponda a cada diente.

OSTEOTOMIA.—Las zonas óseas a eliminar se alisan con fresa de extremo grande de diamante, colocada en la pieza de mano, usando una irrigación salina, se respeta en lo posible la integridad de las tablas alveolares interna y externa, si es posible se deben mantener al mismo nivel aproximadamente, para obtener una superficie ancha y tersa.

LIMPIEZA DE LA ZONA INTERVENIDA.—Se lleva a cabo una limpieza para no dejar esquirlas ni tejidos lacerados.

ADOSAMIENTO.—Los tejidos blandos son vueltos a su lugar el tejido excedente y el tejido de granulación crónico que esté presente, deberán ser eliminados, para lograr que queden unos colgajos que se adosen perfectamente al reborde alveolar.

SUTURA.—Se sutura sin tensión, algunos autores prefieren no suturar.

## ALVEOLECTOMIA EN PACIENTES CON PROCESOS ALVEOLARES ANODONTICOS

Las secuelas que dejan los traumatismos causados por accidente en la extracción dentaria, o bien en la exodoncia de dientes anquilosados, son alteraciones en forma de aristas agudas, socavados excesivos, prominencias óseas, fractura de las láminas alveolares etc., provocando con ello la modificación del contorno normal del proceso alveolar, irregularidades que pueden persistir por mucho tiempo, si no se les elimina quirúrgicamente.

Por lo tanto si la bcca completamente desdentada es anormal por diversas causas en lo que concierne a su contorno, y nos es útil la cirugía para proporcionar al paciente un reborde alveolar funcional, no debemos prescindir de ella, pero utilizándola siempre en forma conservadoras más que radical.

### TECNICA QUIRURGICA

La siguiente técnica quirúrgica se presta tanto para casos superiores como inferiores.

**INCISION.**—Con un bisturí de hoja intercambiable No 11 o 15 se efectúa una incisión sobre la parte más saliente del borde alveolar, debe ser de una sola intención, con línea continuada, extendiéndola de una tuberosidad a la del lado opuesto, o bien como recomiendan algunos autores, hacerla en dos tiempos primero de una tuberosidad a la línea media y segundo hacerla en el lado opuesto del mismo modo, debe tener una profundidad hasta lograr contacto con el tejido óseo.

**LEGRADO.**—Se despega el mucoperiostio con periostotomo en la extensión suficiente para levantar en un solo tiempo el colgajo mucoperiostico, y con la amplitud necesaria para descubrir la superficie anormal del hueso. Al legar el colgajo bucal se hará con profundidad mayor para permitir realizar la operación sin dificultad alguna. En cambio el colgajo lingual solo será reflejado en una profundidad mínima. Para proteger el colgajo se puede colocar un rollo de algodón húmedo con suero fisiológico, entre el colgajo mucoperiostico bucal y el hueso del reborde alveolar, si esto no es posible se puede sostener el colgajo con el dedo índice de la

mano izquierda; o bien usar hemostatos pinzados en el borde del colgajo, se puede utilizar también una legra con extremo romo y sin hacer presión. Se debe procurar siempre no causar dilaceraciones en el colgajo mucoperióstico.

**OSTEOTOMIA.**—Se puede utilizar para la osteotomía, el alveolotomo, la pinza gubia, el escoplo y el martillo, fresas quirúrgicas y limas para hueso. Si se usa el alveolotomo se emplean sus paredes laterales y no las puntas para no exagerar el corte. Si se usa la pinza gubia uno de sus bordes se coloca sobre la cresta alveolar y el otro borde debajo de la protuberancia a eliminar. Al usar el escopio y el martillo es recomendable colocar el escoplo en posición paralela al hueso alveolar y remover el tejido óseo excedente en pequeñas capas. Las fresas quirúrgicas no deben sobrecalentarse al usarlas. Finalmente para no dejar pequeñas espinas se emplea la lima para hueso, la que con movimientos de tracción lima el tejido óseo.

El hueso será resecado hasta comprobar por medio del tacto, que ya no existen anractuosidades, y por lo tanto quede el proceso alveolar en forma de U, que debe tener en sección transversal y además con una superficie regular y funcional.

**CURETAJE.**—Mediante el empleo de una cureta de extremo ancho y por medio de un lavado con suero fisiológico a 37 grados, se remueven las partículas óseas, ya que si no se eliminan pueden obrar como cuerpos extraños. Una vez lavado se quita el rollo protector o lo que estuviera deteniendo el colgajo.

**AFRONTAMIENTO.**—Se vuelve el colgajo mucoperióstico a su posición, adosándolo perfectamente con el dedo índice mojado, al adosarlo sobre el reborde alveolar hay que evitar que el fondo de saco pierda su profundidad correspondiente. Al coaptar los labios de la herida si estos se exceden son cortados con tijeras curvas.

**SUTURA.**—Ya afrontados los bordes de los colgajos se procede a suturarlos con seda, con puntos aislados tantos como sean necesarios, pero dejando entre cada uno una distancia de un centímetro.

Para saber si aún faltan puntos aislados, se levanta el labio y dándole un tironcito el colgajo se desplaza, significará que será necesario aumentar dichos puntos.

Al hacer la sutura se procurará que tenga soporte óseo, él que le proporcionará al tejido blando apoyo adecuado. La aguja atraumática pasa del extremo flojo vestibular al extremo menos desprendido que es colgajo lingual.

No es aconsejable usar el catgut en este caso pues pueden quedar los cabos de la sutura rígidos y el paciente al hablar o al comer, tropezarlos con la lengua y moverlos, causando su desplazamiento en los bordes de la sutura y además molestias al paciente.

## VII.—EXCISION DE TEJIDOS BLANDOS

Técnicas Quirúrgicas aplicables tanto al maxilar como a la mandíbula, para la excisión de tejido blando como las Bandas Fibrosas Anormales, Hiperplasias Gingivales y Bridas Cicatrizales.

**BANDAS FIBROSAS ANORMALES.**—Son adherencias semejantes a los frenillos se presentan por lo general insertadas en la región vestibular correspondiente a los premolares, se pueden intervenir quirúrgicamente para mejorar el aspecto anatómico de las mismas, son de tipo congénito.

**TECNICA:** a) La mucosa se incide hasta el periostio.  
b) Se disecan las bandas fibrosas y la mucosa hasta aproximadamente unos dos centímetros.  
c) Se sutura el borde de la mucosa al periostio y se coloca un trozo de goma tubular, para mantener el nuevo surco. El resultado final se puede obtener a los diez días.

**HIPERPLASIAS GINGIVALES.**—Se observan generalmente en pacientes que han usado prótesis durante varios años, sin rebasearlas, ya sean estas totales o parciales, el espacio que deja la reabsorción alveolar y la irritación permanente causada por la prótesis floja, ocasionan la hiperplasia de la mucosa, son anomalías adquiridas que se presentan en los costados labiales y bucales del proceso alveolar.

**TECNICA:** a) La parte hiperplásica se prende con unas pinzas de Allis y se levantan del borde.

- b) Se extiende mientras se la tiene separada del punto de unión de la inserción al proceso alveolar remanente, el núcleo de la hiperplasia se extirpa hasta el hueso.
- c) Se sutura acercando los bordes de la herida con puntos aislados.

**BRIDAS CICATRIZALES.**—Generalmente son ocasionadas por accidente durante las extracciones, quemaduras eléctricas, traumatismos y heridas por arma de fuego.

**TECNICA.**—Para la eliminación de las bridas cicatrizales se puede utilizar la incisión en Z modificada.

- a) Se hace una incisión vertical a lo largo de la longitud de la brida.
- b) Y los tejidos a cada lado de la incisión son ampliamente disecados.
- c) Luego se practican dos incisiones laterales para formar colgajos.
- d) Una incisión se extiende cerca del reborde alveolar y la otra hacia la mucosa de la mejilla.
- e) Semejando así las tres incisiones la letra Z.
- f) Se transponen los colgajos y se les sutura, obliterando la brida sin dejar ninguna superficie cruenta.

### **TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA ELIMINACION DEL FRENILLO LABIAL (FRENECTOMIA)**

En el maxilar el frenillo bucal puede presentarse anormalmente insertado y provocar, en consecuencia, anomalías o defectos de posición en los incisivos centrales, ocasionando principalmente diastemas y proyecciones anteriores exageradas

En los procesos alveolares desdentados o aún parcialmente desdentados, cuando han desaparecido los dientes anteriores o los caninos, gracias a la normal o anormal reabsorción, de parte de los rebordes alveolares óseos, la inserción de los frenillos se acerca a lo que queda de éstos, llegando, con frecuencia a insertarse sobre la eminencia del mismo borde.

Conjunto de hechos suficientes que indican suprimir la inserción anormalmente baja, y el volumen excesivo del frenillo. A esta operación se le da el nombre de Frenectomía.

**ETIOLOGIA.**—Tales deformidades parecen obedecer a una tendencia hereditaria, ya que se observa con frecuencia en varios miembros de la misma familia.

**MANIFESTACIONES CLINICAS.**—En el maxilar se encuentra situado en la línea media vestibular, siendo más desarrollado que el inferior, se inserta generalmente a unos 8 milímetros por encima del reborde gingival cuando es normal.

**TECNICA QUIRURGICA PARA LA FRENECTOMIA. (ARCHER).** Figs. A: F. **PRIMER TIEMPO.**—Levántese el labio y tómense dos hemostatos, las puntas de los dos hemostatos deben tocarse mutuamente y el frenillo labial sostenido entre ellos formando un V invertida.

**SEGUNDO TIEMPO.**—Incisión, con bisturí se corta la mucosa y el tejido conjuntivo subyacente, alrededor de la superficie inferior de los dos hemostatos, de modo que cuando el corte está completo los hemostatos salen con el tejido entre ellos. El corte siempre debe hacerse por debajo de los dos hemostatos.

**TERCER TIEMPO.**—Legrado, con una legra de tamaño apropiado se desinserta cualquier fragmento de tejido remanente y se elimina completamente.

**CUARTO TIEMPO.**—Sutura, se coaptan los bordes de la herida verticalmente y se sutura con puntos aislados sin tensión, utilizando para ello seda delgada y aguja atraumática. El primer punto es pasado en la región del repliegue a través de la mucosa y el tejido subyacente, por arriba a través del periostio y hacia afuera del tejido blando subyacente sobre el otro lado de la herida.

**QUINTO TIEMPO.**—Se pueden colocar varias capas de gasa yodoformada gruesa entre la superficie labial del reborde alveolar y el labio a las cuatro o seis horas puede retirarse.

**TECNICA DE MEAD.**—Un método muy eficaz para extirpar el frenillo hipertrofiado es hacer:

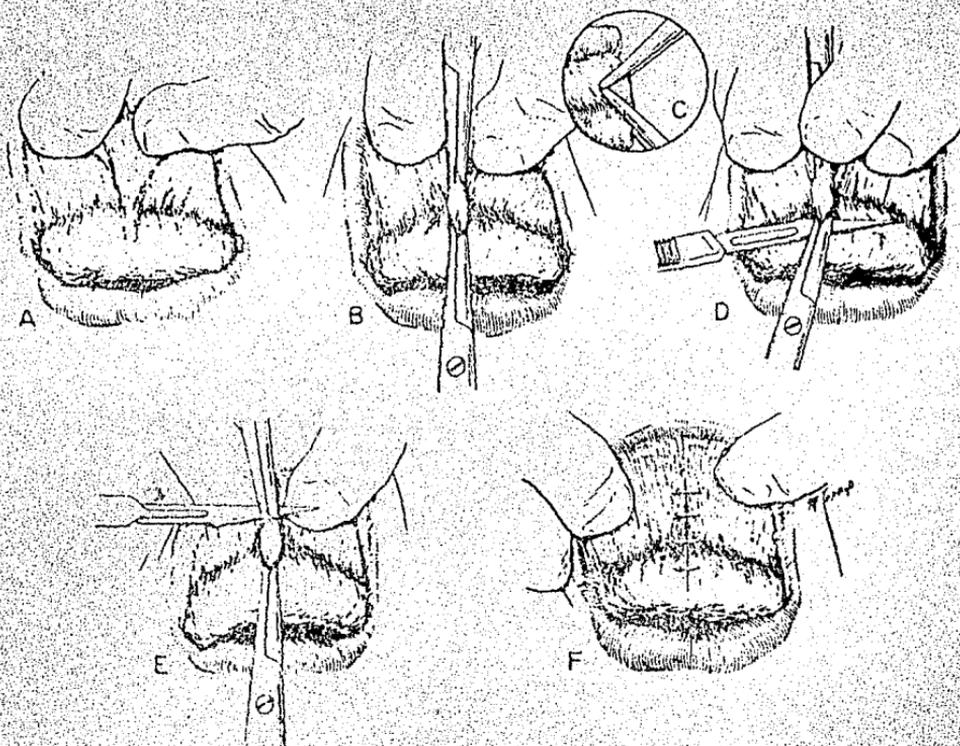
**PRIMER TIEMPO.**—Una incisión elíptica con la curvatura hacia abajo, en el extremo superior del frenillo en el sitio donde se forma el repliegue gingivlabial. Se hace luego otra incisión que, partiendo de la primera, se dirija hacia abajo, a lo largo de cada

uno de los bordes del frenillo y en medio de los dientes, pero procurando no descubrir los cuellos de éstos.

**SEGUNDO TIEMPO.**—Legrado, se hace la ablación de la porción comprendida entre las tres incisiones, para lo cual se despega el colgajo con la legra, se corta el tejido anormal con tijeras.

**TERCER TIEMPO.**—Sutura. Se dan una o dos puntadas de preferencia con seda, para unir los bordes de la herida. Los labios de la porción triangular superior se unen por medio de una puntada que abarque los tres bordes.

#### EXTIRPACION FRENILLO LABIAL.



**FRENILLO CENTRAL INFERIOR.**—Tiene cuando se le disecciona una estructura y disposición semejante a la del superior, únicamente varía en que presenta menor desarrollo, su inserción se hace por lo común también a 8 mm. del borde gingival.

Puede debridarse en una extensión hasta de un centímetro sin que la operación interese músculo alguno. Casi todas las técnicas operatorias descritas para la frenectomía superior, valen para la ablación del frenillo inferior.

**FRENILLOS LATERALES.**—En ambas partes laterales del vestíbulo de la boca existen dos frenillos a la altura de ambos caninos tanto en el maxilar como en la mandíbula, son más pequeños, sobre todo en el maxilar. La técnica quirúrgica para su eliminación es la antes dicha, describirla sería repetir lo ya expuesto.

Para este tipo de intervención varios Autores recomiendan el empleo del bisturí eléctrico, pero KRUGER opina al respecto de la siguiente manera "La electro-cirugía puede emplearse a veces pero su aplicación es rara ya que produce grandes cicatrices. La cirugía nítida y precisa con cierre deliberado de la sutura, produce una cicatriz mínima".

### TECNICA QUIRURGICA PARA LA CORRECCION DEL FRENILLO LINGUAL ANQUILOTOMIA)

**FRENILLO LINGUAL.**—Repliegue membranoso que une la parte inferior de la lengua al suelo de la boca y que limita, los movimientos de aquella, a su inserción anormal se le llama anqui-  
loglosia.

### TECNICA QUIRURGICA DE LA ANQUILOTOMIA

**PRIMER TIEMPO.**—Se mantiene abierta la boca, sujetando la lengua con una ligadura pasada por su punta, aunque esta operación es prácticamente sin sangre, se coloca una compresa de gasa en la parte más posterior de la cavidad oral, entre la superficie de la lengua y el paladar duro para evitar el paso de, restos de sangre y saliva.

**SEGUNDO TIEMPO.**—El frenillo lingual fibroso se pone tirante por la tracción de la sutura lingual, con una tijera recta se cor-

ta por la mitad, entre la punta de la lengua y su origen, la superficie lingual de la sínfisis mandibular. El corte se dirige hacia atrás paralelo al piso de la cavidad oral, de una longitud de cuatro o cinco centímetros, o hasta que la punta de la lengua pueda tocar las superficies linguales de los dientes superiores anteriores.

**TERCER TIEMPO.**—Sutura. Con seda de sutura 000 y una aguja curvada, se aproximan los bordes del corte de la mucosa en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua. (No se incluya ningún tejido profundo). Se hacen puntos aislados con una distancia aproximada de un centímetro entre cada uno.

Cuando la anquiloglosia se presenta en bocas desdentadas, se usa la misma técnica descrita.

### HIPERTROFIA FIBROMATOSA DE LAS TUBEROSIDADES

La formación exagerada de tejido fibromatoso denso es la causa del agrandamiento que frecuentemente presentan las tuberosidades del maxilar, interfieren con las piezas dentarias si es que existen o con el borde alveolar anodóntico de la mandíbula, durante la masticación a causa del abultamiento que tienen, pueden semejar una estructura dura a la inspección.

### TECNICA QUIRURGICA PARA SU ELIMINACION

**INCISION.**—Se trazan 2 incisiones que adoptarán una forma elíptica. Las dos incisiones parten del mismo punto en la parte posterior de la lesión, y se vuelven a reunir por delante de la tuberosidad en la región de los premolares. En la parte más prominente del borde alveolar, las incisiones deben penetrar hasta hueso aislando así el tejido a resecar.

**LEGRADO.**—La mucosa y el tejido fibroso que está entre las dos incisiones se levanta con un elevador de periostio, de este modo la masa central de forma elíptica será eliminada, correspondiéndole al tejido fibroso que se encontraba sobre el borde alveolar, seguidamente se procede a prender con pinzas de Allis o con hemostatos, el tejido anormalmente grueso en los bordes de los colgajos bucales y linguales, dicho tejido es extirpado por disección con bisturí.

Es necesario para unir los colgajos, despegar a cada lado del surco para aproximar los bordes de la herida, pero si se sobrepasan

se recortarán a fin de que los colgajos resultantes de la reducción de la tuberosidad tengan una coaptación uniforme.

**SUTURA.**—Se suturan los bordes sobre la apófisis alveolar, con sutura interrumpida y sin tensión.

## VIII.—EXCRECENCIAS OSEAS DEL MAXILAR TECNICA QUIRURGICA PARA SU REMOCION

El agrandamiento óseo de las tuberosidades del maxilar deben diferenciarse de las tuberosidades fibrosas, de la mucosa de revestimiento de la misma. La excrecencia ósea puede presentarse en toda la tuberosidad o únicamente sobre la cara vestibular, mientras que las tuberosidades fibromatosas se presentan como un proceso más generalizado.

El tratamiento quirúrgico está indicado por el traumatismo que ocasionan al proceso alveolar inferior también para disminuir las dimensiones verticales de las zonas afectadas.

### TECNICA QUIRURGICA PARA SU REMOCION

**INCISION.**—Se hace la incisión a través de todo el tejido blando hasta hueso, y se prolonga por la superficie correspondiente a la cresta se extiende dicha incisión hasta un centímetro por delante del punto óseo a eliminar y terminándola hacia el surco vestibular, procurando que no forme ángulo agudo.

También se pueden hacer dos incisiones curvas cuidadosamente planeadas que se inician en la parte distal de la tuberosidad en cada uno de los lados del borde alveolar y se prolongan hacia la parte anterior de la tuberosidad en donde se unen.

**LEGRADO.**—Se desprende el colgajo, separándolo del hueso por medio de un periostotomo evitando lesionarlo. Al formar el colgajo queda a la vista la excrecencia ósea.

**OSTEOTOMIA.**—La precaución que debe tenerse al realizar

la osteotomía, es que el seno maxilar no se presente extendido hacia la tuberosidad; por lo que el tejido óseo a extirpar sólo será resecado hasta donde lo permiten las estructuras anatómicas.

El exceso de tejido óseo de la tuberosidad puede ser eliminado con pinza gubia, alveolotomo, cincel y martillo y terminar el contorno deseado con limas para tejido óseo.

Si la prominencia es excesiva se retira el tejido óseo sobrante de la cresta alveolar y parte de las tablas bucal y lingual, hasta dar a la altura de la tuberosidad el tamaño indicado.

**AFRONTAMIENTO.**—A continuación se reponen los colgajos cuidadosamente sobre la zona tratada, afrontarlos y con tijeras cortar el exceso de tejido blando, pero procurando que cubran exactamente el tejido óseo remanente de la tuberosidad.

**SUTURA.**—Se sutura con puntos aislados sin tensión y utilizando hilo dermalón.

## REMOCION DE EXOSTOSIS

**TORUS PALATINUS. (EXOSTOSIS).**—El torus o exostosis es una proliferación ósea.

**ETIOLOGIA.**—La etiología es desconocida. Algunos Autores creen que se origina como una respuesta al esfuerzo o traumatismo. Se mencionan como otras causas predisponentes, oclusión irregular, posiblemente también a factores ambientales y herencia.

**MILLER Y ROTH.**—Demostraron que el torus palatinus aparece en la edad temprana y paulatinamente aumenta de tamaño hasta que su portador ha alcanzado la edad adulta, época en que detiene su crecimiento.

**KOLOS Y COLABORADORES.**—Han mostrado la frecuencia de las lesiones en un estudio de aproximadamente 2,500 pacientes, encontraron que 20.9% tenían torus palatinus y que 7.75% tenían torus mandibularis.

**MANIFESTACIONES CLINICAS.**—Los torus palatinus, están situados principalmente en la sutura de la línea media del paladar, aparecen en forma de elevación o abultamiento del paladar duro

aunque también pueden presentar variación en cuanto a tamaño y forma.

Son indoloros, pero cuando alcanzan gran tamaño, ocasionan adelgazamiento de la mucosa, con ulceraciones resultantes por traumatismo. Y en algunos pacientes trastornos de tipo psicológico.

**TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXCISION.**—Figs. A a la F.—**INCISION.**—**ARCHER**, indica la incisión hecha en el centro del Torus palatinus, terminándola por dos cortes en forma de V., **HINDS**, aconseja hacer la incisión en forma de Y sobre la línea media y de adelante atrás sobre el torus, **CHRISTENSEN Y BRADLEY**, ejecutan la incisión longitudinal media, **DURANTE**, aconseja la incisión en forma semilunar completa, es decir comenzándola a la altura del 2º molar de un lado y terminándola en el mismo sitio del lado opuesto, esta incisión ofrece un campo bien visible, amplio e iluminado.

**LEGRADO.**—Por medio de una legra ancha, sin punta y extremo romo se procede a formar el colgajo que será un poco más amplio de lo que abarca la exostosis. Generalmente el mucoperiostio es delgado sobre la prominencia ósea y más grueso sobre la periferia de la base, por lo tanto hay que tener especial cuidado en no desgarrarlo.

Para conservar la vida del colgajo y evitar la formación de hematomas, es esencial que tenga soporte de la bóveda palatina.

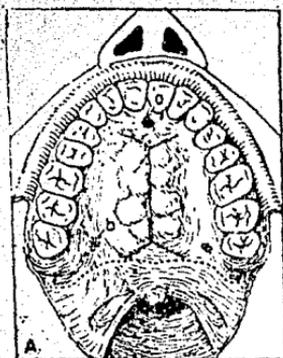
**OSTEOTOMIA.**—El torus no debe quitarse en masa. Se puede eliminar en pequeños fragmentos, dando golpes suaves en el escoplo con el martillo; o bien se pueden hacer segmentos óseos por medio de fresas quirúrgicas grandes, y las limas son buenas para la preparación final de la superficie. Se debe evitar pulir la superficie del hueso.

Se deben observar precauciones cuando se quitan, las porciones óseas, debido a que muchas veces el piso de las fosas nasales llega hacia abajo en esa región de manera que se puede hacer una perforación en el piso de fosas nasales; si se pierde gran cantidad de tejido óseo.

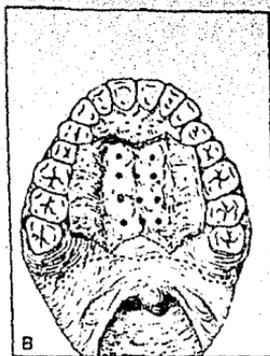
**CURETAJE.**—Con una pequeña cureta se retiran cuidadosamente los restos óseos que hayan podido quedar. Después que se ha reducido el Torus queda un exceso de tejido blando que debe ser eliminado. Se recorta el exceso en sus bordes o labios y procurando que al coaptarlos estos queden en posición.

**SUTURA.**—Se cierra la herida, de preferencia con puntos aislados, con hilo fino no absorbible y una aguja atraumática. Esta membrana no soporta el paso de agujas gruesas. **DURANTE**, aconseja no suturar, sino solamente comprimir el coljago durante cinco minutos.

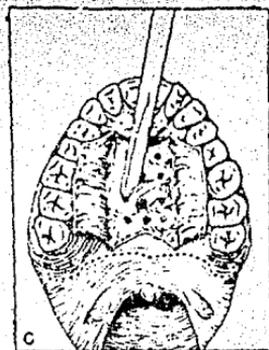
## Extirpación quirúrgica del torus palatino



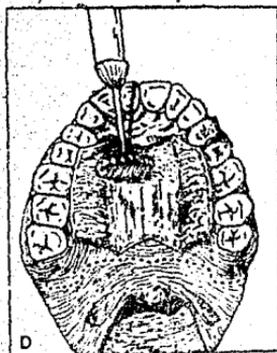
A, La línea gruesa es la incisión sobre el paladar duro. La línea punteada es el límite del paladar duro. a) Foramen incisal. b) Foramen palatino.



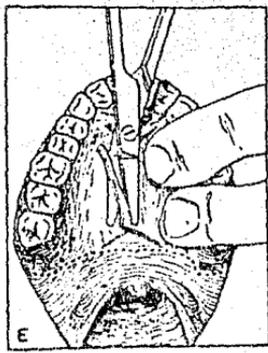
B, El colgajo levantado. Se hacen orificios a través de la lámina cortical.



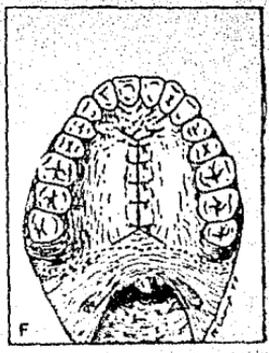
C, Se elimina el hueso excesivo con un escoplo.



D, Los bordes dejados por el escoplo se eliminan con una piedra para cortar hueso y se restablece el contorno normal del paladar.



E, Se elimina el exceso de tejido.



F, Se sutura el colgajo.

**TORUS MANDIBULARIS. (EXOSTOSIS)**.—Los torus mandibularis se presentan con menos frecuencia que el torus palatinus.

**ETIOLOGIA.**—Se desconoce su etiología, aunque se cree que tiene origen congénito. (MEAD).

**MANIFESTACIONES CLINICAS.**—Los torus mandibularis se localizan principalmente en la superficie lingual de la mandíbula, especialmente a nivel de los premolares y caninos inferiores, su tamaño es variable.

## TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION

**INCISION.**—Se hace la incisión sobre la cresta de la apófisis alveolar, desde el sitio donde se implanta el primer molar de un lado hasta el molar del otro lado. La incisión debe ser nítida y extenderse hasta hueso.

Si el paciente posee dientes, la incisión debe hacerse al nivel del cuello de éstos, para permitir el levantamiento de la mucosa lingual.

**LEGRADO.**—Con legra se levanta el colgajo mucoperióstico lingual procurando que este legrado sea llevado un poco más abajo del torus mandibularis, en ambos lados de la mandíbula. En la parte vestibular el levantamiento del colgajo es mínimo.

**OSTEOTOMIA.**—Una vez expuesto el torus mandibularis, se pueden hacer surcos con las fresas quirúrgicas en las caras superiores mesiales y distales de la protuberancia ósea. Este hueso es denso como marfil y no puede researse con las pinzas gubias, pero hechos unos surcos y con un golpe firme con un cincel se consigue su fractura. Las limas y las fresas, con protector también pueden utilizarse para alisar el hueso, la remoción se termina cuando la superficie del hueso quede al nivel de la tabla interna de la mandíbula.

**CURETAJE.**—La aspiración con suctor y una irrigación, eliminan el polvo óseo del fondo de la cavidad. Se coloca el colgajo en su lugar y si los bordes se sobrepasan se recortan con tijeras curvas, hasta que los bordes se aproximen perfectamente.

Para evitar la formación de un hematoma es preciso que el colgajo mucoperióstico quede en contacto íntimo con la pared lingual de la mandíbula.

**SUTURA.**—Se utilizan para la sutura puntos aislados. (ARCHER) indica, se haga sutura continua.

## PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO BUCOLABIAL

La reabsorción anormal de los rebordes gingivales de los pacientes desdentados totales o la disminución del surco gingival por el desplazamiento de la mucosa labial o gingival crea un problema difícil, para la substitución anatómica y funcional de las piezas perdidas.

Existen varios métodos para obtener la profundización de surcos, describiré primeramente la aconsejada por HINDS.

**PRIMER PASO.**—Se traza una incisión sobre la cresta del reborde abarcando el periostio de la zona que debe ser extendida. La incisión debe prolongarse en un ángulo anteroposterior al repliegue mucobucal para evitar la tensión del colgajo.

**SEGUNDO PASO.**—El mucoperiostio deberá ser rebatido. Se sutura la mucosa a un tubo de goma N<sup>o</sup> 14 con seda 000 ceros. La longitud del tubo está determinada por la longitud del colgajo. Dos agujas Keit son aseguradas en el extremo de la sutura.

**TERCER PASO.**—Las agujas de Keit son pasadas a través del mucoperiostio rebatido y a algunos milímetros del borde pero dependiendo de la profundidad deseada. Las agujas son pasadas a través y por fuera de la piel de la cara y aquí las agujas son retiradas.

**CUARTO PASO.**—Los cabos de la sutura son anudados por sobre un rollo de algodón. Un material de curación puede ser colocado sobre el hueso expuesto.

Se puede utilizar el siguiente, formado por partes iguales de óxido de zinc y resina finamente triturada puede extenderse en una loseta de vidrio caliente, con eugenol líquido para formar un cemento quirúrgico que tiene muchos usos. Se pueden incorporar fibras de algodón absorbente a la masa gruesa y blanda para darle cuerpo y estabilidad.

**METODO DE KAZANJIAN.**—Este procedimiento puede ser aplicado tanto en el maxilar como en la mandíbula, esta técnica difiere de la anterior en que se deja el periostio intacto.

**PRIMER PASO.**—Una incisión de un centímetro y medio es trazada desde la superficie interna del labio o la mejilla y paralela a la eminencia alveolar.

**SEGUNDO PASO.**—La mucosa es entonces socavada hacia atrás en dirección hacia el periostio del reborde alveolar. Se utiliza la disección cruenta para liberar el tejido blando del periostio que debe ser dejado intacto. Esta disección es llevada hasta la profundización deseada, que recibirá la mucosa previamente socavada.

**TERCER PASO.**—La mucosa es entonces suturada al periostio por medio de una sutura horizontal continua. La zona cruenta del labio puede ser parcial o totalmente cubierta, suturando la herida después de haber socavado en lo posible los márgenes del colgajo labial.

**CUARTO PASO.**—Una sutura circunferencial es pasada sobre un tubito de hule o de polietileno a través de la mucosa y en la profundidad del nuevo surco y por fuera de la cara se anudarán los cabos de la sutura sobre rollos de algodón, que contribuirán a mantener el tubo en posición.

Cabe mencionar que la prótesis de implantación y los injertos óseos en los bordes alveolares son prometedores para los pacientes desdentados con bordes sumamente atróficos. Sin embargo, estos procedimientos todavía no están probados, como métodos sistemáticos, por la mayoría de los Cirujanos Dentistas.

## CONCLUSIONES

- 1.—El fin que se persigue al ejecutar la Alveolectomía es rehabilitar al paciente en sus funciones anatómicas, fisiológicas y estéticas en un lapso de tiempo menor.
- 2.—Que para ofrecerle un resultado eficiente al paciente en lo concerniente al remodelado de los rebordes alveolares, concluyo que la Alveolectomía deberá ser siempre conservadora más que radical.
- 3.—Que se puede al eliminar anomalías congénitas o adquiridas modificar en gran parte tanto el aspecto físico como el psicológico del paciente.
- 4.—Que en general la Alveolectomía es una operación benigna, y que si se lleva a cabo con una buena técnica quirúrgica se conseguirá una mejor y rápida cicatrización.
- 5.—Hay que tener presente que no solo nos consultan pacientes adultos, ya que actualmente se ha podido comprobar que muchos pacientes son adolescentes aún y ya han perdido sus piezas dentarias o es necesario extraerlas, en estos casos, creo que la Alveolectomía prestará un valioso servicio.
- 6.—Que al efectuar la Alveolectomía, ésta sea ejecutada únicamente bajo condiciones rígidas de control del paciente, y que la Técnica sea previamente estudiada y establecida.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—ARCHER W. HARRY. Cirugía Bucodental, Tomo I Cap. Cirugía para Prótesis Dental. 188:227 1958. Y Láminas ilustrativas.
- 2.—BORELLO EUGENIO D. Rev. Anales Españoles de Odontostomatología Cap. Prótesis Inmediata Completa y Parcial Removible. Vol. XVII No. 6 463:469 Junio 1958.
- 3.—CLARK B. HENRY. Práctica de la Cirugía Oral. Cap. Regularización de Rebordes Alveolares. 193:197 1957.
- 4.—CHARLES MILLER SAMUEL. Diagnóstico y Tratamiento Bucal. Cap. Operaciones para Reconstrucciones Dentales. 266:268 y 501:504. 1957.
- 5.—DARLINGTON, WILSON, WALDRON TYLMAN MOORE. Anuario de Odontología. Cap. Odontología Protética. 479:485. 1944.
- 6.—DURANTE AVELLANAL CIRO. Tratado de Cirugía Odontomaxilar. Tomo XI. Cap. Cirugía de los Maxilares en relación con la Prótesis, 249:296. 1949.
- 7.—HINDS. C. E. Cirugía Oral en el Consultorio. Odontología Clínica de Norte América. Cap. Cirugía Oral para Prótesis Dental. 170:180. 1961.
- 8.—HUTCHINSON W. C. A. Diagnóstico Radiológico Dental y Bucal 15:31. 1956.
- 9.—J. A. Rev. de la Asoc. Odontológica Argentina. Cap. Profundización del Surco Gingival Vestibular con Fines Protéticos. Vol. XLVI. No. 5. 152:156 1958.
- 10.—KAZANJIAN VARAZTAD HOVHANNES Y CONVERSE. Tratamiento Quirúrgico de los Traumatismos de la Cara. Cap. Cirugía de la Cavidad Oral y de la Faringe. 477:497. 1952.

- 11.—KRUGER O GUSTAV. Tratado de Cirugía Bucal. Cap. Anormalidades de la Boca. 119:142. 1960.
- 12.—LINKOW I. LEONARD. Rev. Oral Hygiene. Cap. Implantación Unilateral 295:301. Junio 1957.
- 13.—MAUREL GERARD. Cirugía Maxilofacial. Cap. Cirugía Plástica Endobucal. 1064:1072. 1944.
- 14.—MEAD V. STERLING. Cirugía Bucal. Tomo I. Cap. Preparación Quirúrgica de los Tejidos Bucales para las Restauraciones 626:670. 1948.
- 15.—RIES CENTENO GUILLERMO A. Cirugía Bucal. Tomo II. Cap. Preparación Quirúrgica de los Maxilares con Fines Protéticos. 709:712 y 727:740. 1957.
- 16.—SANTOS OLIVA MIGUEL. Apuntes de Cirugía. Esc. Nac. Odontología. 1961.
- 17.—SOL FELIPE BALDOMERO. Rev. Anales Españoles de Odon-toestomatología. Cap. Anestesiología para Quirúrgica Protésica. Vol. XVII. No 2 125:130 Febrero 1958.
- 18.—SCHLOSSER RUDOLPH. Prótesis Completa. Cap. Prótesis Inmediata. 423:425. 1957.
- 19.—THOMA H. KURT. Cirugía Bucal Tomo I. Tratamiento de las Anormalidades de la Boca Anodóntica. 360:388. 1955.
- 20.—TYLMAN D. STANLEY. Year Book of Dentistry. Alveolotomy In Immediate Denture Treatment. 386:388. 1959:1960.