27/

CIRUGIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

TESIS PROFESIONAL

para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

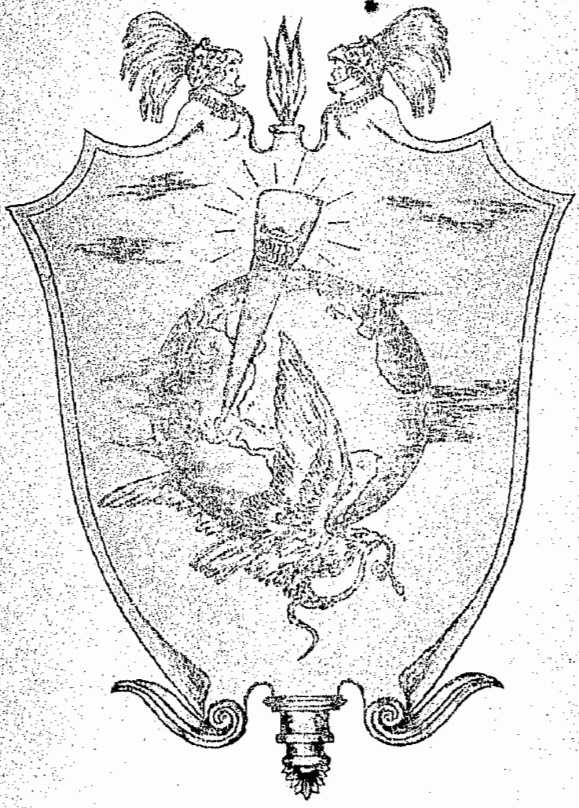


Dr. Don Rafael Ayala Echávarri

A la memoria Póstuma del Ilustre e Insigne **MAESTRO** y Director, el cual deja la estela de brillante luz, que es la huella de su ejemplo y amor al águila que hoy se cubre del festón de luto al verle partir de sus aulas Universitarias hacia el que es Maestro de Maestros..... **CRISTO**


VNIVERSIDAD·NACIONAL·D·MEXICO
·POR·MI·RAZA·HABLARA·EL·ESPIRITV

E. N. O.



Generación 1967-1971

JULIO HERRERA ALVARADO
MIGUEL LOZANO ROSAS
PEDRO MARTINEZ FACUNDO
FRANCISCO MORENO RUIZ

A nuestros Padres:

Como un homenaje de respeto y agradecimiento por el anhelo que supieron cultivar en nuestras almas, y que alentaron con el esfuerzo y el sacrificio de su AMOR.

Con cariño a la UNIVERSIDAD, la cual nos brindó la luz del futuro que ha de resplandecer a través del tiempo; la CIENCIA

Con respeto para nuestros MAESTROS que inmolando su vida en la docencia; y nos brindaron en cada gota de su sacrificio la ciencia así como su ejemplo cual es la de servir a nuestros semejantes.

A la memoria de todos nuestros compañeros los cuales compartieron el néctar dulce y amargo que libamos durante los años Universitarios.

Para el Dr. Rey García, Director de la tesis; y que como orientador y guía universitario ha sabido dar el último matiz de nuestra formación profesional.

Gracias MAESTRO

Al Honorable Jurado, que con su voz paternal nos otorga el hasta luego; juntamente con las palabras confortadoras para no desfallecer en el camino que comenzamos a deambular

Para el hombre que supo dar el énfacis a la terminación de nuestros estudios y que con su palabra y ejemplo esculpió en nuestras almas las responsabilidades para con nuestra PATRIA, nuestros SEMEJANTES y para con nosotros mismos.

GRACIAS PADRINO

Sr. Profr. Dn. Julio Bobadilla P.

A todo el personal de la E. N. O. por su valiosa colaboración que ha hecho que logre salvar el último escollo que nos impedía llegar a la cumbre de nuestra profesión.

INTRODUCCION O PREAMBULO

I.- Concepto de Cirugía

Anestesia

Asepsia y Antisepsia

Métodos de Esterilización

Estudios Radiográfico.

II.- Sala de Operaciones

Quirófano

Iluminación

Ventilación

Mesa de Operaciones

Instrumental

Personal activo

Preparación del Cirujano

III.- Estudio Anatómico

Huesos de Cara

Articulación Temporomandibular

Planos superficiales de cara

Región Mentoniana

Región Geniana

Región Labial

Miología Bucal

Inervación

Angiología

Mejillas

Bóveda Palatina

Lengua

Región Sublingual

Tonsilas o "Amígdalas"

Encías

Dientes

IV.- Fisiología Oral

V.- Preparación Preoperatoria del Paciente

Suturas

Drenajes

Ligaduras arteriales

VI.- Fisura de Labio y Paladar

Etiología

Radiología

Técnica "Quirúrgica"

VII.- Neuralgia Trifacial

a) Diagnóstico

b) Tratamiento

Neurectomia del N. Mentoniano

Neurectomia del N. Mandibular

Descompresión quirúrgica del Ganglio de Gasser

VIII.- Tumores Orales

IX.- Endodoncia Quirúrgica

X.- Exodoncia

XI.- Luxación

XII.- Fracturas

XIII.- Trismo y Rigidez de la Articulación T. Mandibular

XIV.- Traqueotomía

XV.- Conclusiones

XVI.- Bibliografía

VIII.- Tumores Orales

IX.- Endodoncia Quirúrgica

X.- Exodoncia

XI.- Luxación

XII.- Fracturas

XIII.- Trismo y Rigidez de la Articulación T. Mandibular

XIV.- Traqueotomía

XV.- Conclusiones

XVI.- Bibliografía

PREAMBULO

Antes de entrar a considerar lo que ha de efectuarse (intervención quirúrgica) en el ser que está ante nosotros, hemos de tener presente que es una persona que siente, piensa y razona, y por tal motivo no es un objeto al que ha de valorarse por lo que se realice.

Al iniciar el primer contacto con un paciente, existe de antemano una fuerza que atrae y da confianza o viceversa; ya que el Cirujano no ve a su paciente como una unidad en la cual hay interacción de funciones maravillosamente precisas es decir, es un ser humano al cual se le debe tanto respeto y estimación como a nosotros mismos.

No olvidemos entre otras cosas que no se es artesano o técnico; ciertamente que de ello algo ha de tenerse, pero ante todo se es Médico y por Etica Profesional debemos de sobreponer a nuestros intereses, la labor humanitaria que está en nuestras manos.

Al contemplar las estadísticas actuales, un porcentaje numeroso de enfermos se encuentra aislado, olvidado ó rechazado y en ello va nuestra actitud que hemos desplegado muchas veces para con el mundo que nos rodea, más esto se evitara a través de los principios de la preparación Profesional, intelectual, social y moral, como de la experiencia adquirida al entrar en contacto en clínicas, en hospitales, con lo cual, ha de obtener para su ser, los firmes pilares en los que queda esculpida la frase, que en un tratado de Cirugía nos lega Ambrosio Paré:

"Ciencia sin conciencia, ruina del alma"

Y es mas, creo que toda la vida de cualquier Cirujano, queda estipulada en lo siguiente:

"El Cirujano, dada la grave responsabilidad, de tener en sus manos la vida del enfermo, ha de fundamentar, siempre su actuación en el sentido evangélico de Amor al Prójimo, esforzándose en hacerse digno de la confianza que en él ha puesto el paciente y subrayando su conducta con un sentimiento de moralidad intachable.

Y así en las penumbras de la soledad, oirá el grito de su conciencia diciéndole: pasarás haciendo el bien y aliviando el dolor.

CONCEPTO DE CIRUGIA.

Etimológicamente significa "Obra de mano" tomado literalmente - del griego.

Este nombre ha de darse a la extensa rama de la Terapeútica que para procurar la curación del enfermo, no recurre al reposo, ni a una - alimentación adecuada, ni a la acción de fármacos (Terapeútica Médica) sino que hace uso de la intervención resolutiva de la mano sabia y ex-- perta del Cirujano y extirpa la causa da la enfermedad.

Unas veces la mano ha de estar desarmada y otras armada con un instrumental adecuado.

Desarmada, cuando ha de reducir fracturas y luxaciones, cohibir hemorragías, efectuar intervenciones obstétricas etc....,

Pero la mayoría de los casos ha de armarse con instrumento va-- riados, para actuar sobre el foco morboso superficial o profundo, al objeto de extirparlo.

A este respecto Ambrosio Paré nos dice lo siguiente:

"Las operaciones de Cirugía se aprenden con el ojo y con el dedo"

Pero debemos tener muy en cuenta que como habilidad manual unicamente debe de desterrarse, ya que sin una base científica y sólida - sería como atentar contra la vida del ser humano.

Lo más importante en este acto es lo que crea el cerebro del Ci-- rujano ya que la mano está supeditada a aquel.

Exige por lo tanto, un aprendizaje y un cultivo que enlace y conviva

con los aspectos de la formación quirúrgica. "Ahora bien, dentro de la Patología Quirúrgica, se involucran:

1.- Traumatismos

2.- Infecciones

3.- Neoplasias — adquiridas

4.- Distrófias — Malformaciones congénitas, Litiasis (cálculos), Trastornos., etc

A este acto se le considera como un arte especulativo, ya que va encaminado con una visión de arte científica.

Por lo que hay que conocer los fines para descansar en la verdad; sometiendo los conocimientos y la práctica a una acción.

Esta acción, está regida por un temperamento quirúrgico, el cual descansa en su componente de aptitud innata, en el cual con el estudio y la disciplina se puede pulir y orientar.

Pero ésta aptitud la robustece por decirlo así, el criterio Terapéutico que constituye la piedra clave del arco pues el celebre Trelat nos dice. "Toda cirugía se contiene en: llenar bien las indicaciones."

En resumen: la formación es básica y para ello contamos con:

a) Formación Técnica.-

La cual consiste en cultivar el ejercicio manual, en el cadáver -- vivisección, suturas y nudos, etc; ya que la mano del Cirujano debe de ser fuerte, firme y suave.

b) Formación Anatómica

En este sentido basta decir lo siguiente: "La Anatomía es para la

Cirugía, lo que la Geografía para el arte militar"

c) Nociones esquemáticas de Embriología:

Estas son necesarias para explicarse las malformaciones congénitas.

Además hay que conocer los aspectos de la Anatomía Macroscópica y microscópica y patológica; pues el tipo de lesión hallada en el momento operatorio nos orienta respecto a la conducta que hay que seguir, o nos da la idea, en el caso de una neoplasia, por ejemplo; sobre el -- grado de operabilidad del tumor.

d) Formación Clínica

Es necesaria para fundar un diagnóstico, y asentar la indicación operatoria y efectuar tecnicamente la intervención.

Para ello el Cirujano ha de procurar establecer un diagnóstico, - apremiando el examen clínico y los métodos auxiliares antes de conducir al paciente a la mesa operatoria.

El diagnóstico ha de llevar en sí la indicación y la urgencia de - la operación, su preparación, el tipo de anestesia y las vías de acceso.

Esto nos indica que no se ha de llegar al diagnóstico en el Quirófano, sino que estando en la cabecera del enfermo se aprenden muchas cosas con las cuáles el criterio (diagnóstico) se forma con la exacta - valoración de los síntomas.

e) Base Fisiopatológica

A este respecto el Cirujano, puede adquirir precisión y amplitud de conceptos necesarios para el establecimiento de la indicación, por- el conocimiento claro de la fisiopatología.

No se trata solamente de extirpar un tumor o gangrena, ó de --- abrir un absceso, sino una diligencia que tiende a corregir el funcionamiento de un órgano que lo tiene alterado.

Por lo que es necesario conocer los mecanismos Fisiopatológicos del organismo para orientar sus reacciones y remediar sus alteraciones nocivas.

Con toda razón Leriche nos cita:

"La Cirugía debe basarse en el conocimiento de los mecanismos que ella misma puede - tan fácilmente contribuir a perturbar".

f) Formación Moral

La función del Cirujano gira alrededor del hombre, su nacimiento desarrollo y reproducción, protegiéndolo de las enfermedades, tratándolo en el caso de que las padezca, y todo ello, para hacerlo útil así - mismo y a los demás.

El Cirujano es responsable de sus hechos y de lo que aconseje -- a los demás. Debe sentir entrañablemente las superiores exigencias -- de su vocación, por encima de todo interés humano. Debe perseverar - en promover constantemente las soluciones inspiradas en la ley natural y en la recta razón, y esforsarse en fomentar la convicción y el respeto

de las mismas en su ambiente considerar también como deber profesional el preocuparse toda la ciencia necesaria, sobre todo en los aspectos más delicados, con el fin de poder brindar a los pacientes que lo consulten - sabios consejos y directrices sanas que de él se esperan con todo derecho.

¿ Como discernir lo que es éticamente bueno de lo malo?

¿ Debemos guiarnos por la costumbre, por lo que se dice, por mero sentimiento ó existe otra norma mejor?

Podemos considerar sus principios fundamentales para normar en - forma adecuada un criterio.

I.- Todo ser humano tiene derecho a la vida. (Incluyendo el embrión)

II.- Todo ser humano tiene derecho a la verdad.

III.- A todo ser humano se le debe justicia.

IV.- Las facultades y potencias del hombre deben emplearse según el modo y finalidad claramente establecidos por la naturaleza.

V.- Si una acción es moralmente mala, se está obligando a abstenerse, no sólo de hacerla sino también de cooperar a que otro la haga.

VI.- Nunca debe hacerse un mal aunque de el resulte un bien, en otras palabras, el fin no justifica los medios.

ANESTESIA.

El primer paso que hizo posible la Cirugía, fué el descubrimiento de la ANESTESIA por Horacio Wells, Odontólogo de Hartfort Conecticut- 1844.

Anestesia significa sin sensibilidad: es decir es la abolición o - la pérdida de la sensibilidad.

Esta puede ser anestesia patológica ó médica y anestesia provo-- cada o química.

La primera es la pérdida de la sensibilidad objetiva producida por una enfermedad.

La segunda es producida por un fármaco o substancia que interfie- re en la vía de conducción del dolor.

El dolor es un fenómeno de transmisión cetripeta (hacia el encéfa lo) de las impresiones periféricas provocadas por estímulos externos o internos muy íntimos y que se transmiten a lo largo de los nervios sen-- sitivos hacia el cerebro, en el que por su intensidad sobrepasan el um— bral de la conciencia y se advierten como una sensación de sufrimiento- tanto más vivo cuanto más intenso sea el estímulo.

La vía del dolor es la siguiente:

Terminaciones nerviosas sensitivas sobre las que provoca el estí- mulo doloroso ---> nervio sensitivo que recibe la sensibilidad local---> raíces posteriores espinales, que contribuyen la entrada obligatoria a la médula de todos los nervios sensitivos ;---> Médula espinal ---> cere- bro (centros cerebrales del dolor en los que el estímulo perfférico se ---

advierte como una sensación dolorosa).

Cuando ha de quererse abolir el dolor quirúrgico, basta interrumpir la vía descrita en un punto cualquiera por los medios que a continuación citaremos.

I.- ANESTESIA PERIFERICA O LOCAL:

Aquí se interrumpe la vía del dolor en su iniciación, es decir a nivel de las terminaciones nerviosas sensitivas de la zona a intervenir.

Esta se consigue por:

a).-Refrigeración, Cloruro de Etilo, teniendo cuidado de no hacerlo por mucho tiempo, ya que esto puede causar necrosis cutanea.

b).- Infiltración; la insensibilidad es mas duradera y profunda. La sustancia anestésica que se emplea es un sucedáneo de la cocaina y demás.

c).- Anestesia local por contacto; es una solución diluída de cocaina o estovaina pincelando o instilando la mucosa a intervenir.

II.- ANESTESIA TRONCULAR O DE CONDUCCION:

(Anestesia Regional)

Interrumpe la vía del dolor a nivel de la vía nerviosa sensitiva --- preespinal; que se extiende de la periferia a la médula espinal.

III.- ANESTESIA ESPINAL ó MEDULAR (Raquianestesia):

Las sensibilidades dolorosas son interrumpidas en su propagación a nivel de la médula espinal.

IV.- ANESTESIA CENTRAL CEREBRAL ó GENERAL (Narcosis):

Su efecto es paralizando los centros cerebrales del dolor, a los que afluyen las opresiones sensitivas de todo el cuerpo. Eliminando- la conciencia, sometiendo al individuo en un sueño profundo.

Esta tiene distintas vías de introducción.

1.- Rectal

2.- Endovenosa

3.- Inhalatoria pulmonar.

V.- ANESTESIA HIPNOTICA:

Es un procedimiento en el cual el paciente es sometido a un profundo sueño hipnótico, el cual al despertar, manifiesta no haber sentido nada de la intervención (aún dolorosa).

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

El segundo paso a la Cirugía fue el descubrimiento de Pasteur 1867 aplicados a la Cirugía por Lister.

La asepsia es el método terapéutico preventivo que tiene por - impedir la llegada de gérmenes infecciosos a las zonas que se practique la asepsia. Asepsia viene del griego a privar y Sepsis putre -- facción.

La antisepsia es el método terapéutico para la destrucción de- microorganismos por medio de substancias denominadas antisepticos, y de hacer inofensivas a las bacterias temporal o definitivamente.

Antisepsia viene del griego ANTI CONTRA y SEPSIS PUTREFACCION.

En los primeros tiempos se empleo antisepticos o substancias - que actuaban directamente sobre los gérmenes.

Después, en vez de destruir los gérmenes que han llegado al paciente, se actuó impidiendo que llegasen a él, Asepsia - la cual establece que todo lo que debe estar en contacto con el campo operatorio- tiene que esterilizarse, a fin de que no contenga gérmenes.

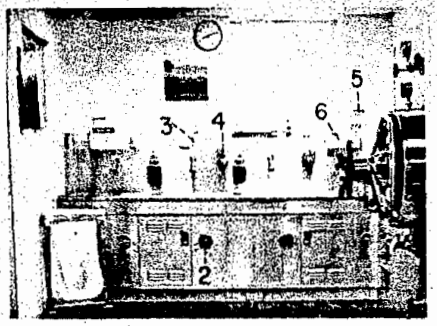
Por lo que hay que considerar que la Asepsia y la Antisepsia tiene su aplicación en:

A).- El paciente

B).- El personal

C).- El instrumental

D).- El lugar


5
3
4
6
2

METODO DE ESTERILIZACION

Al considerar los medios en que actualmente se desenvuelve, -- existen para la esterilización del material quirúrgico (instrumental, — ropa, guantes, material de sutura) diversos procedimientos, los que - son aplicados según los casos.

Los métodos de esterilización pueden ser:

A).- Mecánicos

B).- Físicos

C).- Químicos

D).- Biológicos

A).- Mecánicos como:

Limpieza de la superficie cutánea o mucosa la cual se logra con agua caliente y jabón.

Extraer cuerpos extraños y bacterias contaminantes (debridar) cuando existen heridas traumáticas.

B).- Físicos como:

La luz, frío, calor y electricidad.

C).- Químicos como:

Los farmacos y drogas cuyo efecto es impedir el desarrollo de los microorganismos. Entre estos existen los que cono_ cemos como antisépticos.

D).- Biológicos:

Estos habitualmente no son empleados en cirugía pero consisten en la destrucción de gérmenes patógenos por la flora normal de una región o cavidad.

Dentro de los medios físicos cabe mencionar el calor; pues se asegura por medio de este la destrucción de microorganismos y sus esporas en todo material quirúrgico. Existen diferentes tipos de calor como son; calor seco y humedo.

Entre los procedimientos de calor seco encontramos:

A).- Estufa de Pouperil:

Consiste en una caja metálica de doble pared, calentada por electricidad, gas o alcohol a 150°, mostrando un termometro propio, por el que nos damos cuenta los grados en que se encuentra. Se esterilizan instrumental metálico (aún de corte) siendo el lapso de 20 a 30 minutos.

B).- Flameado por alcohol:

Usual por medio de jofainas que se colocan en mesitas de instrumental. No es recomendable ya que deteriora el instrumental.

Entre los procedimientos de calor humedo tenemos:

A).- Ebullición:

Consiste en un recipiente calentado por electricidad, gas o alcohol, a tal grado que el agua este hirviente. Desde el momento que empieza a hervir asi ha de durar 15 minutos.

Havener utiliza un hervidor catódico, gracias al cual los instrumentos no pierden filo.

Por este medio se pueden esterilizar el instrumental metálico excepto el decorte; además jeringas, material de sutura "No reabsorbible seda", lino crin, alambre, nylon y gomas de drenaje.

B).- Autoclave: Ocupa el primer lugar y es uno de los medios mas seguros para la completa esterilización, pero tiene algunos inconvenientes ya que su procedimiento lleva tiempo, favorece la oxidación, corrocion y desafilación de los instrumentos.

Su mecanismo consiste en vapor de agua a presión y permite esterilizar ropa guantes material de sutura no reabsorvible (lino - seda, algodón, etc...)

Existen diferentes formas como son; la clásica de caldera ó la - moderna empotrada en la pared siendo tan resistente que soporta presión de tres atmosferas, cerrada hermeticamente por una tapadera a presión mediante tornillos.

Este aparato posee manometro para medir la presión, válvula - de seguridad (que cuando sobrepasa, deja escapar un silbido) y un grifo que permite la desvaporización.

Actúa de la siguiente manera:

1.- Se llena el fondo de agua.

2.- Existen rejillas arriba en donde se colocan las bombonas - con el material.

3.- Se cierra herméticamente la tapadera.

4.- Se calienta por los medios citados.

5.- El grifo se deja abierto (su objeto es purgar el autoclave para que expulse el aire de la caldera).

6.- Saliendo el vapor se cierra la espita.

7.- El vapor aumenta hasta dos o tres atmosferas y así se mantendrá durante 30 minutos.

8.- El vapor penetra a través de los agujeros de las bombonas.

9.- Pasando el tiempo reglamentario se abre la espita para que salga el vapor.

10.- Marcando cero se abrirá.

NOTA.- Esterilizador rápido:

Transmite su calor por medio de metal fusible, esferitas de vidrio esferitas de acero, arena de cuarzo y sal común. Su inconveniente es la necesidad de pasar una brocha esteril sobre el objeto esterilizado y cerciorarnos, con la lupa de que no lleve pegado ningún grano.

Encontramos además la esterilización por medio de aceite caliente (preferiblemente de silicón) que sirve para los contrángulos -- piezas de mano o la vaina solamente del último.

Dentro de los medios químicos se han preconizado substancias - como germicidas y entre estos están el cloruro de Benzalconio --- (Benzal en México) (Zephiran chloride en EE.UU.) y el amonio cua

ternario al 1 x 1000 con una cucharadita de nitrito de sodio como = anticorrosivo.

a).- Además existe la sumersión realizada en alcohol para esterilizar- el material que sufre deterioro por ebullición. Encontramos que - pueden sujetarse por este medio el instrumental de corte, tubos- de catgut.

Esta sumersión para que tenga todo su efecto ha de ser durante- 10 horas.

C).- Sumersión en sublimado corrosivo, como el oxicianuro de mercu- rio; y su duración es de 6 a 8 horas. Se pueden esterilizar son- das y cateteres.

b).- Vapores antisépticos:

Se caracterizan por ser una estufa de marmolina y por tener la - forma de armario que contiene varias bandejas superpuestas - - sobre las que se coloca el material que ha de esterilizarse.

Así encontramos sondas de cateterismo.

En su parte inferior se colocan las pastillas de formalina las -- cuales desprenden vapor de formal-dheidos.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Considerese que una imagen vale mas que mil palabras.

Cuando un paciente ha sufrido un traumatismo y se presenta en el consultorio (Clínica u Hospital) se han de seguir dos caminos:

a.- Tomar personalmente la radiografía.

b.- Enviar al radiologo y esperar su informe.

Cuando se toma personalmente la radiografía puede disminuir - el valor de ésta, como método de diagnóstico y por equipo insuficiente además, ya que las soluciones pueden estar en mal estado de conservación y claro esta da placas defectuosas.

Puede existir también el exceso de contraste (en los que algunas veces las áreas óseas aparecen de color gris, duplicando la dificultad para localizar la parte afectada. Es importante asegurar las marcas derecha e izquierda colocándolas en partes visibles de la placa. Tomar- por lo menos dos placas y si se sospecha fractura dentro de una articulación han de tomarse placas adicionales en diferente angulación.

II.- Mas cuando se le envía al radiologo puede obtenerse un -- mal servicio, a menos que:

Especifique por que envía a su paciente y cual es la parte lesionada (Traumatismo proximal, etc).

Solo así se evitan posibles confusiones.

Es de vital importancia examinar primero al paciente y después ordenar placas de segmentos específicos.

Esta práctica reduce la posibilidad de un descuido y puede evitar la necesidad de enviar al paciente nuevamente para otra radiografía.

En las radiografías motivadas por traumatismo, regularmente no es necesario tomar placas de la extremidad puesta para su comparación. Sin embargo, en niños, una placa comparativa es valiosa si ha ocurrido un traumatismo, si no se esta familiarizado con el desarrollo normal de los huesos de los niños en varias etapas.

Para esto tomese solamente desde el ángulo que coincida con el de la principal y hagase la exposición en un tiempo mínimo.

Aquí hacemos un buen paréntesis para hacer hincapié en que es necesario emplear toda clase de precauciones para proteger tanto al paciente como al operador de las radiaciones que, esta comprobado, siempre traen secuelas.

Cito a este respecto dos casos que desgraciadamente terminaron con la muerte de las dos personas, una en un término de 24 días la otra en menos de 10. (Los Alamos en E.U.A).

En un caso, se activó a tal punto una obturación dental, que la parte de la lengua adyacente a la misma, manifestó úlcera radioactiva a los pocos días.

Por los estudios que se han hecho la radiación afecta las distintas células del organismo, probablemente por inactivar las enzimas catalizadoras. Sin embargo, según Spoerl, "No podemos sino teorizar acerca a los posibles mecanismos. Un mecanismo químico indirecto- explicaría los varios efectos de la irradiación: Mutación, interferencia de la división celular, inhibición de desarrollo y muerte de la célula; pero es tan complejo lo que acontece en una célula, que resulta difícil investigarlo y el progreso ha sido lento en la esfera de los efectos de las radiaciones".

Una de las observaciones más interesantes, se refieren a la radioactividad provocada en los tejidos por los neutrones que penetran en el cuerpo y reaccionan con sus elementos.

Las muestras de sangre reciben gran actividad de estos elementos.

SALA DE OPERACIONES

El área que va a servir como recinto para las intervenciones quirúrgicas ha de tener ciertas características, las cuales son indispensables para llevar a cabo un tratamiento quirúrgico, pues de lo contrario, esto conduciría a problemas, tanto en el momento operatorio como a los que tendría que enfrentarse el paciente en tratamiento post-operatorio.

Es por ello que haremos hincapié en lo que es importante para la Sala de Operación ya que va de pormedio, no solamente la seguridad de la actuación del Cirujano, sino la propia vida del paciente.

Así tenemos que la Sala de Operaciones debe ser suficientemente espaciosa (movilidad del personal).

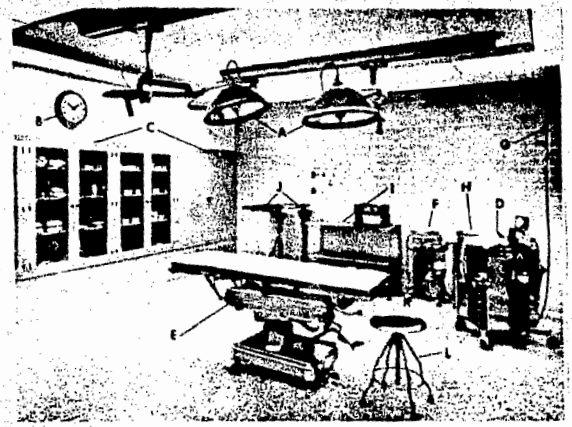
Tener departamentos anexos:

1) De anestesia, (El paciente debe entrar al quirófano ya anestesiado).

2) De esterilización. (Aparatos y material han de ser esterilizados y éstos han de darse por una ventana que pone en comunicación con el quirófano).

3)Lavabos. (los que sirven para la esterilización de las manos del personal que intervendrá en el momento quirúrgico).

Estos se caracterizan por un grifo en forma de palanca, con agua esteril, además existirá un cepillo y jabón estéril, al igual que un aparato mecánico con depósito de alcohol, el cual completará la esterilización de manos y antebrazos.


A
B
C
D
E
F
G
H
I
J



QUIROFANO

En él han de existir:

1) Megatoscopio (Radiografías).

2) Aspirador

3) Bisturí eléctrico (permite la electrocoagulación o la sección con perfecta hemostasis).

4) Aparato portatil de RX. (Arteriografía etc).

A de existir además otro quirófano para operaciones sépticas con -- instrumental, evitando así la contaminación.

Ha de existir una sala de paso, caracterizada por tener:

a) Un gancho en el techo (para suspender al paciente)

b) Un gancho en la pared (cuando es necesario efectuar la tracción)

c) Camilla de ruedas para fijarlo al suelo.

ILUMINACION

El acto quirúrgico se realiza generalmente con luz artificial, - sin embargo ha de tenerse presente que el quirófano tenga proyección de luz natural.

Más cuando se hace uso de la luz mixta ha de procurarse que- el foco artificial proporcione un máximo de luz, pero ha de evitarse- que ésta no produzca calor ni tampoco provoque deslumbramiento ni produzca sombras.

En ciertos casos quirúrgicos se hace uso de un foco frontal, - lo cual sucede en cavidades y entre estas tenemos las valvas lumino-

sas.

Entre las lámparas que no proyectan sombras se encuentran -- las escialíticas.

Para casos en que hubiera falta de luz por alguna interrupción debe contarse con una lámpara de pilas.

VENTILACION

Otro factor muy importante y promordial en el quirófano es la - ventilación ya que ésta ha de ser lo mejor posible, evitando-se sobre todo las corrientes de aire que como consecuencia traerían no solo -- problemas para el personal operante sino para el paciente mismo, que no solamente sufra las consecuencias del momento, sino los problemas postoperatorios de una infección que pondrán en peligro su vida, pues las heridas estarán expuestas a innumerables bacterias y de ello dependerá según la zona ambiental en donde se encontrará ubicado el -- centro hospitalario.

En la actualidad casi por lo general los quirófanos están equipados con aparatos de ventilación artificial los cuales proporcionan una temperatura ambiental entre 22 a 25°C.

Estos aparatos están provistos de ciertos aditamentos accesorios los cuales saturan el aire con soluciones de penicilina evitando-así que éste (el aire) se introduzca al quirófano llevando bacterias activas.

Otro medio que se emplea para aseptizar la sala quirúrgica es el hacer uso de radiaciones ultravioletas, mediante tubos que se instalan alrededor de la lámpara del quirófano. Pero esto es en cierta forma peligroso para el Cirujano ya que, si no tiene el suficiente cuidado redundará en alteraciones visuales, por lo tanto ha de hacer empleo de unos - lentes especiales.

MESA DE OPERACIONES.

Para llevar a cabo una intervención quirúrgica existen dentro del mercado una infinidad de tipos de mesas quirúrgicas.

Pero dentro de la estomatología ha de hacerse uso desde el sillón -- hasta el empleo de mesas quirúrgicas complicadas en su mecanismo, -- pero que redundan en una mejor comodidad para los operantes y para el - paciente.

En general estas mesas cuentan con:

a) Base de apollo (para deslizarla sobre ruedas y que se fije - en el suelo).

b) Plataforma de la mesa (Recubierta de esponja de caucho (donde el paciente descanza.

c) Palancas, (las cuales permiten subir y bajar la plataforma -- siendo ocasionadas por un pedal).

d) Manivela (movimientos de lateralidad).

Si observamos la plataforma vemos que, está constituida de cuatro-

láminas, cuyos movimientos son inde-pendientes, a saber.

1) Cabecera (para apoyo de la cabeza del enfermo) se puede desarticular del resto de la mesa para ser substituido de un cabezal cóncavo en donde el occipusio queda enclavado -- para operaciones craneales.

2) Delantal torácico (para apoyo del tórax) en su extremo -- cefálico pueden anexarse dos arcos metálicos (hombreras) impidiendo así que resbale el paciente encontrándose en - posición de Tren de Lemburg. Esta parte de la mesa es movida por una palanca de arriba abajo, además entre la cabecera y el delantal torácico puede fijarse un arco metálico (de Kocher) permitiendo separar la cabeza cuando se llevan acabo intervenciones por debajo de éste. Claro está colocando una toalla estéril sobre la cabeza.

3) Parte media: Esta sección es para apoyo de la parte baja - del abdomen y pelvis del paciente. Posee un mecanismo-- sobre el cual puede vascular descendiendo su extremo torácico.

Se observa en ésta misma sección dos soportes con abrazaderas de lona o cuero para fijar las muñecas del paciente.

Delante de piernas(estos son para apoyo de las extremidades inferiores y se constituyen por una o dos láminas metálicas. Estos pueden descender hasta la vertical y si son dos, cada uno de ellos tienen movimientos independientes.

INSTRUMENTOS

La actividad quirúrgica se distingue sobre manera porque hace - uso de aparatos e instrumentos.

Sobre todo hoy en nuestros tiempos la gama existente, hace que la Cirugía se realice en un medio confortable, ayudando así alcanzar -- el mayor éxito que en tiempos pasados no se logró

Aquí hemos de describir algunos de ellos sobre todo los más usuales, pues es imposible describir cada uno de los ya existentes, ya que se ha de tener presente que para cada acto quirúrgico; así como existen especialidades distintas, así también existen instrumentos propios- del momento quirúrgico.

1) Bisturí

2) Pinzas de disección a) De ratón

b) De bocados lisos

3) Sondas acanaladas.

4) Estilete

5) Pinzas hemostáticas: De Kocher a) Rectas
b) Curvas

6) Pinzas de Pean

7) Pinzas de Chaput o de Babcok

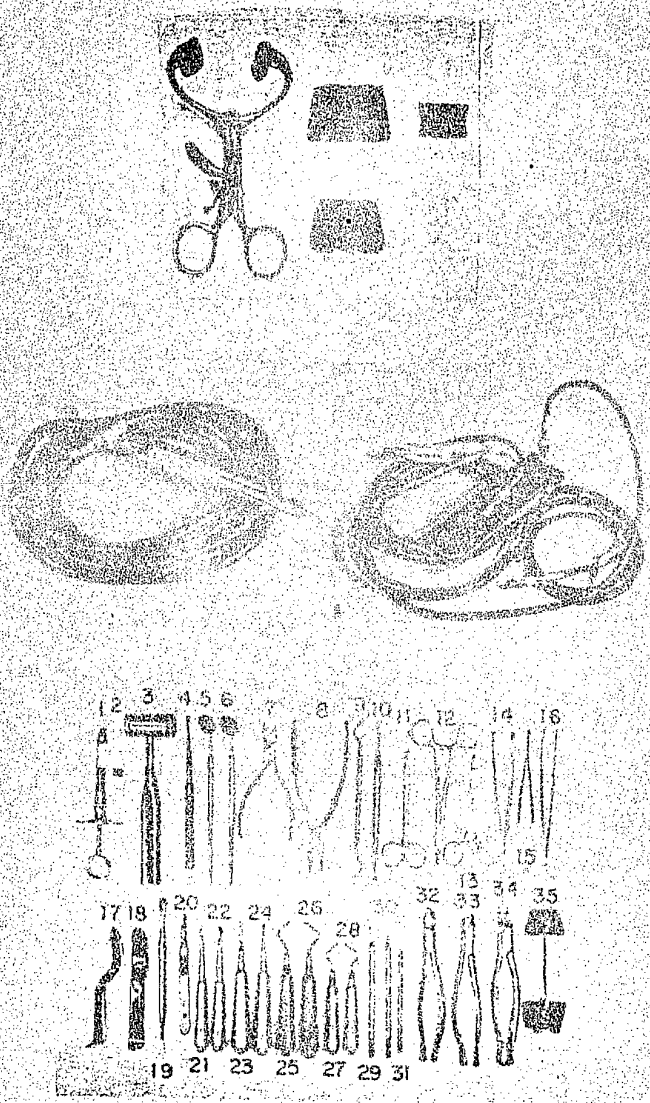
8) Separadores: a) Garfios.

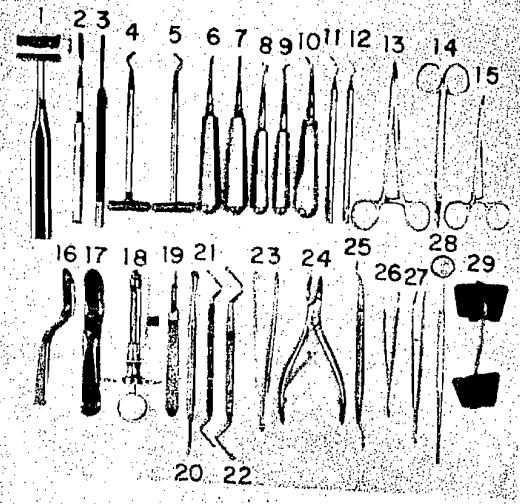
b) Farabeuf

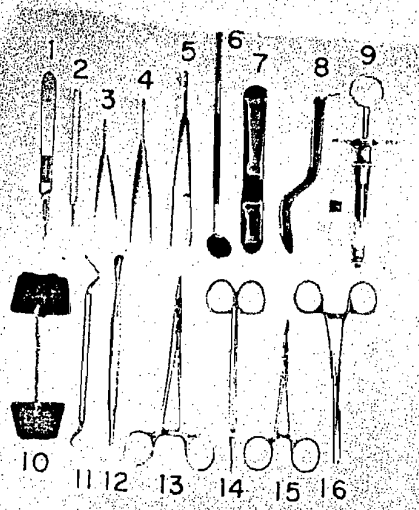
c) Roux

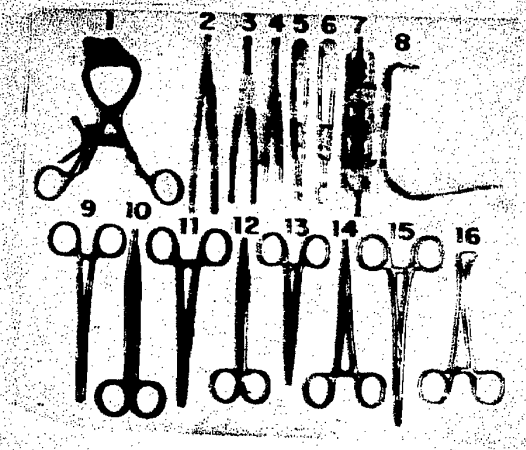
d) Ollier

e) Autoestáticos de Gosset.

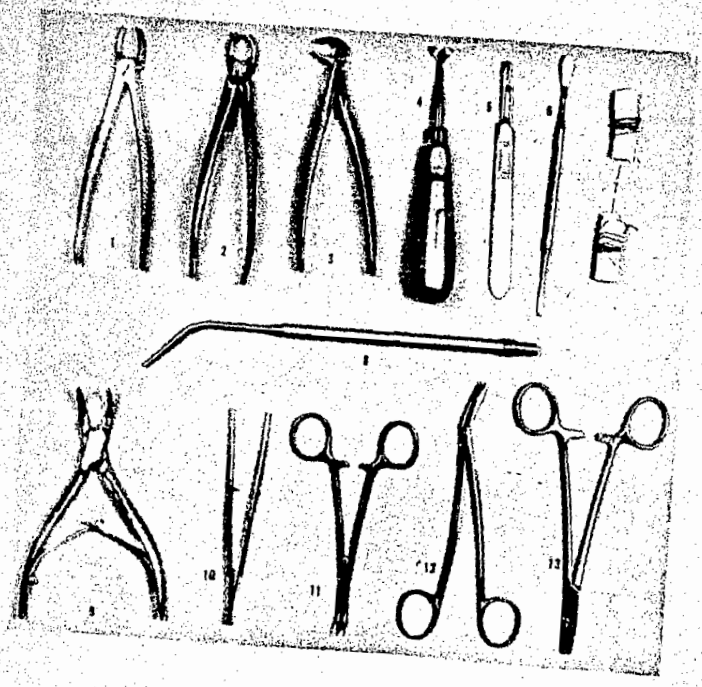

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 14 16
15
17 18 20 22 24 26 28 30 32 33 34 35
19 21 23 25 27 29 31


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
16 17 18 19 21 23 24 25 26 27 28 29
20 22


1 2 3 4 5 6 7 8 9
10 11 12 13 14 15 16


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

dycal


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

9) Valvas a) Rígidas
b) Maleables

10) Pinceta de tallas

11) Pinzas de Dogen (Compresiones)

12) Agujas de sutura

13) Porta-agujas

14) Tallas (paños de medio metro cuadrado para cubrir el enfermo y las mesas de instrumental)

15) Sábanas estériles que sustituyen a las toallas, pero se caracterizan por tener una hendidura central que coincide con la zona operatoria.

16) Campos (Paños de 30 cm. para aplicarse una vez que se ha hecho la incisión sobre los bordes de la herida con las pinzas de Dogen para aislar la piel)

17) Gasas (Su existencia es de diferente tamaño y forma).

18) Cubos en donde se han de depositar las gasas sucias estando colocadas, uno del lado del cirujano y otro del ayudante.

19) Bombonas (Cajas metálicas cilíndricas cuyo objeto es conservar la ropa estéril. Existen de distinto tamaño).

20) Mesitas auxiliares (metálicas con ruedas, lo cual permite el que se traslade con un dispositivo y así colocarlas a distinta altura, siendo útiles para el instrumental quirúrgico.

PERSONAL ACTIVO

Cuando vamos a realizar una intervención quirúrgica el personal que ha de intervenir varía en número:

Así encontramos que según lo amerite el caso y costumbres del personal a cargo del centro hospitalario, será el número interventor.

En nuestro días realmente es de suma importancia que el equipo se constituya en cierta forma rutinaria, es decir que sean los mismos que ya capacitados, tanto en sus técnicas como en su compañerismo dará la mayor eficacia de la intervención.

Por lo tanto para no conducir a un fracaso la intervención quirúrgica, el personal a de ser selecto según la especialidad.

Para que se compenetre de sus actos mismos.

Sin embargo vemos que en toda intervención son necesarios:

1) El Cirujano que ha de realizar el acto quirúrgico.

2) Un ayudante de mano (Primer ayudante) que se colocará frente al Cirujano.

3) Instrumentista (colocado a la derecha del Cirujano para dar y recibir los instrumentos y colocarlos en la mesa del instrumental).

4) Por algunas circunstancias es necesaria la actuación de un segundo ayudante que con una valva facilita la visibilidad del campo operatorio.



5) Anestesista (si se emplea anestesia general)

6) Enfermera ayudante que pueda solucionar problemas imprevistos como requerir un nuevo instrumento, etc....

PREPARACION DEL CIRUJANO.

En este capítulo vamos a tratar el papel que tiene el Cirujano ante un quirófano.

No es el acto que va a realizar sino la responsabilidad que tiene- desde sus más insignificantes actos hasta la cumbre máxima, cual es - el haber llevado a un feliz término la acción quirúrgica.

El cirujano debe estar suficientemente capacitado desde su formación psíquica, intelectual, moral y social ante la cabecera del enfermo de otra forma no debe de jugar la vida del paciente, ni colocarlo a éste como un peldaño en sus intereses materiales.

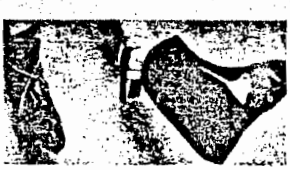
Ha de realizar por lo tanto desde el momento mismo en que se -- despoja de su ropa civil para colocarse la indumentaria que ha de llevar hasta los umbrales del quirófano, actos plenos de conciencia en escrupulosa actuación.

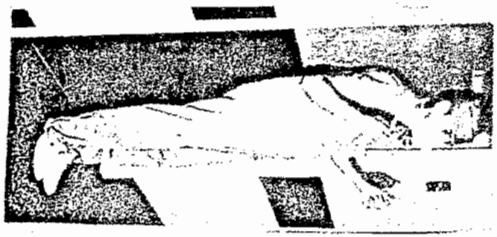
Si analizamos que al introducirse a la sala de operaciones sus - actos son muy sencillos como son: la asepsia de sus manos, constituyendo el segundo paso que lo acerca al quirófano.

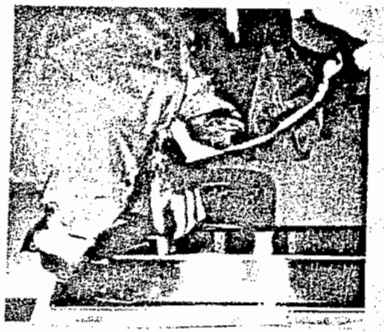
Esta la realiza empleando jabón y cepillo no muy duro comprendiendo las manos, antebrazo y codo.

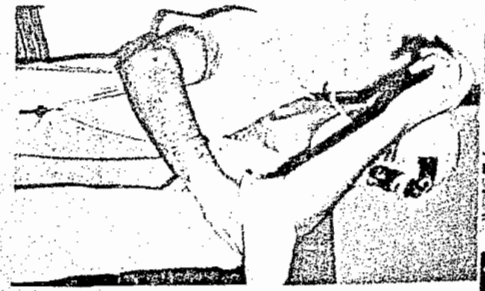


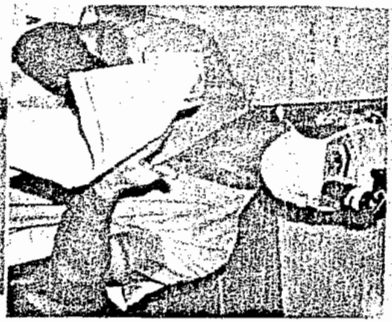








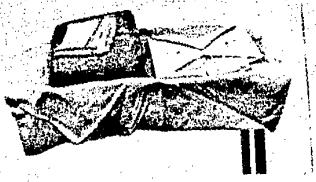


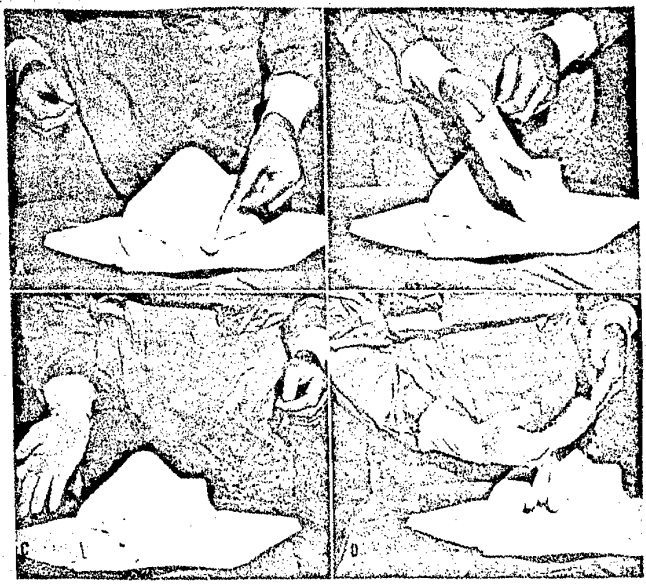






A
B
C
D





El cepillado se debe realizar de un modo sistemático y adecuado de modo que sea en un orden.

a) Dedos (cuidado con las uñas)

b) Manos

c) Antebrazo

d) Codo.

Esta técnica ha de realizarla manteniendo el codo flexionado ya que así evitará que el agua de codos regrese a las manos contaminándolas nuevamente.

Esta operación ha de realizarla con un mínimo de tiempo de 10 - minutos obteniendo así una esterilización por desgaste mecánico.

Una vez que ha efectuado el acto de lavado ha de sumergir sus- manos y antebrazo a un proceso de desinfección con alcohol, para --- luego impregnar estas mismas zonas con solución de oxicianuro de -- mercurio.

Una vez hecho esto se encontrará en condiciones de vestir la - bata esterilizada y calzar los guantes.

PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO.

Antes de cualquier intervención quirúrgica el campo operatorio, deberá estar libre de toda infección.

Así también, si tiene pelo, ha de rasurarse, seguido de una limpieza con agua y jabón para eliminar gérmenes transitorios cutáneos - (staphylococus aureus, escherichia Coli, Proteus Vulgaris y seudomonas Aurijinosa y los organismos residentes Staphylococus Albus y Citreus) - que volverán en breve, así que de todos modos será necesaria una preparación de la piel en el momento de la operación, cubriendo después esta superficie con gasa estéril.

Una vez colocado el paciente han de retirarse las gasas, para - iniciar la aseptización del campo operatorio.

Puede usarse la pincelación con tintura de yodo, mercurio cromo, o solución de cloruro de benzalconio sobre la zona a intervenir.

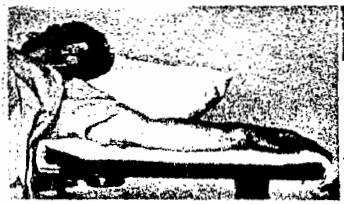
En cuanto a la posición, esta varía según sea la intervención -- quirúrgica en la cual hay que evitar posiciones forzadas y violentas - que traen consigo secuelas.

Se fijarán las muñecas evitando la compresión del brazo sobre el borde agudo de la mesa que podría dar lugar a una parálisis radial.

En ciertas ocasiones, las posiciones varían y para esto la mesa ha de permitir proceder con rapidez y comodidad desde la cabecera - del paciente por el anestesista, sin moverse de su lugar, sin interferir en el campo operatorio y sin alterar el curso de la operación.

La cirugía estomatológica hace uso de las siguientes posiciones

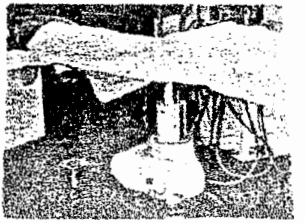


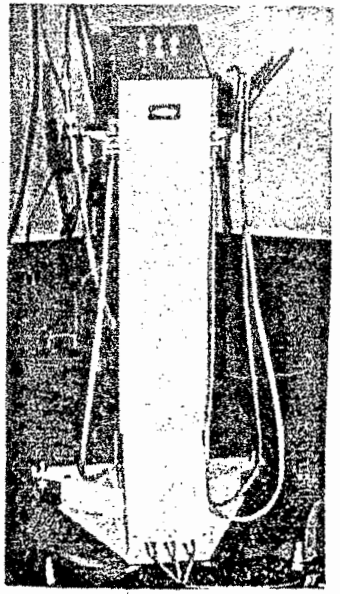


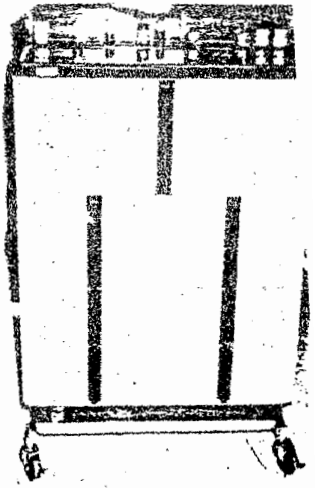













A
B


1
2
A


1
2
B


1
2
C

1.- De cúbito supino (el dorso hacia abajo)

2.- Proclive (el cabezal más elevado, oblicuamente con inclinación ligera).

3.- Tren de Lemburg (Plano inclinado con la cabeza baja)

ESTUDIO ANATOMICO

Desde el punto de vista quirúrgico, la cara comienza en el cráneo los planos de recubrimiento siguen en continuidad; la vascularización y la inervación tienen el mismo origen.

Las afecciones que ahí se encuentran, que pueden ser congéni-- tas o adquiridas y las lesiones traumáticas se extienden frecuentemente de la una al otro, haciendo difícil toda delimitación muy absoluta.

Sin embargo un repaso anatómico resulta indispensable, pero lo delimitaremos en aquellas nociones que nos son útiles para la comprensión de las técnicas utilizadas en Cirugía.

ANATOMIA TOPOGRAFICA Y RAGIONAL.

Desde el punto de vista quirúrgico se divide en:

a).- Zona superior o frontal:

desde el límite anterior del cuero cabelludo hasta la línea en que se reunen atras el Trichion o Tragion, la sutura fronto--- malar y la sutura fronto-nasal (Nasion de ambos lados).

Interesa desde el punto de vista de las fosas nasales los senos frontales y las orbitas pero en especial es del dominio neuroquirúrgico.

b).- Zona media o maxilar

Límite inferior de la zona superior y hacia bajo por la línea que pasa por el plano de la oclusión de la arcada dentaria prolongándose hasta el borde posterior de la rama montante de la mandíbula.

c).- Zona inferior o mandibular.

Del plano oclusal al plano que pasa por el cuerpo del hioides el cual separa la región cervical.

Su límite posterior de esta zona está constituido por el plano frontal Bitagro.

Esta zona inferior esta cerrada sobre el arco mandibular y puede dividirse en dos sectores:

a) Mandibular

b) Suprahioideo

Estos puntos son indisociables vistos patológicamente y quirúrgicamente.

Las regiones clásicas las observamos de la siguiente manera:

1) Regiones impares y medianas.

a) Frontal

b) Nasal

c) Labial (Superior e inferior)

d) Mentoniana

2) Regiones laterales, pares y simétricas:

1) Temporomalar

2) Orbitaria

3) Geniana

4) Maseterina

Debajo de mandíbula se observa la región submaxilar o suprahioidea con su sector anterior submental y sus partes laterales o sector submaxilar entre el borde posterior del maxilar y el frontal vitagro está el paquete vascular yugulo-carotídea.

Estas regiones tienen el interés nosológico para situar una lesión. Pero en la práctica la cara constituye una unidad por lo que siempre hade encaminarse a la especialidad maxilo-facial.

HUESOS DE LA CARA.

Se dividen en dos porciones que son:

1.- MAXILAR (Superior) o macizo facial, constituidos de 13 huesos.

2.- MANDIBULA (inferior) Hueso único.

1.- En el macizo facial tenemos:

1.- Huesos maxilares superiores.

2.- Huesos Malares

3.- Huesos propios de la nariz

4.- Huesos Ungüis

5.- Huesos cornetes inferiores

6.- Huesos Palatinos

Todos estos son pares y solo un impar que es el

7.- Vomer

2.- La mandíbula es móvil y está en relación con la base del cráneo.

HUESO MAXILAR SUPERIOR

Forma: Pirámide triangular, pero tendida.

A) Base: Interna, vertical, nasal. Dividida en dos partes por la apófisis palatina.

Apófisis palatina:

Forma: Triangular plana (con homologa se articula)

Cara inferior: Forma la bóveda palatina; esta perforada y en su-borde externo, da lugar a los vasos palatinos superiores y al - nervio palatino anterior.

En su parte anterior está excavada la foseta incisiva y da acceso al conducto palatino anterior o incisivo.

(Nervio esfenopalatino).

Atrás se complementa con la lámina horizontal del hueso palatino en donde se encuentra el conducto palatino posterior.

La parte bucal, tiene por fuera la cara interna del reborde alveolar (alveolo dentario).

En la pared vestibular es delgada.

La pared palatina es gruesa.

Cara Superior: Forma el piso nasal.

Esta perforada por el hiatus maxilar que da acceso a la cavidad sinusal.

Delante se encuentra el conducto lacrimonasal.

La rama montante prolonga arriba la parte anterior de la base de la pirámide.

Su cara externa dividida por la cresta lacrimal anterior forma -- la pared externa de las fosas nasales.

Su cúspide se articula con la escotadura frontal.

Su borde anterior con los huesos propios de la nariz.

C) Cúspide: Es externa y truncada.

Se articula con el hueso malar

d) Cara superior: "Orbitaria".

Forma la mayor parte del piso de la orbita. Le cruza en esta - - cara el agujero infraorbitario por los vasos y nervios del mismo nombre.

E) Cara antero externa: "Geniana".

Se observa:

Agujero suborbitario

Fosa canina

Protuberancia canina

Fosèta Mirtiforme

Foseta canina

Relives dentarios

Es la pared externa del seno.

F) Cara posterior: "Pterigoidea".

Constituye la pared anterior de la fosa pterigo-maxilar.

Inferiormente forma la tuberosidad del maxilar. Aquí se localizan en su parte media los orificios de los conductos dentarios posteriores.

A pesar de su volumen es un hueso liviano, esta ahuecado por el seno maxilar, por lo que en su parte central es delgada la capa ósea.

Seno Maxilar: Varia en:

Edad

Dimensión de la cara

Presencia o ausencia de organos dentarios.

Pared superior: u orbitaria:

Canal suborbitario

Pared anterior: o yugal (convexa).

Agujeto suborbitario.

Fosa canina

Conducto dentario anterior y superior.

Pared posterior:

Fosa Pterigo-Maxilar.

Nervios dentarios posteriores.

Base:

Pared externa nasal (Está la forma)

Orificio del seno.

Cúspide: Articulase el hueso malar.

El maxilar superior está constituido:

Hueso compacto

Hueso laminado

Hueso esponjoso

Este hueso está situado:

Fuera de la fosa nasal

Encima de la cavidad bucal

Debajo de la cavidad orbitaria.

Presenta la espina nasal anterior, como punto de referencia de apoyo preciso en cirugía maxilo-facial.

HUESO MALAR

Forma: Pirámide tendida.

Cara antero-externa inserción al músculo cigomático.

Forma cuadrilátera, convexa.

1) Borde orbitario (Superior) Cóncavo

2) Borde interno (Artículase con el maxilar)

3) Borde postero-externo o frontal:

a) Arriba se articula con el frontal

B) Abajo se articula con la apófisis cigomática del temporal.

4) Borde inferior da inserción masetero

Cara postero-interna: (Parte de la fosa temporal y cigomática).

a) Superficie articular maxilo-malar larga y triangular

b) Superficie orbitaria cóncava lisa (Pared externa de la orbita).

c) Superficie temporal; cóncava, forma la parte anteroexterna de la fosa temporal.

ANGULO SUPERIOR.

1) Proceso fronto-esfenoidal u orbitario (Articula con la apofisis orbitaria del frontal o a la mayor del esfenoides).

ANGULO POSTERIOR: Forma la arcada cigomática constituída por hueso compacto y esponjoso.

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ.

Son dos tienen forma cuadrangular.

Su cara anterior es cóncava transversalmente, su parte superior (orificio vascular e inserción al músculo piramidal).

Cara posterior: Forma parte de la bóveda nasal, presenta un surco para vasos y nervios (Surco etmoidal para el nervio naso alveolar).

Borde Superior: (Con el frontal)

Borde Inferior: (Cartilago de la nariz)

Borde anterior: (Articulase con el homologo)

Borde externo: (Posterior (Apófisis del maxilar superior)

Estructura Hueso compacto.

UNGUIS O HUESO LAGRIMAL

Tiene forma cuadrilátera.

Se encuentra:

a) Frontal.

b) Etmoides.

c) Maxilar superior.

Cara externa: 1) Cresta lagrimal posterior (Hamulus lacrimales o gancho)

2) Canal lacrimonasal.

Cara Interna: Completa las celdillas del etmoido-ungueales.

Pared de las fosas nasales.

Borde superior:

a) Borde superior con el frontal

Borde inferior:

Conducto nasal.

Borde anterior:

Rama ascedente del maxilar.

Borde posterior:

Lámina papirásea del etmoides.

Estructura: Tejido compacto.

HUESOS PALATINOS

Se encuentran por detrás de los maxilares superiores.

Están formados por una lámina horizontal y una vertical.

a) Parte Horizontal (Forma cuadrilátera).

b) Cara superior (piso nasal)

c) Cara inferior (bóveda palatina)

d) Borde anterior (apófisis palatina del maxilar).

e) Borde posterior (áponeurosis del velo del paladar.

f) Borde externo (unese a la vertical)

g) Borde interno (con el homólogo y el vómer)

Parte vertical (cuadrilátera)

a) Cara interna

1) Cresta turbinal superior

2) Cresta turbinal inferior

3) Meato medio e inferior

b) Cara externa

1) Conducto palatino posterior

2) Fosa pterigo-maxilar

Borde anterior.

a) Orificio del seno maxilar.

Borde posterior (apofisis pterigoides)

Borde inferior.

Apófisis piramidal del palatino (1) Conductos palatinos accesorios (Fosa pterigoidea)

Borde superior.

1) Escotadura palatina.

2) Apófisis orbitaria

3) Apófisis esfenoidal

4) Agujero esfenopalatino

Estructura:

Tejido compacto y esponjoso

CORNETE INFERIOR

Forma romboidal (láminas)

Cara interna:

Vuelta hacia el tabique de las fosas nasales es convexa.

Cara externa: Cóncava (Pared interna meato inferior)

Borde Superior:

Apófisis lacrimal o nasal

Apófisis maxilar o auricular

Apófisis etmoidal.

Borde Inferior:

Grueso y convexo.

Extremidad anterior con el maxilar y etmoides.

Posteriormente con el palatino

Estructura: Tejido compacto.

V O M E R .

Forma cuadrangular (Tabique de las fosas nasales)

Caras:

Planas y verticales.

Convexas o cóncavas.

Aloja al nervio esfenopalatino interno.

Borde Superior:

Con el esfenoides

Forma el conducto esfeno-vomeriano (Arteriola del cuerpo del esfenoides)

Borde Inferior:

Ramas horizontales de los palatinos.

Apófisis palatina maxilar.

Borde anterior:

Con el etmoides.

Cartílago del tabique

Borde Posterior:

Forma el borde interno de la coanas.

Estructura Tejido compacto.

MANDIBULA

Constituye el tercio inferior de la cara.

Impar y Simétrico.

Esta formado de:

a) Cuerpo (Soporta la arcada dentaria inferior).

b) Dos ramas montantes. (Constituye dos ángulos mandibulares).

Cuerpo:

Forma de herradura.

Borde superior. (Borde alveolar donde se implantan los dientes).

Borde inferior. (Grueso y redondeado)o basilar

CARA ANTERIOR.

En la línea media presenta una cresta vertical externa o cutánea (Sinfisis mentoniana y termina en la cresta de la protuberancia triangular o eminencia mentoniana).

De las extremidades inferiores de la eminencia mentoniana se encuentra la línea oblícua externa dirigiéndose hacia arriba y atrás.

Confundiéndose con el borde anterior de la rama.

Considerase esta cresta como una línea de refuerzo del hueso, sirve de cordón y de tirante que impide la abertura del ángulo mandibular.

NOTA:

Este relive no constituye una cresta de inserción muscular, salvo en su parte anterior horizontal, contrariamente a la opinión de ciertos autores, las disecciones, los cortes y las radiografías lo demuestran indiscutiblemente.

A media distancia de los dos bordes de hueso normal entre los premolares se encuentra el agujeto mentoniano.

El diámetro de este orificio está orientado hacia atrás y arriba y de paso el paquete vasculo-nervioso mentoniano.

Por la edad este orificio se acerca al borde superior, debido a la desaparición progresiva del reborde alveolar.

CARA POSTERIOR.

Está ligeramente inclinada hacia abajo en su mitad inferior se encuentra:

La apofisis geni. (A veces están fucionadas).

De la apófisis Ge·ni superiores parte la línea Milohidea que se dirige hacia arriba y atrás confundiéndose con el borde anterior de la rama.

Esta línea si es de inserción muscular y divide esta cara en dos campos:

a).- Campo bucal anterior de forma triángular para la foseta sublingual (Glándula sublingual).

b).- Campo inferior cervical y triangular para la foseta submaxilar, (Glándula submaxilar).

En su parte anterior de esta línea está una foseta ovalada que da inserción al vientre anterior del digástrico.

Por debajo de esta línea en su parte posterior se encuentra un surco para el paquete vasculonervioso milohioideo.

RAMAS MONTANTES

Son dos derecha e izquierda.

Dirigidos hacía atrás.

Aplanadas transversalmente.

CARA EXTERNA.

En su tercio inferior existen crestas rugosas para la inserción del masetero.

Cara Interna.

En su tercio interior hay crestas rugosas para la inserción del pterigoideo interno

En su centro:

Conducto del dentario inferior. (Paquete vasculo-nervioso).

Hacía delante la eminencia triángular o espina de Spix. (Ligamento esfenomaxilar).

BORDE ANTERIOR.

Delgado y cortante.

Forma de S italica.

Se continúa con la línea oblicua externa.

Forma la orilla externa del triángulo retromolar.

NOTA:

Para Hovelacque:.

"Este borde anterior no es más que la orilla externa del - borde anterior estando su orilla interna constituida por una cresta que, partiendo de las cúspides de la apófisis coronoides, desciende por dentro de la precedente para terminar en el reborde interno- de la cresta alveolar".

Así se encuentra dilimitado el trigono retromolar sobre el- borde externo en el cual se sitúa la cresta bucinatris. En casi -- toda su altura este borde anterior da inserción al fasciculo infe-- rior del músculo temporal.

BORDE POSTERIOR.

Es grueso y romo.

Tiene forma de S itálica.

Envainado por la glándula parótida.

BORDE INFERIOR

Prolonga hacia atrás el borde basilar del cuerpo, - separado por una depresión delante de la inserción del masetero (vasos faciales).

Este borde juntamente con el posterior, constituye el ángulo gonión (Frecuentemente este ángulo se desvia hacia afuera por la acción del músculo masetero)

Borde superior.

Presenta:

a) Apófisis Coronoides.

Forma triángular.

CARA INTERNA Y EXTERNA.

Cresta temporal

El músculo temporal envaina esta apófisis.

b) Apófisis cóndilea

a) Forma triángular.

b) Cuello del cóndilo excavado por una fosita adelante y atrás que da inserción al pterigoideo externo.

c) Cóndilo

d) Forma oblonga

e) Eje oblicuo de fuera hacia adentro, de adelante atrás.

NOTA:

Esta puesto falsamente sobre la rama montante. Este hecho es importante desde el punto de vista traumatológico.

REBORDE ALVEOLAR.

Los molares se hallan falsamente por dentro de la - cara interna del hueso, en forma de corniza sobre pasando la parte posterior del piso de la boca.

NOTA:

En los dientes monoradiculares del uno al cinco la tabla - externa es delgada.

En cambio la interna es espesa.

A nivel de los molares la tabla externa es más espesa, -- mientras que la interna se adelgasa.

NOTA:

Por lo tanto en la técnica quirúrgica (la exodóntica) los --- dientes anteriores han de ser luxados hacia afuera (Flexibilidad de la tabla externa)

Por el contrario los molares han de ser luxados hacia aden- tro sobre todo cuando se hace uso del elevador.

CONDUCTO DEL DENTARIO INFERIOR

El maxilar inferior es excavado desde la espina de Spix ---

hasta la región premolar o agujero mentoniano.

A través de este pasaje en el tejido esponjoso del hueso -- existe a nivel de cada alveolo un conducto, que aporta el pedículo vasculo-nervioso de cada raíz dentaria.

Delante del agujero mentoniano este paquete vaculonervioso pasa a través de las células del tejido esponjoso.

En razón del interés quirúrgico que presenta el paquete vasculonervioso dentario inferior ha de precisarse su dirección y situación del conducto dentario por medio de un minucioso estudio Roentgenográfico el cual nos situará en el lugar preciso de dicho conducto, así como el espesor existente entre conducto y cara - interna y externa de mandíbula, borde alveolar o radicular, así como el mismo borde basilar.

A R T I C U L A C I O N

TEMPORO MANDIBULAR.

Esta articulación relaciona al cráneo con el esqueleto del plano inferior de la cara y pone en contacto a cada lado, el - cóndilo mandibular y el cóndilo temporal por intermedio de una formación fibrocartilaginosa, el menisco.

Desde el punto de vista fisiológico está completada en el momento de la oclusión de las arcadas dentarias, por la articulación dentaria, para constituir la "Articulación temporo-mandibular dentaria de Robin".

Superficies articulares:

Temporal: Cóndilo o raiz transversa del cigoma revestido de un delgado cartilago continuándose con la cavidad glenoidea.

Comprende dos partes pre y retroglaseriana siendo la anterior intracapsular que para unos no es articular.

La posterior no articular se confunde con la pared anterior- del conducto auditivo externo oseo.

Esto explica ciertos hundimientos de ese conducto debido a la apófisis cóndilea, en el curso de ciertos traumatismos.

En la mandíbula está el cóndilo soportado por el cuello siendo articular por la vertiente anterior de su cara superior y está -- revestido por fibrocartilago.

Entre estos se encuentra el menisco que es alargado transversalmente ovalado de gruesa extremidad interna presentando una - cara superior que corresponde al cóndilo del temporal y a la porción preglaseriana de la cavidad glenoidea.

Cara inferior correspondiente al cóndilo de la mandíbula.

Su fijación está en relación a la cápsula en sus dos extremos.

La mandíbula y el temporal se unen por una cápsula que refuerza los ligamentos.

Es delgada y floja.

Forma de cono.

Se inserta en la superficie articular del temporal.

Cóndilo del temporal.

Tubérculo cigomático anterior.

Raíz longitudinal del cigoma.

Escotadura de Glasser

Base de la espina del esfenoides.

En mandíbula se inserta:

en contorno a la superficie articular de la mandíbula.

Constituida por fibras superficiales (Temporo-mandibular, fibras profundas cortas, constituyendo fibras meniscales. (Menisco temporal y mandibular).

Ligamentos.

Lateral externo.

Grueso y triangular.

Sibeleau individualizó dos fasciculos uno posterior o cuerda cigomatomandibular.

Ligamento lateral interno.

Delgado y poco resistente denominasele esfenomandibular.

Ligamentos accesorios o a distancia

Estos están al lado de los ligamentos intrínsecos.

Roubiere E. Olivier: Citan que no tienen ninguna acción articular.

Ligamento esfenomaxilar.

Espina del esfenoides

Espina de Spix.

Cara interna de la rama.

Roubiere y E. Olivier.-Manifiestan que es espesamiento aponeurótico.

Ligamento estilomaxilar

Apófisis estiloides del Temporal.

Angulo de la mandíbula.

Bandeleta de la inserción del esternocleidomastoideo.

Ligamento Pterigomandibular.

Apofisis pterigoides.

Reborde alveolar de la mandíbula.

Por detras del tercer molar.

Dentro de la traumatología en la oclusión dentaria normal los dientes estan estrechamente en contacto, el cóndilo esta en reposo y se apoya apenas sobre el temporal, si un impacto se produce sobre los dientes o al cuerpo del maxilar los que lo soportan.

Por lo cual se dice que al lado de las dos articulaciones temporo-mandibular, la tercera, la articulación dentaria es solidaria de las otras dos.

PLANOS SUPERFICIALES DE LA CARA.

En este Capítulo observamos:

a).- Piel (Constituida por)

Epidermis.

Dermis.

Glándulas sudoriparas.

Folículos pilo-sebaceos.

Paquete vasculonervioso que aborda piel por la epidermis y van a repartirse por la dermis.

En cuanto al aspecto de la piel se ve la variedad según las partes de cuerpo, individuo, raza y edad - pero ademas debe tenerse en cuenta que la piel no es inerte ya -- que esta supeditada a la acción de los músculos cutáneos movil_ zandola hacia diferentes puntos y así asegurar la expresión y la - mimica del rostro.

Estos músculos se localizan en:

Orificio Bucal.

Orificio nasal.

Orificio Palpebral.

Caracterizándose por una inserción cutánea y en su función son dilatadores y constrictores de los orificios.

Así encontramos los músculos de las cejas y de los párpados:.

a).- Occipito-frontal

b).- Piramidal.

c).- Orbicular de los párpados.

d).- Orbicular de las cejas.

MUSCULOS DE LA NARIZ.

a).- Transverso de la nariz

b).- Dilatador de las narinas.

c).- Mirtiforme.

MUSCULOS DE LOS LABIOS.

a).- Canino.

b).- Buccinador.

c).- Cuadrado del menton

d).- Borla del menton.

e).- Elevador superficial del ala de la nariz.

f).- Elevador superficial del labio superior.

g).- Elevador profundo.

h).- Cigomático menor.

i).- Cigomático mayor.

j).- Rizorio de Santorini(inconstante)

k).- Triangular de los labios.

l).- Constritor de los labios.

m).- Cutáneo del cuello.

REGION MENTONIANA.

Esta la vemos sobresalir debajo del labio y está compuesta por:

1) Tejido celulo-adiposo

Músculos cutáneos que son:

a) Triangular de los labios (Estético)

b) Cuadrado del menton

c) Borla del mentón

En su límite externo de esta región se encuentra el agujero mentoniano.

Arterias:

1) Mentonianas

2) Submental

3) Coronaria labial inferior.

Venas:

1) Mentonianas

2) Submental

3) Coronaria labial inferior.

Estas venas se dirigen a la facial y a la submental:

Nervios:

Motores del Facial.

Sensitivos Plexo cervical

Nervios Mentonianos

REGION GENIANA

Esta región la podemos clasificar como zona de "Transito" por pasar:

1) Arteria Facial

2) Vena Facial

Son flexivas debido a los movimientos de amplificación -- del carrillo.

El tercio anterior del conducto de Stenon atraviesa la región horizontalmente cuya línea se delimita de la base del lóbulo -- de la oreja al ala de la nariz dirigiéndose a la cara externa del buccionador músculo que atraviesa a un centímetro por delante- del masetero y se abre en la mucosa frente al cuello del primer o segundo molar superior.

Nervios:

Aquí encontramos ramas del nervio sub-orbitario.

Nota:

Los espacios libres de esta región están ocupados por la --- prolongación anterior de la bola de Bichat.

L A B I O

La Boca en su parte anterior está constituida por los labios, los cuales uno es superior y otro es inferior "Repliegues musculo membranosos".

Labio superior.

Exteriormente a) Surco subnasal que termina en el tubérculo del labio superior.

Limitado lateralmente por:

a) Dos rodetes.

b) Una superficie plana (para el bigote

Borde adherente limitado por:

a) La Nariz

b) Surco geniolabial

Interiormente limitado por:

a) Surco geniolabial

b) Frenillo del labio.

Borde libre corresponde:

a) Mucosa

b) Piel

Labio Inferior.

Exteriormente:

a) Una fosita.

Limitado por:

a) Surco mentolabial

Interiormente: a) Surco geniolabial.

b) Frenillo del labio

Borde libre: Presenta una escotadura media que corresponde al tubérculo del labio superior.

Estos constituyen el orificio bucal, unidos por sus comisuras,

Aproximados constituyen la comisura labial cuya longitud - es de 47 a 53 milímetros.

Constitución:

a) Piel

b) Capa muscular:

1) Orbicular de los labios.

2) Músculos anexos.

c) Capa submucosa

Tejido conjuntivo

Glándulas labiales

d) Capa mucosa:

Grisásea posteriormente.

Rosada en borde libre.

Arterias: Proceden de:

1) Facial

2) Maxilar interna.

Venas: 1) Facial
2) Submentonianas.

Linfáticos:

Labio superior o Submaxilar.

Labio inferior a 1) Submaxilares

2) Suprahioideas.

Nervios: 1) Motor: facial

2) Sensitivo: trigémino.

MIOLOGIA BUCAL Y REGIONES ADYACENTES.

Estos los dividimos en dos grupos:

a) Músculos cutáneos:

Se caracterizan por estar en íntima conexión con la piel.

Son superficiales, aplanados, delgados y sin aponeurosis.

Se caracterizan por trasmitir las diversas impresiones y estados anímicos del individuo (músculos mímicos) entre estos tenemos:

1) Orbicular de los labios.
2) Elevador común del ala de la nariz
3) Elevador común del labio superior.
4) Elevador propio del labio superior.
5) Músculo canino
6) Cigomático mayor
7) Cigomático menor
8) Buccinador
9) Rizorio de Santorini
10) Triangular de los labios
11) Cuadrado de la barba
12) Borla del mentón

b) Músculos masticadores

1) Músculo temporal
2) Músculo masetero

3) Pterigoideo interno

Estos músculos los podemos clasificar como elevadores de la mandíbula.

4) Músculo petrigoideo externo se clasifica por ser protractores.

Además contamos con cierto número de músculos, cuya función es de que son depresores y son los siguientes:

1) Digástrico

2) Milohioideo

3) Geniohioideo

I N E R V A C I O N

Trigémino V Par Craneal Nace del puente de Varolio en - la base del encéfalo.

Su origen aparente se encuentra entre la protuberancia y el pedúnculo cerebeloso por dos raíces una gruesa o sensitiva- (Ganglio de Gasser) y otra pequeña o motora.

Se anastomosa con el simpático el cual inerva los órganos de la vida vegetativa:

a) Corazón

b) Intestinos

Es vaso dilatador y vaso constrictor.

Sus ramas son:

1) Oftalmico (hendidura esfenoidal)

2) Maxilar superior (Agujero redondo mayor)

a) Alveolares

b) Parpado inferior

c) Sub-orbitario

d) Nariz

e) Labio superior

3) Maxilar inferior (agujero oval)

a) Músculos masticadores.

b) Buccionador

c) Nervios alveolares

d) Lingual

e) Mentoniano

f) Incisivos.

4) Colaterales para la duramadre.

N. Facial:

Consideramos en el:

a) El facial propiamente dicho (interno)

b) El intermediario de Wrisberg (externo)

Se anastomosa con:

1) Auditivo

2) Glosofaríngeo

3) Trigémino

4) Neumogástrico

5) Plexo cervical superficial

Ramas colaterales:

1) Petroso superficial mayor

2) Petroso superficial menor

3) Músculo del estribo

4) Cuerda del tímpano

5) Digástrico

6) Estilohioideo

7) Lingual

Terminales:

a) Temporo-facial

b) Cervicales

N GLOSOFARINGEO IX

Parte superior del surco lateral del bulbo se anastomosa con:

a) Neumogástrico.

b) Facial

c) Gran simpático

Ramas colaterales:

1) Nervio de Jacobson.

2) Estilofaríngeo

3) Estilogloso

4) Carotídeo

5) Faríngeo

6) Tonsilar

Terminales:

Lingual

N HIPOGLOSO XII (Motor)

Surco preolivar del bulbo

Se anastomosa con:

a) El gran Simpático

b) Neumogástrico

c) Lingual

d) Los dos primeros cervicales.

Ramas colaterales:

1) Meningeo

2) Yugular

3) M. Tiroideo

4) M. Hiogloso

5) M. Estilogloso

6) M. Geniohioideo

7) M. Lengua

ANGIOLOGIA BUCAL

Lingual: (de la carótida externa)

a) Sublingual

b) Dorsal de la lengua

c) Ranina como terminal

d) Hioidea

(Lengua, glándula sublingual, amigdala y epiglotis)

Facial:

Nace de la carótida externa. Y presenta las siguientes ramas.

a) Palatina inferior

b) Tonsilar.

c) Múscular

d) Submentoniana

e) Maseterina

f) Bucal

g) Labial inferior

h) Labial superior

i) Lateral de la nariz

j) Angular

Se destribuye por la:

1) Faringe

2) Maxilar inferior

3) Labio

4) Nariz

5) Orbita

6) Saco lacrimal

Maxilar interna. Carótida externa

1.- Porción maxilar o primer segmento

a) Auricular profunda

b) Timpánica anterior

c) Meningea media

d) Alveolar inferior

Rama terminal - la mentoniana

2.- Porción pterigoidea o segundo segmento

a) Maseterina

b) Temporal profunda anterior

c) Temporal profunda posterior

d) Pterigoidea

e) Bucci natoria

3.- Porción esfenomaxilar o tercer segmento

a) Alveolar superior

b) Infraorbitaria

c) Palatina descendente

Terminal - Esfenopalatina

V E N A S

Facial: Cuyo caracter general es el siguiente:

a) Superficial de la cara denominada preparada en la frente.

b) Angular en el ángulo interno del ojo.

c) Facial en el resto de la cara

Terminal yugular interna y a veces la yugular externa.

LINFATICOS.

Se dividen en dos grupos:

1.- Submentonianos (dos a cuatro ganglios)

2.- Submaxilares (tres ganglios)

Envían su linfa a:

a) Ganglios cervicales superficiales

b) Ganglios cervicales profundos (supraclaviculares).

MEJILLAS

Limites:

Arriba – Orbita

Abajo - Maxilar

Delante – a) Surco nasogeniano

b) Surco labiogeniano

Espesor varia.

Cara externa:

a) Abombada en niño.

b) Hundida en individuo delgado y senil

Cara interna:

a) Libre en su parte media.

b) Adherida al plano óseo el restante.

Constitución:

a) Piel

1) Vasos

2) Glándulas sebáseas

3) Pelos "barbas"

b) Tejido celular subcutáneo.
Rico en grasa "Bola adiposa Bichat".

c) Músculos cutáneos de cara

d) Mucosa "Bucal"

Arterias: Facial

Temporosuperficial

Lagrimal

Maxilar interna

Venas: Facial

Temporal superficial

Plexos cervicales superficiales.

Nervios: Motor

a) Facial

b) Maxilar inferior

Sensitivo - Trigemino

BOVEDA PALATINA

Forma de herradura "circunscrita por los arcos dentarios".

Línea media: Rafe medio que termina en tubérculo por delante.

Lateralmente: Tercio anterior crestas transversales.

Los dos tercios posteriores:

1) Papilas

2) Orificios glandulares.

Constitución:

1) Capa ósea.

2) Capa glandular "Glándulas palatinas).

3) Capa mucosa.

Arterias:

a) Palatina

b) Esfenopalatina

Venas:

1) Plexo pterigoideo

2) Mucosa nasal

Linfáticos: Laterales de la membrana tiroides.

Nervios: Ganglio Esfenopalatino.

Hueso impar simétrico y mediano en formas de herradura, que se caracteriza por presentar astas y que se encuentra en -- la base de la lengua.

b) Membrana glosohioidea:

Encuentrase en la parte posterior de la lengua transversalmente.

Va del hioides al cuerpo muscular de la lengua.

c) Septum Medio:

Forma de hoz

Se localiza en la línea media entre los dos genioglosos.

Músculos:

Son 17

Nacen de los huesos próximos

- 2 Genioglosos (Abanico-Hioides a punta lengua)
- 2 Estiloglosos (Apófisis Estiloides a parte lateral lengua) (Superior a parte lateral inferior lengua)
- 2 Hiogloso (Hioides a parte lateral inferior (lengua)

M. Extrínsecos.

De órganos próximos

- 2 Palatogloso (pilar anterior del velo a base y borde lengua)
- 2 Faringogloso (M. constrictor faringe a borde lateral lengua)
- 2 Amigdalogloso (Parte externa amigdala a base lengua).

Huesos y Organos Próximos.

- 1 Lingual superior (De punta a base superiormente)
- 2 Lingual inferior (Hioides a punta lengua inferiormente)

M. Intrínsecos. . . . . 2 Transverso (de uno a otro lado lengua)

Mucosa lingual:

Se extiende en toda su totalidad excepto en la base.

Papilas:

a) Caliciformes (9 a 11 entre tercio posterior y dos anteriores) en forma de V)

b) Fungiformes

c) Filiformes

d) Foliadas (parte posterior de los bordes)

e) Hemisféricas.

Glándulas:

a) Foliculares.

b) Mucosas (Weber y Blandin o Nuhn)

Arterias: Lingual

Venas: Lingual

Linfáticos: a) Epiglotis

b) Amigdalas

c) Suprahioideos.

d) Yugular interna

e) Submaxilares

Nervios Motores: 1) Facial

2) Hipogloso mayor

Sensitivos a) Lingual

b) Glosofaringeo

c) Laringeo Superior

REGION SUBLINGUAL

Es la región entre encía y base lingual.

Forma triángular.

Constitución:

a) Frenillo de la lengua. "Filete mucoso".

b) Conductos de Wharton lateralmente

c) Conductos glandulares sublingual

d) Corunculas sublinguales (mucosa)

e) Bolsa serosa de Fleischman (Wharton)

VELO DEL PALADAR

Es blando, móvil y contractil.

Se caracteriza por tener una dirección:

1) Anteroposterior

2) Horizontal

3) Oblicua

4) Vertical

Cara bucal:

Cóncava

Lisa

Rafe Medio

Orificios glandulares

Color Rosado

Cara faríngea:

Convexa

Una cresta saliente (músculos palatoestafilinos)

Bordes: a) Anterior

b) Laterales

Se confunden con la bóveda

Borde libre: a) Uvula

b) Pilares anteriores (musculos glosoestafilinos y - dan el istmo de las fauces).

c) Pilares posteriores (Músculos faringoestafilinos y constituyen el istmo nasofaríngeo)

Los pilares anteriores y posteriores, en su separación forman la excavación (fosa amigdalina) en donde se aloja la amígdala

Constitución:

a) Aponeurosis (Del borde posterior de la bóveda a los lados apófisis pterigoidea).

b) Músculos:

1) Palatoestafilino (espina nasal posterior eleva - uvula)

2) Periestafilino o petroestafilino

3) Periestafilino externo o esfenoestafilino (fosita escafoides

4) Faringoestafilino.

5) Glosoestafilino.

c) Mucosa.

TONSILAS O (AMIGDALAS)

Son dos y se alojan en las fosas amigdalinas.

Forma: Almendra.

Cara interna:

Presenta excavaciones en forma de criptas

Cara externa se relaciona con:

Faringe

Espacio maxilofaríngeo (carótida, facial etc)

Bordes:

Relacionados con los pilares

Extremidad superior:

Separado del velo del paladar por la fosa supraamigdalina

Extremidad inferior:

Relacionada con la lengua constituyendo la amígdala lingual.

Arterias:

Tonsilares - procede a) Lingual
b) Faringea inferior
c) Palatinas 1) superior
2) inferior

Venas:

Plexo venoso tonsilar - al plexo faríngeo

Linfáticos:

Ganglios del ángulo mandibular

Nervios:

Plexo tonsilar - del a) lingual
b) glosofaríngeo

E N C I A S

Es la mucosa bucal que entre los arcos alveolares, en los que se implantan los dientes.

Cubre:

a) Cara interna y externa del arco alveolar

b) Espacios interdentarios

c) Adherida al periostio.

D I E N T E S

Organos de constitución ósea.

Se implantan en el borde libre de maxilar y mandíbula.

Dientes temporales hasta los seis o siete años.

Su número es de diez en maxilar y diez en mandíbula de infantes (seclasifican en números romanos) (4 incisivos, dos caninos 4 molares).

El adulto, posee dieciseis en maxilar y dieciseis en mandíbula, constituyendo así los dientes permanentes (se clasifican - con números arabigos) 4 incisivos, 2 caninos, 4 bicúspides "Premolares" 6 molares.

Su implantación es vertical pero algunas razas presentan - - prognatismo alveolodental ya que los incisivos se proyectan hacia adelante.

Constituyen en su fijación, una articulación gonfosis.

Constitución:

Corona (de color blanco duro)

Cuello (claramente limitado)

Raiz (Uni - bi - o triradicular) (color amarillenta).

INCISIVOS

Número de cuatro en maxilar y cuatro en mandíbula.

Incisivo interno o central, derecho e izquierdo

Incisivo externo o lateral, " " "

CANINOS

Son dos en maxilar y dos en mandíbula.

Situados por fuera de los incisivos externos.

Forma una abolladura "Canina" tanto en maxilar como en mandíbula.

PREMOLARES "MOLARES MENORES"

Existen cuatro para el maxilar, cuatro para la mandíbula, de los - cuales dos se denominan primeros y dos segundos premolares.

Se encuentran inmediatamente después del canino.

MOLARES

Se cuentan seis en maxilar y seis en mandíbula.

Localízanse en seguida del segundo premolar.

Se denominan:

Primer molar.

Segundo molar.

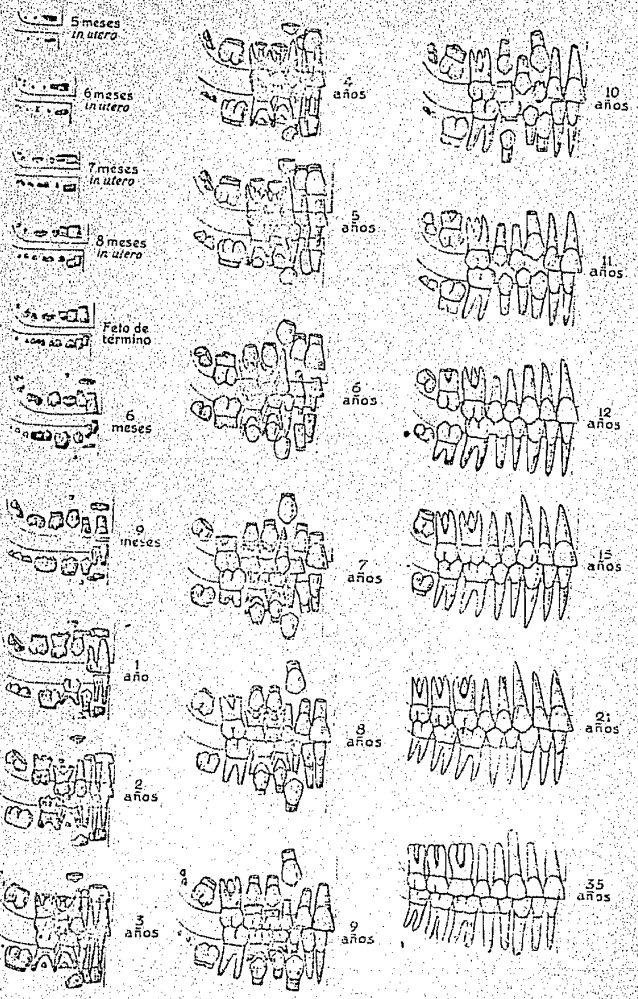
Tercer molar (Tardía su aparición y se le conoce como muela del juicio".

ARCO DENTAL

Los dientes se encuentran a cada lado en una serie regular y a - esto denomináse le arco o arcada dental.

DENTICION

Temporal		Permanente
MESES		AÑOS
6	Incisivos centrales inf.	6
7 - 8	Incisivos centrales sup.	7
8 - 9	Incisivos laterales inf.	8
8 - 9	Incisivos laterales sup.	9
14 - 16	Primeros molares inferiores	6
14 - 16	Primeros molares superiores	6 - 7
17 - 20	Caninos inferiores	9 - 10
17 - 20	Caninos superiores	11 - 12
	Primeros bicuspides Sup. e Inf.	9 - 11
	Segundos bicuspides sup. e Inf.	10 - 12
20 - 24	Segundos molares inferiores	12
24 - 30	Segundos molares superiores	12 - 13
	Terceros molares sup. e inf.	18 - 24



BIBLIOTECA CENTRAL
U. N. A. M.

F I S I O L O G I A

En las funciones de la boca analizaremos lo siguiente:

1.- Masticación:

La función digestiva da principio en la boca y esta se realiza al inducir el alimento en ella, la aprehensión, la masticación propiamente dicha, la formación del bolo alimenticio ayudada por la saliva que interviene en las primeras reacciones químicas del alimento y por fin la deglución.

Los movimientos se deben a la articulación temporomandibular así como a los músculos:

a) Masticadores.

b) Suprahioideos.

c) Infrahioideos.

Los cuales permiten movimientos del plano vertical.

1) Depresión o abertura

2) Elevación o cierre.

Movimientos del plano horizontal:

a) Hacia adelante o propulsión.

b) Hacia atrás o retropropulsión

c) De lateralidad.

d) Circunducción.

2.- Insalivación:

Al desmenusarse los alimentos se mezclan con la saliva la -

cual es secretada por las glándulas salivales.

Los alimentos son amasados con la ayuda de la lengua por medio de sus movimientos por el contacto del paladar duro hasta lograr constituir el bolo alimenticio.

3.- Saliva.

Es el producto de secresión de un conjunto de glándulas y - tiene una función física, química y de defensa.

Tiene un papel importante en la formación del bolo alimenticio (lubricación y permitir el tránsito hasta su deglución) pero tiene propiedades químicas por las que inician en la boca reacciones que dan el comienzo de la digestión.

Procede:

a) Glándula parótida.

b) Glándulas submaxilares.

c) Glándulas sublinguales.

d) Glándulas diseminadas en la mucosa bucal

Por lo cual su composición es diferente según el grupo a -- que pertenece.

Su secreción es constante pero con alternativas debido a -- los reflejos exitantes.

Composición:

Esta es mixta siendo un líquido opalino o incoloro.

Inodoro.

Insípido o salino.

Viscoso

De acción alcalina o ácida

pH entre 6.4 a 7.5

Densidad de 1002 a 1008

Agua - 995

Materias inorgánicas sólidas 5:

1) Cloruro de Sodio

2) Potasio

3) Carbonatos

4) Fosfatos alcalinos

5) Vestigios de sulfatos.

Materia orgánica:

a) Fermentos de ptialina o amilasa (almidón, glucógeno, dextrina)

b) Maltosa

c) Oxidasa

d) Albúmina

e) Mucina

f) Restos de epitelio

g) Bacterias

h) Linfocitos

i) Corcuspulos salivales.

D E G L U C I O N

(4)

CONSTITUIDO el bolo alimenticio, éste está dispuesto para su deglución, es decir el transito de la boca al esófago.

En el trayecto bucal hasta faringe interviene:

a) Actividad cerebral

b) Cierre de la bóveda faríngea

c) Laringe y tráquea

d) Paso al esófago

Interviniendo:

a) El sistema músculor

b) Sistema nervioso

c) Y dos fases: La voluntaria / Refleja Glosofaríngeo

El trabajo mecánico voluntario se valua en 70 Km. como promedio.

5.- SENSIBILIDAD

Otra función fisiológica de los órganos de la boca indispensables para la masticación es su sensiblidad táctil, térmica y dolorosa, para lo cual hay distribuidas por los labios, carrillos - lengua y encía (es decir, en toda la mucosa bucal), una infinidad de terminaciones nerviosas específicas mediante cuya exitación - recibimos impresiones gustativas por los corpusculos gustativos, dolorosos las terminaciones libres, térmicas por las terminaciones de Krause y táctiles por la localización de los corpusculos de - - Meissner y que en acción conjunto constituyen su función sensorial e interviene en la secresión salival, formación del bolo alimenticio y en la perfecta masticación.

6.- FONACION Y LOCUCION.

La última función de la boca y de los órganos que contienen en su importante contribución a la fonación y locución, debido a la formación de sonidos y su modificación, ya que la voz y el lenguaje articulado se producen mediante el paso del aire por la cámara tubular integrada por la boca y faringe, por los cambios de longitud y diámetro de la misma y por los movimientos del labio, - lengua y maxilar inferior.

PREPARACION PREOPERATORIA.

En nuestros días, el adelanto moderno, ha hecho posible que - los procedimientos de investigación y de terapéutica, permitan una preparación preoperatoria facilitando el camino para que - se conduzcan más enfermos dentro del campo quirúrgico. Pues enfermos que eran excluídos por su estado general, ahora sí -- pueden ser intervenidos.

La preparación de la que hacemos mención inicia su in-- vestigación, a través de una escrupulosa historia clínica, la - cual nos proporciona los datos que han de conducirnos no solo; a una satisfacción personal, sino al alivio del paciente que ha - depositado toda su confianza en nuestra responsabilidad de cirujanos.

Claro está, que ésta, es variable, según a la especialidad que se encamine, guiandonos muchas veces a determinados aspectos.

Así a través de ese intercambio entre paciente y cirujano se obtendrán datos que serán negativos para una posible intervención siendo entonces obligación de colocar al paciente en, condiciones favorables para evitar un posible fracaso.

Contamos para ello con ciertos medio que nos ayudan a -

realizar un tratamiento con:

Sangre

Plasma

Suero

Hormona cortical etc.,

El cual coloca a nuestro paciente en cierto estado de - normalización de sus constantes:

Fisicoquímicas.

Presión osmótica.

Equilibrio 1) Iónico

2) Hídrico

3) Coloidal

(Alterados precipitados por afección) llevándonos así a realizar el acto quirúrgico con mayor seguridad y no tener la posibilidad de un fracaso, pues el paciente en un estado de descompensación orgánica es el enemigo número I que existe sobre una mesa quirúrgica.

Entre los auxiliares que podemos encontrar para ayuda del cirujano, existen infinidad de medios que facilitan el trabajo quirurgico al igual que sus resultados y así podemos considerar lo - que vamos a tener presente como ayuda (pre y postoperatorio).

Así encontramos:

1) Aminoácidos (Inyección venosa, mejor al estado hipoproteinemia).

2) Alcohol y suero glucosado (sedante)

3) Plasma sanguíneo y la sangre (reposición)

4) Acido ascorbico (cicatrización)

5) En transfusión el empleo del:

a) Isogrupo

b) Iso-Rh

Lo cual evita la imcompatibilidad ante la insensibilidad del - Rh - al recibir RH+

6) La oxigenoterapia

7) La aspiración endogestiva.

8) Substancias hemostáticas.

a) Gasa Hidrófila.

b) Espuma de fibrina

c) Esponja de gelatina

La fibrina y la esponja pueden emplearla con trombina, - cuando se observa que existen problemas de coagulación, teniendo cuenta que no irrita el tejido.

En la actividad del cirujano son de gran utilidad de las ---

prótesis con resinas acrílicas, el uso del tantalio y el vitalio (Cobalto, plomo, molibdeno etc).

S U T U R A S

Anatómicamente es la soldadura de dos huesos entre sí: (Sutura entre los diversos huesos de la calota craneal).

En cirugía: es la unión de los labios de una herida permanente yuxtapuesta.

Para llevar a cabo la sutura ó síntesis de una herida se emplea como instrumental:

1) Agujas:

En el campo quirúrgico se emplean agujas de diferente calibre y tamaño estas son:

a) Rectas (las cuales han de manipularse directamente con la mano.

b) Curvas (Se emplean con el porta-agujas).

Además encontramos que estas pueden ser en su superficie de sección.

1) Triángulares, que dentro de la cirugía resultan ser traumáticas ya que los 3 ángulos penetran como tres cuchillos.

Sin embargo se emplean para suturas en tejidos resistentes (aponeurosis, piel).

2) Circulares (estas al introducirse resultan menos - traumatizantes, empleándose para procesos más - delicados (cara, tejidos vasculares etc).

Estas poseen para el paso del hilo una ranura terminal que al hacer presión del hilo a través de esto se- enhebra y esto hace su fácil manejo.

c) En mangadas como son:

a) Las de Reberdin o pedal en que una vez pasados por un movimiento de palanca se abre lateralmente el ojo permitiendo al ayudante enhebrarla para - - pasar el hilo.

Cuando se hace uso de alambre grueso para la sutura, a de emplearse la aguja enmangada tipo sable.

2.- Ha de darse especial atención a la condición de - un buen porta-agujas, ya que dentro de la cirugía- existen varios tipos de sutura.

Este instrumento ha de ser comportado el mantener- y tomar firmemente la aguja sin romperla o torcerla.

Un tipo de porta-aguja dentro de la Cirugía es el -- porta-agujas de Gillies con tijeras ya que se adap-- ta facilmente a la mano y corta las suturas.

En cavidades como en la boca es más útil el porta-

aguja o crimallera.

Ha de tenerse por lo tanto la variedad de tamaños de éste instrumental, teniendo cuidado también de que - su parte terminal mantenga el material sutura sin dejarlo resbalar.

En su constitución a de ser de acero inoxidable ya -- que el niquelado se descara.

3.- Material de sutura:

En lo que concierne el material de sutura ha de verse que éste sea flexible y de adecuada resistencia, caracterisándose por ser resorbible o irresorbible, pués- este ha de ser según la zona que vaya a suturar.

Tenemos por ejemplo que se prefiere para suturar piel material no absorbible y más delgado, cual es la seda trenzada e impregnada.

Para ligar vasos se prefiere el Catgut común delgado (número 4 ceros) sin embargo se emplea seda teniendo que ser lo más fina posible.

El empleo del acero inoxidable es un excelente material, pero- dificultoso en su manipulación.

En cambio es ideal el alambre de acero inoxidable multifilamento para las suturas intradérmicas o subcuáneas por su inercia o falta - de reacción.

Así encontramos que el filamento de Tantalo posee la desventaja de carecer de resistencia a la flexión y éste evita haciendo - uso del multifilamento.

Pasaremos ahora analizar la diversidad de material tanto reabsorbible como no reabsorbible y así encontramos:

1.- Material reabsorbible:

a) Catgut. (Submucosa del intestino delgado del carnero o del cerdo, se presenta en tubos de cristal hermeticamente cerrados y que además del anillo de catgut contiene alcohol absoluto, como antiséptico, su calibre es de 4 ceros hasta 6 ceros que es el más grueso).

b) Tendon de Canguro (Tendón de Aquiles o cola del canguro, tiene resistencia y tarda en reabsorverse se trata con ácido crómico y se emplea - para ligar suturas perdidas debajo de la piel.

2.- Material no reabsorbible: Este material se caracteriza por permanecer en los tejidos, sin -- sufrir alteraciones y así encontramos:

a) Algodón: (Es económico y se esteriliza por ebullición o autoclave, agrafes o garrafines). Son

laminitas metálicas con unas puntas en cada extremo, aplicándose con pinzas especiales pellizcando los dos lados de la herida y se mantienen coaptados por el cierre en ángulo agudo del agrafe.

b) Crin de Florencia (del gusano de seda como secreción de sus glándulas Cerígenas. Es resistente y puede utilizarse a suturar piel, o para suturar pérdidas profundas sometidas a alteraciones.

c) Hilo de Nylon. (Este material es resbaladizo y hay que asegurarse haciendo tres nudos).

d) Hilo metálico. Su constitución puede ser de plata, cobre, bronce de aluminio, acero inoxidable, tantalio y a su vez de diferente calibre.

Los más usales son el de acero inoxidable y tantalio ya que son bien tolerados por los tejidos (se puede esterilizar por ebullición).

e) Lino: Este puede ser blanco o negro esterilisándose por ebullición o autoclave.

f) Seda: Este material presenta poca reacción en los tejidos y es bien tolerado. Su color es blanco y

se esteriliza en autoclave o ebullición. Su procedencia es del capullo del gusano.

En resumen diremos que una sutura ha de realizarse sin que ésta ejerza exagerada tracción, para lograr afrontamiento.

Ha de tenerse presente también que una mala sutura puede repercutir en trastornos no solamente superficiales como sería el crear bridas fibrosas, sino también en las profundas, las cuales traerían como consecuencia el fracaso de una buena intervención.

D R E N A J E S

Se le denomina con este término a la operación cuya finalidad es la de eliminar y absorber los humores formados en una herida profunda secretoria, en abceso incidido aunque no completamente vacio en una colección de pus.

La finalidad de este proceso es la extracción de nuestro organismo de los líquidos patológicos formados, practicándose mediante la introducción en el trayecto de la herida por:

a) Drenaje capilar (por hebras de crin de Florencia por - pequeñas cavidades persistentes.

b) Drenaje tubular (tubos de gomas de cristal agujerea-- dos lateralmente).

En algunos casos se colocan en conexión con dispositivo de aspiración.

c) Tira de goma (son los más usuales que tiene la ventaja de sufrir flexibilidad que evita los decubitos, estableciendo un buen desague).

d) Drenaje en cigarrillo (tubo de goma y dentro del cual - se coloca una gasa arrollada que sobre sale por los -- dos extremos).

e) Gasas (Estas se emplean impregnadas con vaselina o --

con líquido de Doquín para que sea fácil poder - retirarlas).

El drenaje ha de realizarse como material absolutamente aséptico, con el objeto de no provocar la llegada de infecciones desde el exterior a las zonas internas que se desea drenar.

Dentro de la práctica quirúrgica después de haber hecho las - consideraciones anteriores, hemos de referirnos a ciertas alteraciones que son de nuestra incumbencia y las cuales no podemos - pasar despaercibidos en nuestra actitud cotidiana ya que momento a momento se nos presentan casos de diferente índole.

Pero cuando observamos por ejemplo: un traumatismo en región labial puede existir herida externamente (piel) o ser exclusiva - de zona interna (mucosa) producida por ciertos mecanismos sobre todo mecánicos, los cuales van a repercutir a veces a ciertos desgarros, pero gracias a la rica vascularización y nutrición de los- tejidos se restablece rapidamente, siempre y cuando su tratamiento sea cuidadoso por medio de lavados antisépticos, suturas y la antibioterapía cuya finalidad es la de evitar infecciones secundarias.

Más cuando existiere una gran perdida de tejido hemos de recurrir a la técnica de plastía para obtener mejores resultados.

BIBLIOTECA CENTRAL
U. N. A. M.

LIGADURAS ARTERIALES.

Carótida externa.

Esta arteria se caracteriza por ser la nutricia de la cara la cual al ser ligada produce la hemostasia en la superficie y en la profundidad de todo su territorio.

Esta ligadura ha de realizarse a nivel de las arterias tiroidea superior y lingual, lo que corresponde a la parte del cuerno mayor del hueso hiodes hacia adelante.

Al ligar esta arteria no existe ningún peligro por resistir red anastomótica.

En cambio si es de bastante peligro ligar la carótida primitiva por carecer de colaterales. Lo mismo sucede si se liga la -- carótida interna.

REFERENCIAS

1.- Angulo del maxilar inferior

2.- Cuerno mayor del hueso hioides

3.- M. esternocleidomastoideo

4.- Tubérculo de Chassaignac

INCISION

1.- Borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

2.- Arriba por la punta de la apófisis mastoidea.

3.- Hacia abajo por la articulación esterno-clavicular.

4.- Incisión de 7 cm. sobre el relieve hioideo

POSICION DEL PACIENTE

Este ha de estar acostado de espalda con la cabeza en hiperestensión y vuelta del lado opuesto a la ligadura.

TECNICA

Trazada la incisión se encontrará

1.- Piel

2.- Tejido celular subcutáneo

3.- Cutáneo del cuello

4.- Cortar entre dos pinzas la vena yugular externa

5.- Abrir la vaina del esternocleidomastoideo

6.- Romper la adherencia del músculo con la hojilla profunda posterior de su aponeurosis, manteniendo el -- bisturí en posición horizontal.

7.- Declinar el músculo hacia afuera.

8.- Rebasar hacia adelante la hojilla profunda de la aponeurosis del músculo para evitar herir la vena yugular.

9.- Separ e investigar los elementos del triángulo de -- Parabeuf.

a) Digástrico (arriba)

b) Vena yugular (afuera)

c) Tronco venoso tiro-lingo-facial (dentro)

10.- Elegir la masa anterior de las dos que se encuentran en el área del triángulo la cual da ramificaciones.

11.- Ligar con:

a) catgut (Temporal)

b) seda (Definitivo)

12.- Tener cuidado de que esté libre el nervio neumogástrico

13.- Usar aguja de Deschamps. Roma separando la arteria de su vecina por una sonda acanalada.

ARTERIA LINGUAL

Al ligar esta arteria su eficacia es incierta por lo que siempre se elige el ligar la carótida externa ya que presenta mayor seguridad y su intervención es mas sencilla sin embargo en algunas ocasiones se hace uso de esta ligadura la cual describiremos de la siguiente manera:

1.- Hueso hioides

2.- Reborde inferior de la mandíbula

3.- Borde anterior del músculo estenocleidomastoideo.

4.- Incisión de 5cm.

Estos datos corresponden a lo que se denomina el triángulo subdigástrico de Beclard.

Técnica.

1.- Sección del cutáneo (tener en cuenta el cuerno mayor del hueso hioides y el relieve de la glándula submandibular.

2.- Incisión aponeurótica (arriba del hueso hioides)

3.- Visualizar el vientre posterior del músculo digástrico adelante.

4.- Visualizar el nervio hipogloso mayor (atrás)

Esto constituye el ángulo superior del triángulo.

5.- Levantar con la pinza e incidir el músculo hiogloso

6.- Localizar la arteria cargándola de arriba hacia abajo y ligarla.

La técnica del triángulo de Pirogoff es poco usual en la actualidad por ser insuficiente ya que no presenta una segura hemostasis.

ARTERIA FACIAL

Tomamos como referencia el borde inferior de la mandíbula ya que aborda a este para irrigar la cara.

REFERENCIAS

1.- Borde inferior de la mandíbula

2.- Angulo de la mandíbula

3.- Borde anterior del macetero

4.- Del borde óseo a 4cm. por delante del ángulo.

T E C N I C A .

1.- Incisión horizontal de 3 cm.

2.- Sección de la piel

3.- Sección del tejido celular subcutáneo

4.- Sección de cutáneo (cuidadosamente)

5.- En el centro de la incisión se localiza la arteria

6.- Aislarla y cargarla

Al realizar la incisión primaria ha de comenzarse a un centímetro por delante del ángulo, a lo largo del reborde óseo evitando los filetes del nervio facial y para disimular la cicatriz.

ARTERIA FACIAL

Tomamos como referencia el borde inferior de la mandíbula ya que aborda a este para irrigar la cara.

REFERENCIAS

1.- Borde inferior de la mandíbula

2.- Angulo de la mandíbula

3.- Borde anterior del macetero

4.- Del borde óseo a 4cm. por delante del ángulo.

T E C N I C A .

1.- Incisión horizontal de 3 cm.

2.- Sección de la piel

3.- Sección del tejido celular subcutáneo

4.- Sección de cutáneo (cuidadosamente)

5.- En el centro de la incisión se localiza la arteria

6.- Aislarla y cargarla

Al realizar la incisión primaria ha de comenzarse a un centímetro por delante del ángulo, a lo largo del reborde óseo evitando los filetes del nervio facial y para disimular la cicatriz.

FISURA DE LABIO Y PALADAR.

Uno de los problemas que se presentan continuamente en la Clínica, Hospital y Consultorio es la malformación congénita embrionaria llamada fisura de labio leporino y paladar hendido.

Bien se sabe que este tipo de lesión aparece solo en tejidos blandos o juntamente con una fisura alveolar o palatina.

Dentro de éstas anomalías (faciales) MONLEY: nos muestra por medio de este diagrama la diversidad que existe:

Para esto hemos de considerar por medio de este otro diagrama, los términos a que hemos de referirnos en el aspecto bucal.

Así mismo ha de verse la diversidad más usual dentro del terreno quirúrgico; teniendo en consideración que varía en extensión el lado donde es más la ocurrencia (lado izquierdo), el sexo que es más afectado de esta anomalía así como la deformidad va asociada con las fosas nasales.

Encontramos por lo tanto que la fisura labial se divide en

A).-Unilateral

B).- Bilateral

C).- Mediana

De las mencionadas tengase presente que puede presentarse

A).- Incompleta

B).- Completa

Las cuáles afectan las primeras al tejido blando y las segundas al tejido blando y óseo.

Nota.- En ciertas circunstancias encontramos que en fisura completa existe una brida delgada, tenue, a nivel del piso -- del vestibulo nasal, que se le denomina de SIMONART.

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO — SEXO — PADRE O FAMILIAR CERCANO

DIRECCION — TEL.

OCUPACION

DATOS DE LABORATORIO

BIOMETRIA

ORINA

OTROS

RADIOGRAFIAS

BIOPSIA

AUTOPSIA No.

FOTOS — FRENTE — POST-OP — ESQUEMA

DR. G. BARRERA

DR. A. SERRANO — DR. F.P. MORALES

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

HISTORIA CLINICA (RESUMEN)

FECHA

ANTECEDENTES

ANTERIORES

QUIRURGICOS

GENERAL

LOCAL

ALERGICOS

SENSIBILIDAD ANTIBIOTICOS

HEMOPARASITOS

CICATRIZACION

DIABETES

CARDIOPATIA CIRCULAR

INFECCIOSOS

RENAL

INTOLERANCIAS

DIAGNOSTICOS

1ª SEMANA — 2ª — 3ª — 4ª — 5ª

ANTIGUEDAD

CICATRICES: HIPERTROFICAS — QUELOIDES — CREDAS — RETRACTILES — ADHERENCIAS — FALTA DE TEJIDO — HENDIDO — LABIO HENDIDO — QUISTE — GRANULOMA — LINFEDEMA — ESCLEROSIS — ULCERAS — CANCER — LEUCOPLASIA — TUMORES PIEL — QUISTES — CA. BASOCELULAR — EPIDERMOIDE — HIPERQUERATOSIS — OTROS

INCISIONES — HERIDAS — FISTULA — ESTENOSIS — FRACTURA — ESCLEROSIS — ANGIOMAS

TUMORES: VERRUGAS — LINFANGIOMAS — HEMANGIOMAS — QUISTES — CA. BASOCELULAR — EPIDERMOIDE — HIPERQUERATOSIS — OTROS

ULCERA — DESGASTE — ACNE — ATROFIA — HIPOPLASIA — AGENESIA — DEF. POST. QUEMADURAS — DEF. POST. INFECCIOSAS — DEFORMIDADES CONGENITAS — DEFORMIDADES QUIRURGICAS — DEFORMIDADES TRAUMATICAS — MALIGNOS — BENIGNOS

PIEL — ESQUELETO — ARTICULACIONES — MUSCULOS — TENDONES — NERVIOS — PIE — PIERNA — RODILLA — HUECO POPLITEO — MUSLO — VIAS URINARIAS — GENITALES — INGLE — ABDOMEN — ANO

REGION ANATOMICA

SINTOMAS: CEFALEA — VERTIGO — PARALISIS — CONVULSIONES — DOLOR — NAUSEAS — VOMITO — DIARREA — ESTREÑIMIENTO — DISURIA — HEMATURIA — ANURIA — POLIURIA — ICTERICIA — ESCALOFRIOS — FIEBRE — SUDORACION — CIANOSIS — EDEMAS — DISNEA — TOS — HEMOPTISIS — DOLOR TORACICO — PALPITACIONES — ARRITMIAS — HIPERTENSION — HIPOTENSION — SINCOPE — DOLOR ABDOMINAL — HEMATEMESIS — MELENAS — HEMORRAGIA RECTAL — PRURITO — ANEMIA — DOLOR MUSCULAR — DOLOR ARTICULAR — PARESTESIAS — PARALISIS — CONVULSIONES — ALUCINACIONES — DEPRESION — INSOMNIO — PERDIDA DE PESO — ASTENIA — ADINAMIA — LIPOTIMIA — MAREOS — OTALGIA — OTORREA — HIPOACUSIA — EPISTAXIS — RINORREA — OBSTRUCCION NASAL — ANOSMIA — DISFAGIA — ODINOFAGIA — DISFONIA — AFONIA — HEMOPTISIS — DISNEA — TOS — DOLOR TORACICO — PALPITACIONES — ARRITMIAS — HIPERTENSION — HIPOTENSION — SINCOPE — DOLOR ABDOMINAL — HEMATEMESIS — MELENAS — HEMORRAGIA RECTAL — PRURITO — ANEMIA — DOLOR MUSCULAR — DOLOR ARTICULAR — PARESTESIAS — PARALISIS — CONVULSIONES — ALUCINACIONES — DEPRESION — INSOMNIO — PERDIDA DE PESO — ASTENIA — ADINAMIA — LIPOTIMIA — MAREOS — OTALGIA — OTORREA — HIPOACUSIA — EPISTAXIS — RINORREA — OBSTRUCCION NASAL — ANOSMIA — DISFAGIA — ODINOFAGIA — DISFONIA — AFONIA

TRATAMIENTO

DIAGNOSTICOS

ANTIGUEDAD

1ª SEMANA — 2ª — 3ª — 4ª — 5ª

DIAGNOSTICOS

DATOS DE LABORATORIO

BIOMETRIA

ORINA

OTROS

RADIOGRAFIAS

BIOPSIA

AUTOPSIA No.

FOTOS — FRENTE — POST-OP — ESQUEMA

DR. G. BARRERA

DR. A. SERRANO — DR. F.P. MORALES

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

HISTORIA CLINICA (RESUMEN)

FECHA

ANTECEDENTES

ANTERIORES

QUIRURGICOS

GENERAL

LOCAL

ALERGICOS

SENSIBILIDAD ANTIBIOTICOS

HEMOPARASITOS

CICATRIZACION

DIABETES

CARDIOPATIA CIRCULAR

INFECCIOSOS

RENAL

INTOLERANCIAS

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO — SEXO — PADRE O FAMILIAR CERCANO

DIRECCION — TEL.

OCUPACION

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO — SEXO — PADRE O FAMILIAR CERCANO

DIRECCION — TEL.

OCUPACION — SEC

HISTORIA CLINICA (RESUMEN)

FECHA

ANTECEDENTES

ANTIBIOTICOS

QUIRURGICOS

GENERAL

LOCAL

SENSIBILIDAD ANTIBIOTICOS

ALERGICOS

INCOMPATIBILIDADES

CICATRICACION

DIABETES

CARDIOVASCULAR

RENAL

NEUROLOGICOS

INFECCIOSOS

DIAGNOSTICO

DR. A. SERRANO

DR. J. D. MONASTERIO

DR. G. BARRERA

DATOS DE LABORATORIO

BIOMETRIA

ORINA

OTROS

BIOPSIA

AUTOPSIA No.

FOTOS — FRE-OP — POST-OP — ESQUEMA

MALFORMACIONES CONGENITAS

ANOMALIAS

DIAGNOSTICOS

MATERIALES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

TRATAMIENTOS

OBSERVACIONES

ESTUDIOS

DIAGNOSTICOS

ANOMALIAS

MALFORMACIONES

TRATAMIENTOS

OBSERVACIONES

ESTUDIOS

DIAGNOSTICOS

MATERIALES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

TRATAMIENTOS

OBSERVACIONES

ESTUDIOS

DIAGNOSTICOS

CLINICA DE PALADAR Y LABIO HENDIDO

H I S T O R I A C L I N I C A .

Fecha:

Nombre del Paciente: Sexo: M____F____ Fecha de Nac:

Nombre del padre o familiar cercano:

Dirección Zona Postal: Edo:

Historia Previa, tratamiento anterior, etc.

Historia de labio hendido o paladar en la familia:

EXAMEN

Cavidad Oral y Palatina

Labio:

Nariz:

Condición de dientes y encías, desplazamiento o ausencia de dientes, oclusión dentaria, etc.:

Amígdalas y Adenoides:

Oído:

Lenguaje

Pruebas Psiquiátricas y de Inteligencia:

Condición Física General, presencia de otras deformidades, etc.:

Resúmen de Recomendaciones de la Clínica de Paladar y Labio:

CLASIFICACION DE FISURAS

Fecha ----------

NOMBRE ---------- FECHA DE NACIMIENTO----------

GRUPO I.- Fisura de labio



GRUPO II. Fisura de Paladar solamente



GRUPO III. Fisura de labio y paladar (ver 1)



GRUPO IV. Fisuras alveolares sin fisura de paladar (ver1)



Descripción breve ----------

E T I O L O G I A .

En cuanto a la etiología de la fisura del labio paladar esdes conocida, sin embargo como se ha demostrado por los estudios e- investigaciones, reside en gran parte por herencia. Probablemente puede ser causa ambiental, el Stres de la madre durante el desarrollo embriológico de las áreas labiopalatino.

Pero coordinando la teoría embriológica clásica; se debe a - que la unión de los diferentes procesos faciales "Inutero" falla --

Sin embargo "Pohlmann-Veau" estudiando embriones de gato, demostro que normalmente se desarrolla una capucha ectodérmica - por encima del Stomo-Deum primitivo, esta capucha es luego in-- vadida por masas mesodérmicas de sosten. Si el desarrollo meso- dérmico es completo, la superficie ectodérmica carente de sostén- se rompe resultando la fisura, lo que constituye que las fisuras del labio no dependerían de una falla de fusión, pero si de la ruptura -- secundaria de una superficie intacta, a la cual falta un soporte adecuado.

Pues pensaba que la brida de SIMONART representaba los - -- restos del muro epitelial original, incompletamente penetrado por el mesodermo.

Pero en lo que corresponde para lograr su reparación esta no -

BIBLIOTECA CENTRAL
U. N. de M.

se ha de realizar en forma precoz ya que hay que considerar la habilidad de este (infante) para la vida extrauterina.

Así mismo el cirujano ha de estar en contacto con personas doctas en lo que respecta a la especialidad ó en personas anexas a esta para que al intervenir se obtengan los mejores resultados - ya que puede presentarse alguna afección respiratoria o cutánea - lo cual será razón suficiente para postergar la intervención o corregir la lesión.

El tiempo en que ha de realizarse esta intervención existen una diversidad de opiniones sin embargo oscilan entre la tercera - ó cuarta semana hasta un año después de haber nacido.

LA RADIOLOGIA EN LA FISURA PALATINA.

Su aplicación clínica y rutinas de empleo en un servicio de paladar hendido.

La habilitación-rehabilitación de un paciente con fisura palatina, necesita obligatoriamente de un progrma de trabajo integral, comprensivo y multidisciplinario en una organización precisa con el equipo adecuado y el concurso de diferentes especialistas que se encargarán del estudio y tratamiento del paciente.

Dentro de esta organización la radiología tiene un papel de primer orden en el diagnóstico, valoración y control de la insuficiencia velofaringea, no solo en pacientes con fisura palatina sino también en aquellos que presentan alteraciones del lenguaje por insuficiencia velofaringea.

FISIOLOGIA DEL LENGUAJE.

Como es sabido, no existe un órgano del lenguaje por si mismo sino que el hombre ha aprendido a utilizar las estructuras de la respiración y deglución para producir los sonidos del lenguaje. En el mecanismo de este se incluyen los fenómenos de respiración -- deglución, fonación, resonancia y articulación. No revisaremos todas las estructuras que intervienen en la producción del lenguaje --- -para prestar especial atención al mecanismo palatofaringeo, este consiste fundamentalmente en desplazamientos del paladar blando hacia arriba y atrás y de la paredes de la faringe hacia adelante. Estos dos elementos se ponen en contacto, en determinados sonidos-

que así lorequieren impidiendo el escape de aire por las fosas nasales y la consecuente nasalidad de los sonidos.

Los movimientos palatinos se efectuan por la acción de los músculos elevadores del paladar y los de la faringe por los músculos constrictores de ésta.

Los pacientes con paladar hendido y su típico lenguaje "nasal" no forman un grupo homogéneo en sus alteraciones anatómicas ni funcionales. Las deficiencias fundamentales son de articulación y de escape nasal en los sonidos que requieren mayor presión, como la - Z,S,F,V,P. y T.

Debido a la imposibilidad de observar directamente los movimientos palatinos y faringeos, la radiología encuentra su principal - apoyo para el estudio del mecanismo y alteraciones de la competencia o incompetencia velofaringea y los grados de esta, permitiendo- además una adecuada correlación morfologicafonética.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS

Desde los trabajos de Barclay y Nelson, de exámen radiológico de los sonidos del lenguaje en 1922, hasta la actualidad, -- mucho se ha avanzado en el conocimiento radiológico, anatómico- y funcional de la fisura palatina, afinándose y desarrollándose - técnicas para la valoración adecuada de este tipo de alteraciones.

Empleamos dos métodos fundamentales: Radiología Simple - para paladar blando y Cefalometría.

RADIOLOGIA SIMPLE DE PALADAR BLANDO.- Basados en la - técnica radiológica propuesta por Randall, O'Hara y colaboradores en 1958. Modificada en México, se coloca al paciente en proyección lateral y se dirige el rayo al ángulo de la mandíbula. Se to-- man 4 placas en dicha posición, la primera sin emitir sonido alguno, la llamamos PLACA DE REPOSO. Las tres siguientes placas -- son con la emisión sostenida de diversos sonidos, que exigen oclusión velofaringea.

En una serie radiológica simple tomada a una persona anormal encontramos:

A.- Placa en reposo (Fig.). Esta placa nos sirve para conocer la longitud y espesor del paladar blando y las relaciones de este con la profundidad de la nasofaringe.

B.- Placa con emisión del sonido "DA". Por fluroscopía -- se ha demostrado que una D seguida de una A, produce un cierre velofaringeo más fuerte que una A sola, impulsando normalmente el paladar blando hacia arriba y atrás hasta hacer contacto con- la pared posterior de la faringe a nivel del tubérculo del atlas. (Fig.)

Fig. Paladar del adulto normal en reposo. Se aprecia su espesor y longitud, y su relación con la profundidad de la retrofaringe.

Fig. Adulto normal durante la emición del sonido DA. El paladar blando se ha desplazado hacia arriba y atrás a cerrar el espacio palatinofaríngeo.

Fig. Sonido S Sostenido. Se produce cierre velofaríngeo completo. Obsérvese la rodilla del paladar en el sitio de inserción de los músculos elevadores de éste.

Fig. Corresponde a la vocal I en el sujeto normal. La parte horizontal del paladar blando durante este sonido se adelgaza, el cierre velofaríngeo es más enérgico y la lengua se coloca en posición más forzada.

C.- En la (Fig.) ilustramos la tercera placa de nuestra - serie la cual se toma durante la emisión de una consonante fricativa como lo es el sonido "S" sosteniendo, el que requiere para - producirse de un cierre velofaringeo completo.

D).- Por último se utiliza la vocal "I" que necesita para - producirse un cierre velofaringeo más forzado que el caso anterior, con variaciones en la posición de la lengua (Fig.)

La técnica radiológica utilizada por Ruenes es con un aparato de 300 miliamperios con kilovoltage variable, según el espesor del cuello de nuestro paciente, entre los 82 y 104 kvs., con - foco de 72 pulgadas de distancia y tiempo de 1/60 de segundo.

El conocimiento de estos datos normales permite interpretar- condiciones patológicas y con frecuencia establecer indicaciones- terapéuticas.

El problemas mas habitual es el del paciente con el paladar hendido no operado en el que se observa, fundamentalmente, insuficiencia velofaringea por paladar blando corto (Figs.)

En los paladares operados con problema de lenguaje e incompetencia velofaringea clínica, es posible confirmarla radio-logica-- mente con toda exactitud y medir el espacio existente entre el borde posterior del paladar blando y la pared posterior de la faringe. Di-

cha información, así obtenida puede ayudar algunas veces a decir la posición del pedículo y la longitud del colgajo retrofaríngeo -- dentro de este mismo tipo de problemas, el sentido radiológico - proporciona datos que permiten decidir el empleo de un injerto - o implante de la pared posterior de la faringe que acerque al borde posterior del paladar blando. Esta indicación se establece cuando- encontramos un paladar corto con excelente movilidad y moderada- insuficiencia velofaríngea. (Figs.)

Los problemas funcionales sin defecto congénito aparente, - tales como la insuficiencia velofaríngea postamigdalectomía.

Figs. Paciente con paladar hendido. El paladar blando es de espesor adecuado buena movilidad, pero es corto y no produce cierre adecuado provocando insuficiencia velo faringea con lenguaje nasal. Se establece la indicación precisa para efectuar un colgajo retrofaringeo largo de pedículo superior en el mismo tiempo quirúrgico de la palatoplastía.

Figs. Niño de edad escolar con paladar corto, delgado y atónico con excelente movilidad, pero con insuficiencia velofaríngea discreta. El tratamiento efectuado fue la aplicación de un injerto de cartílago costal en retrofaringe para desplazar la pared posterior de ésta hacia adelante. En la fig. se observa el postoperatorio y la oclusión adecuada y mejoría de lenguaje.

Requieren, tal vez mas que ningún otro caso, de la exploración radiológica para su correcto diagnóstico y valoración. (Figs.

En estos pacientes existe un paladar corto congénito que lograba antes de la amigdalectomía una oclusión gracias a la hipertrofia – (y proyección hacia adelante) del tejido adenoideo, al mismo precario balance velofaringeo contribuian sin duda, las amigdalas hipertróficas. Una vez eliminado el tejido linfoideo del área, rinofaringea, se hace imposible la oclusión adecuada contra una pared faringea normal.

Otros transtornos funcionales postencefalíticos o excepcionalmente postquirúrgicos, en los que existe un paladar de longitud adecuada, pero poco movil o totalmente paralítico, precisan igualmente de un estudio radiológico cuidadoso ((Fig.)) que permite valorar la parálisis, determinar el sitio donde debe insertarse un colgajo retrofaringeo para colocar este paladar en una posición funcional y – finalmente diferenciarlos del grupo con incompetencia velofaringea – por paladar corto y movil arriba mencionado. Este diagnóstico diferencial es de vital importancia, porque el tratamiento difiere en ambos casos. El paladar inmovil debe ser colocado en posición funcional: el paladar corto movil debe ser llevado hacia atrás o bien, —— acercar la pared posterior de la faringe hacia adelante.

C E F A L O M E T R I A .

Para estudiar el crecimiento del esqueleto facial se han desarrollado técnicas de mediciones cefalométricas, las que actualmente se emplean rutinariamente en nuestro servicio.

La cefalometría debe llevarse a cabo en forma seriada desde el nacimiento hasta el final del crecimiento del esqueleto de la cara si es posible hasta la edad de adulto con objeto de valorar y poder comparar los factores de crecimiento, colapso de los arcos mandibulares, oclusión dentaria y relaciones craneofaciales en diferentes épocas y en distintos periodos del tratamiento.

Este estudio no solo se ha efectuado en pacientes que presentan labio y paladar hendido, también se ha llevado a cabo en sujetos normales divididos en diferentes grupos de acuerdo con su edad. Se encontraron los patrones normales de crecimiento y relaciones craneofaciales en el mexicano obteniendo así una base firme para juzgar a nuestro paciente.

El estudio radiológico se efectua inmovilizando la cabeza del paciente con un cefalostáto, se toma la placa en proyección lateral con oclusión central y dirigiendo el rayo al orificio auditivo externo con foco a 72 pulgadas de distancia.

Las referencias anatómicas a considerar son las siguientes (fig.)

N – Nasión en la sutura fronto nasal

PO – Pogonion en la sinfisis del mentón.

P – Porion en el borde superior del conducto auditivo externo

O – Orbita o punto inferior del borde orbitario

A – Punto inferior de espina nasal.

S – Centro de la silla turca.

E – En la espina nasal anterior

M – Borde inferior del ángulo de la mandíbula.

Fig. Niña de 12 años. Alteraciones de lenguaje postamigdalectomía. Corresponde a la placa con el sonido Da con paladar corto en buena situación, pero con insuficiencia velofaríngea.

Fig. Misma paciente emitiendo el sonido S. Se comprueban los datos obtenidos anteriormente. La movilidad palatina es mínima por lo cual obtenemos la indicación precisa para efectuar un colgajo retrofaríngeo.

Con estas referencias anatómicas unidas entre sí estudiamos:

A.- El plano facial, que se obtiene mediante una línea trazada de nasion a pogonión.

B.- El plano de Frankfort que va del punto orbitario al conducto auditivo y se prolonga en la misma dirección hasta unirse con la prolongación del plano mandibular.

C.- El plano mandibular que se obtiene trazando una línea de pogonión al borde inferior del ángulo de la mandíbula (M) y prolongada hacia la parte posterior del cráneo.

Posteriormente se efectua la medición de los ángulos correspondientes y se comparan con los patrones normales existentes, para obtener así, los datos de crecimiento craneo-facial.

Los ángulos a considerar serán:

X.- Angulo de convexidad, resultante entre el plano facial y un trazo lineal de nasion al punto A, considerándose positivo cuando este punto es anterior al plano facial y negativo en caso de ser posterior a este plano, dicho ángulo nos informa del crecimiento anterior de la base del maxilar. Cifras normales variables de menos 8.5° a más de 10°.

Y.- Angulo facial, formado entre los planos de Frankfort y facial orientándonos sobre las proporciones relativas entre la cara y el cráneo, cuyos valores normales son de 88° más o menos 6°.

Z.- Es el ángulo formado entre el plano de Frankfort y el - mandibular informándonos acerca del crecimiento relativo entre maxilar superior y el inferior, sus limites normales van de 22° como promedio con variaciones - normales hasta 19° y 28° . Dichos ángulos se corroboran con los ángulos denominados X', Y', y Z' propuestos recientemente por Hixon.

W.- Es el ángulo formado por la lineas S-N y S-E y nos - orienta acerca del crecimiento en la altura del maxilar- fundamentalmente en su apófisis ascendente.

Fig. Paciente con alteraciones funcionales sin lesión anatómica precisa. Se observa paladar atónico y delgado, corto y -- poco móvil, se demuestra claramente y la insuficiencia existente., nótese la prominencia de la pared posterior de la - faríngo como mecanismo compensatorio probablemente.

Fig. Cefalometría. Se muestran los puntos anatómicos a considerar, las líneas y planos trazados y los ángulos obtenidos, para valoración del crecimiento y relaciones craneofaciales.

Como se ha mencionado anteriormente las placas de cefalometría deben repetirse con intervalos variables según lo requiera el caso, para poder comparar los estudios entre sí y los datos obtenidos, para así valorar adecuadamente la evolución del paciente, obtener una información precisa y en ocasiones determinar la conducta a seguir en cada caso en particular.

La cineflurografía que ha demostrado ser útil para entender el problema del funcionamiento velofaringeo, sólo se emplea en algunos casos ya que requiere de un equipo mayor, más complicado, costoso y no fácilmente accesible consultable en un momento determinado durante la consulta de las pacientes.

FISURA DEL LABIO UNILATERAL

En la reparación de este tipo de lesión, una vez que se ha hecho una buena preparación preoperatoria, se siguen los pasos que a continuación enumeramos:

1.- Seis horas antes, alimento.

2.- Tres horas antes, líquidos.

3.- Anestesia general

4.- Reponer las partes anatómicas en su posición adecuada

5.- Promover el:

A).- Crecimiento

B).- Desarrollo Normales

6.- Unir el labio capa por capa.

7.- Corregir la nariz.

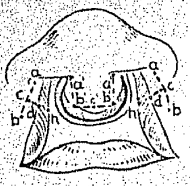
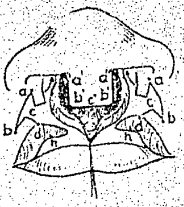
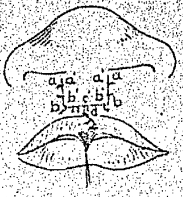
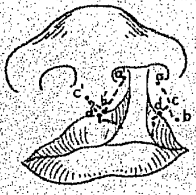
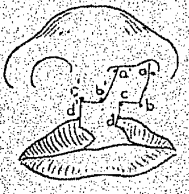
8.- La aproximación del borde rojo ha de ser cuidadosamente simétrica y debe producir en unión cutanéo-mucosa pareja.

9.- Los lados del labio deben de tener el mismo largo

10.- El espesor del labio debe de ser restaurado.

Más en lo que respecta a la técnica a seguir cuando se hace uso en línea recta en forma cuadrangular triangu--

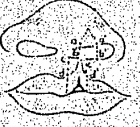








lar ó en forma de letra (Z) estas han sufrido una -- serie de variantes; sin embargo citaremos al respecto.

LE MESURIER - HAGEDORM.

Técnica para labio leporino unilateral caracterizándose porque dá espesor al labio.

El primer lugar al realizarla han de marcarse los puntos --- claves con tinta estéril (Este procedimiento de marcado por lo general es para cualquier (técnica).

1.- a' se encuentra justamente lateral en la base de la columna la.

2.- a es justamente medial al punto de Insersión del ala

3.- d', es la unión cutaneomucosa donde el borde rojo empieza a adelgazarse.

4.- c' d' tiene alrededor de un tercio de largo del lado normal del labio.

5.- b' es tomado en forma que

6.- c' d' sea igual b' c' (ambas líneas pueden coincidir)

7.- d se halla en la unión cutaneo-mucosa del lado de la fisura, donde el borde rojo empieza a adelgazarse.

8.- ab es igual a á b'

9.- cd es igual a b' c' y también a c' d'

10.- Los largos a b más c d suman el largo del labio del - lado no fisurado.

11.- Las incisiones a través del borde rojo son anguladas en forma de producir una línea de sutura en zig zag. Esto evita la escotadura secundaria.

Este diagrama nos muestra que después de practicar una incisión en el surco gingivo-labial y de disección, se-practican incisiones a todo espesor a lo largo de las líneas previamente marcadas.

El colgajo b c d es rotado hacia abajo para colocar-lo en la pérdida de sustancia b', c', d' .

TENNISON Y RANDALL

Técnica para labio leporino completo unilateral haciendo empleo del colgajo triangulares.

Se cree que esta técnica produce un arco de cupido más normal que el procedimiento de LE MESURIER-HAGEDORn.

1.- f es marcado en el lado medial de la fisura a nivel de la base de la columela.

2.- f' es el punto de unión del ala.

3.- a corresponde a f en el lado normal

4.- b y e marcan los picos superiores del arco de cupido. y son equidistantes de c, que es la parte media del --- labio.

5.- Se traza fe. de es trazada a ángulo recto de f e - para alcanzar no más alla de la parte media del filtrum.

6.- e" es localizada donde el reborde cutaneomucoso empieza a desaparecer en el lado lateral.

7.- f' e ' es trazado igua a f e

8.- d' e' y e" deben ser iguales entre sí, igual también a d e

9.- Esto es conseguido variando d' dependiendo del - tamaño del colgajo requerido para rellenar el de-- fecto triangular que se producirá cuando se incl- de de

10.- Se deben comprobar las medidas para determinar que la suma de los colgajos en el lado fisurado- es igual a la altura vertical del labio del lado -- normal.

Al referimos a la técnica de TENNISON Y RANDALL se caracteriza por la forma triangular con un variante en la plastia en Z y se obtiene resultados satisfactorios. Coloca- el Arco de Cupído en mejor situación que la tecnica de - -- LEMESURIER.

En lo que concierne a las suturas nasales de retención se hace uso del hilo de acero inoxidable.

El procedimiento a seguir es atandola sobre dos placas de plomo perforadas y colocadas contra el SEPTUM en la venta- na nasal sana y la otra curvada y moldeada para adaptarla al - pliegue naso-labial.

La sutura pasa a través del piso del vestibulo, atándose hacia el exterior.

La ventana del lado del defecto es rellenada con gasa vaselinada o xeroformica.

Ha de colocarse una sutura en la lengua hasta que el niño se despierta de la anestesia, colocándoles un arco de - LOGAN.

Las infusiones de soluciones salinas fisiológicas --- son innecesarias ya que los niños después de una intervención retienen líquidos facilmente.

La primera comida será mitad agua y mitad la fórmula normal. Estas (las comidas subsiguientes) han de administrarse por medio de un gotero o con la MAMADERA DE BRECK agregándole aun pequeño trozo de tubo de goma.

Han de inmovilizarse los brazos.

Las suturas superficiales serán retiradas el quinto y- sexto días. En cambio las profundas de retención han de dejarse hasta el decimoquinto día o décimo día.

FISURA DE LABIO UNILATERAL INCOMPLETO.

LEMESURIER-HAGEDORN, nos describió la técnica de Fisura Completa en labio y esta misma se puede emplear en la INCOMPLETA; pero con alguna variante.

Pues cuanto mas ancha y completa sea la fisura, tanto mas grande es el colgajo cuadrangular tomado de la vertiente cuadrangular.

En INCOMPLETAS, el colgajo es menor y se acerca a la forma triangular.

Al acomodar el colgajo menor, el ángulo á b' del lado fisurado será mas agudo en los labios incompletos que en los completos.

En la técnica de fisura de labio UNILATERAL INCOMPLETO - según TENNISON y RANDALL se adapta la técnica de UNILATERAL-- COMPLETO.

Por lo tanto, recomienda el empleo de un molde de acero --- (alambre) para igualar las medidas entre las vertientes laterales y - medial.

I.- El largo ab mide la distancia entre el pico del arco de - Cupido del lado normal y el piso de la ventana nasal a nivel de la- base de la columela en el lado fisurado.

II.- Esta medida es transportada a un trozo de alambre, que - es dividido en tercios y el alambre es doblado en forma de Z.

III.- Se lo aplica al lado lateral de manera que el extremo superior se coloque en a' (el punto de insersión del ala) y el extremo inferior vaya a un punto donde el borde rojo empieza a adelgazarse.

IV.- En este momento es transferido el molde de alambre al lado medial, con su extremo superior en a.

V.- El brazo superior de la Z queda paralelo al borde rojo y la diagonal de la Z cruza el FILTRUM.

VI.- El brazo inferior de la Z no es utilizado en este lado.

VII.- La incisión a traves de la línea marcada producirá un colgajo triangular lateral que ira al defecto triangular medial.

Encontramos que aún en fisura pequeñas existe una asociación con deformidad nasal, unas veces muy poco perceptible.

Cuando existe esta, se prefiere dejar hasta que el niño tenga 12 años; momento que puede ser corregida (deformidad nasal).

Existiendo lesión en borde rojo, ha de hacerse la incisión - hasta tejido cutáneo.

Y cuando está ensanchando, hay que extenderla hasta el - vestíbulo nasal.

FISURA DE LABIO LEPORINO DOBLE

El labio leporino doble o bilateral puede ser:

I.- Simétricamente:

a.- Completo(hasta piso de la ventana nasal) de cada lado.

b).-Incompleto (No alcanza el piso)

II.- Asimétricamente:

a.- Completo en un lado (hasta peso etc)

b.- Incompleto en el lado opuesto. (no al....etc)

Sin embargo encontramos que al ser simétricas, no obstante varían en gravedad. Pues existiendo una simple escotadura del borde rojo la fisura puede extenderse hasta la ventana nasal.

Muchas veces sin embargo, nos encontramos una depresión desde el límite superior de la fisura hasta el piso de la ventana --- nasal, lo cual nos revela una deficiencia muscular.

Pero cuando existe fisura completa en ambos lados la PREMAXILA hace protrusión hacia adelante en grado mayor o menor a partir del borde inferior del septo inferior del septo nasal.

Existiendo sin embargo fisura completa de un lado e incompleta del otro, observamos que la premaxila rota hacia el lado incompleto y la fisura palatina se continua con el labio leporino completo.

Cuando encontramos fisura labial completa en ambos lados, y si existe fisura palatina asociada, es del tipo mediano a partir de la premaxila.

Otra anomalía que llegamos a encontrar, pero que no es tan común, son los labios leporinos bilaterales completos asociados con fisuras bilaterales limitadas a la premaxila y esta es muy conocida como PALADAR PRIMITIVO.

Observado lo anterior y aparte del grado de protrusión es - el tamaño del prolabio y de la premaxila.

Cuando estos son espesos y grandes los resultados son óptimos. Muy por el contrario, cuando son pequeños, el pronóstico-- es menos satisfactorio.

Ahora si existe un colapso visible de segmentos palatinos por detrás de la premaxila prominente, el pronostico es de cuyo --- menos optimista.

Es por eso que ha de considerarse que, muchas veces aunque se quiera lograr los mejores resultados, no se puede llegar a una restauración normal.

Así que antes de intervenir en el acto quirúrgico ha de hacerse una evaluación de la premaxila.

III.- LA REDUCCION MANUAL ES IMPOSIBLE, PUESTO QUE SI ESTA SE REALIZA, CAUSARIA DESVIACION DE LA PORCION CARTILAGINOSA DEL SEPTO NASAL y POSTERIORMENTE LA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA.

Por lo tanto existiendo premaxila prominente ha de reducirse y si no se hiciere se presentaria un colapso de los segmentos laterales posteriores y tendría que emplearse tratamiento ortodontico para dar lugar a la premaxila.

Este tratamiento seria por un periodo de varios meses lo cual retardaria la intervención y el pronto acondicionamiento de los tejidos.

Aquí expondremos en un pequeño diagrama el tratamiento de una premaxila prominente y flotante por reducción quirúrgica y el empleo del colgajo muco perióstico.

En la figura No. observamos:

a.- Blok de vómer incidido

b.- Incisión a través del cartilago septal

c.- Incisión a través del mucopericondrio del septum

d.- Mucopericondrio disecado

En la figura No. vista endoral:

a.- Incisión a lo largo del bordelibre del septo nasal

b.- Zona resecada.

c.- Colgajos mucoperiosticos de las caras vecinas de la premaxila

d.- Elementos maxilares laterales

Figura No.( )

Una vez llevada a cabo la reposición

Figura No.( )

Es la vista endoral, mostrando los alambres de KIRSCHNER usandose a veces tres alambres pero nunca uno solo.

Los colgajos mucoperiósticos son unidos entre sí por sutura.

En resumen para el cierre de esta lesión, hay autores que - difieren en opinión, pero dentro de los casos que se intervinieron - todo se llevó en un mismo tiempo ya que si se hubiera seguido el- criterio de cerrar un solo lado y después de dos o tres semanas real- zar el cierre del otro lado, nos encontraríamos con el problema de -- encontrar cierres asimétricos.

a.- Tamaño

b.- Alineación

c.- Dificultad que puede presentar para el mejor logro de un estado normal.

d.- Forma

e.- Extensión de la protrusión.

Cuando existe una premaxila pequeña se encuentra que existe ausencia casi completa de los huesos nasales.

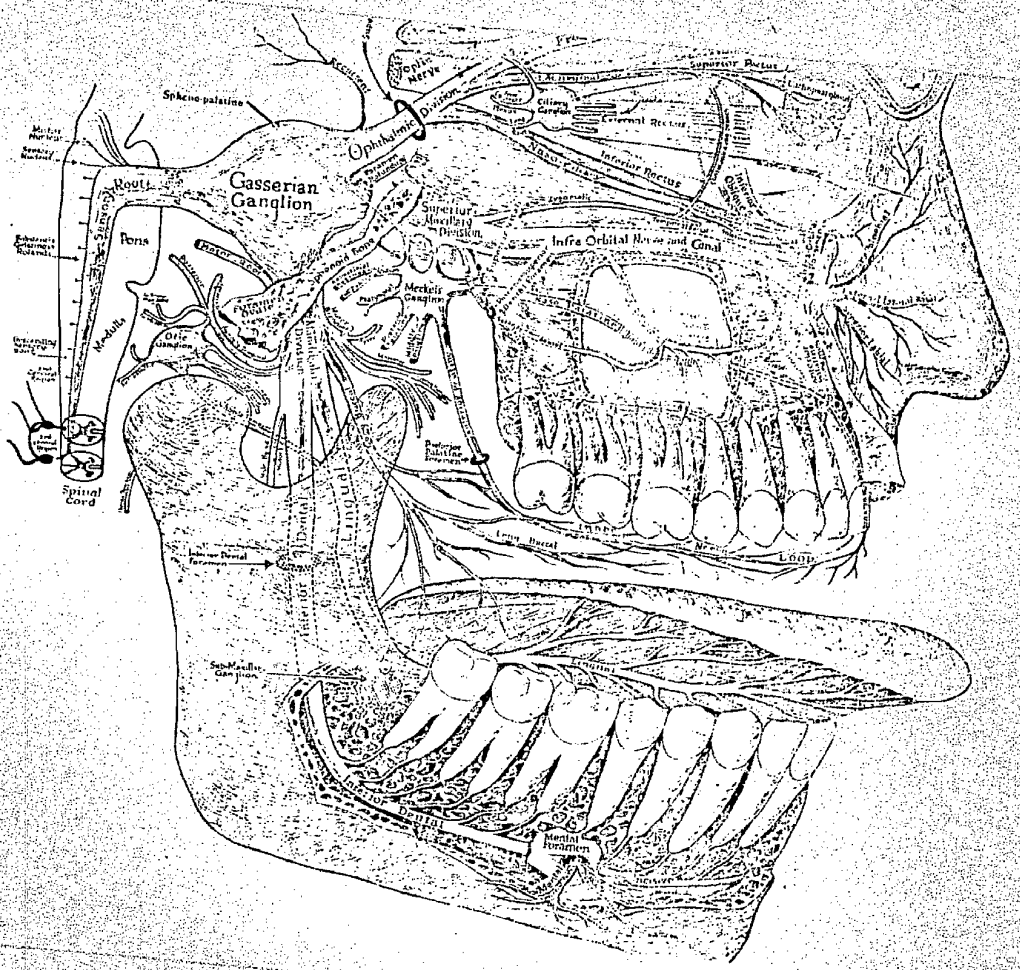
Y cuando es grande soportar correctamente el labio y se apoyará sobre los procesos laterales. A la vez posee mas germenes dentarios y no es raro extraer dientes del piso de la ventana nasal y aun del septum.

La PREMAXILA es la piedra fundamental arquitectonica y quirúrgica del arco dental maxilar.

Para cuando existe premaxila prominente ha de someterse a un tratamiento precoz; y para esto clasificamos tres categorias:

I.- La PREMAXILA NO PRESENTA NINGUN PROBLEMA.

II.- LA PREMAXILA CON ALGUNA PROTRUSION, PERO UNA LIGERA PRESION DIGITAL EN EL MOMENTO DE LA OPERACION, PRODUCE UNA REDUCCION SUFICIENTE COMO PARA PERMITIR LA REPARACION DEL LABIO.


Sphene-palatine
Ophthalmic Division
Gasserian Ganglion
Pons
Medulla
Spinal Cord
Superior Maxillary Division
Infra Orbital Nerve and Canal
Meckels Ganglion
Inferior Dental Foramen
Mental Foramen
Loop
Sub-Maxillary Ganglion
Superior Rectus
External Rectus
Inferior Rectus
Ciliary Ganglion

NEURALGIA TRIFACIAL

Dentro del campo quirúrgico no puede pasar desapercibida la intervención para el tratamiento del dolor facial ya que este puede tener su orígen odontogénico, sin embargo existe frecuentemente una razón más profunda.

Es de suma responsabilidad el papel que juega el cirujano -- estomatólogo pues él, más que nadie, puede hacer las observaciones fidedignas tanto en las funciones normales como las anormales de cavidad oral así como de sus estructuras asociadas y si - por alguna razón no entra dentro de su especialidad el problema- que se le presenta este ha de referir el paciente a un especialista en el campo adecuado.

Síntomas:

Dolor súbito (Fuerte, unilateral, episódico, recurrente agudo, punzante, lancinante).

Etiología:

Hemos de observar con respecto a su etiología que la neuralgía del trigemino aún no se encuentra específicamente conocida, - sin embargo esta es irritación del V nervio craneal y que se ve -- afectado por desórdenes de los senos accesorios y órganos adya-- centes.

Enfermedades dentales:

1) Infecciones de los senos

2) Estados patológicos de la garganta.

3) Desórdenes arteriales (Arterioesclerosis e hipertensión)

4) Afecciones del ganglio de Gasser

SINTOMAS Y SIGNOS:

Los pacientes que generalmente son afectados son aquellos que están en la sexta o séptima decada de su vida y raramente afecta - personas menores de 30 años.

Predomina esta afección en el sexo femenino cuyo lado mas característico es el derecho y es menos el izquierdo.

Por lo tanto anatómicamente diremos que la mandíbula está -- frecuentemente lesionada y le sigue en segundo lugar el maxilar - y por último la zona oftálmica.

El dolor se localiza; en su principio:

1) Dientes

2) El dolor se hace aparente a medida que aumenta -- la intensidad.

3) Se vuelve de carácter paroxismal

4) Pliegue nasal del bermejo del labio superior

5) Comisuras de la boca.

6) Encías

7) Región lateral de la lengua

8) Desaparición repentina del dolor

9) No existe pérdida de sensación facial

10) Es común durante el día

11) Raras veces es nocturno

12) Ocurre a veces que es estacional pues se observa durante la primavera u otoño.

13) Esta sujeto también tanto a los cambios:

a) Tiempo

b) Temperaturas

c) Movimientos mecánicos.

DIAGNOSTICO:

A) El dolor está limitado a la distribución anatómica del nervio.

B) La causa de la enfermedad es todavía enigmática e indeterminada.

C) Los estados patológicos de los senos pueden causar un ataque típico (Estudio Roentgenográfico excluye esto)

D) El dolor trigemino típico suele ser originado por tumores que invaden el suelo del cráneo de la naso-faringe pero estos -- suelen ser acompañados por algún grado de parálisis del - nervio con parestesia de la región facial correspondiente.

E) Las lesiones, como tumores en la proximidad del ganglio de Gasser, tumores de los pedúnculos cerebrales, o tumores del receso cerebelo pontino. Y aún tumores de la superficie inferior de los lóbulos temporales se encuentran algunas veces asociados con manifestaciones de la neuralgía trigemina, pero por lo general hay otro síntoma neurológicos concomitantes, como sordera, dificultad -- de tragar y desvanecimiento.

F) La jaqueca se caracteriza por síntomas visuales (lateral)

G) La Cefalalgía Histaminica ocurre por la noche implica la parte lateral facial caracterizandose por lacrimación unilateral y derrame nasal se informa que- el alivio del dolor (Trigemino) se ha realizado con - la administración de antihistamínicos por lo que se- sugiere que la alergía puede ser algún factor en algunos casos.

H) La Neuralgía de los nervios simpáticos que acompañan las arterias faciales (Neuralgía bucal) se piensa que es la causa de algunos casos de un dolor ardiente, fastidioso, o palpitar de la región de los labios

las mejillas, la encía, la lengua, la nariz.

En el diagnóstico diferencial debe incluírse la atípica -- (Neuralgía facial atípica-psicógena).

No existe ninguna base orgánica demostrable en lo que corresponde a este tipo de dolor. Dolor que es ardiente picante- y profundamente arraigado pero no responde a los medicamentos pero si persiste diariamente.

Además han de incluírse lesiones locales de las mandíbulas articulación temporomandibular neuralgía glosofaríngeas, neuralgía auriculo temporal y neuralgía esfeno-palatina.

TRATAMIENTO:

Por lo general se buscan medio que no sean la intervención quirúrgica ya que algunos pacientes son renuentes a dicha intervención.

Por lo tanto citaremos:

1) Alcohol

2) Ha de emplearse inicialmente la administración - de un infiltrado anestésico para darle seguridad - al paciente y así realizar el empleo del alcohol- posteriormente.

Este método sobre todo se emplea cuando es arriesgada la in

tervención quirúrgica debido a que los pacientes estan deshidratados, carentes de alimentación por los cuales están debilitados.

Parestesia Postoperatoria:

Una vez que se ha administrado alcohol familiariza al enfermo con el adormecimiento facial de modo que al hacer la neurectomía retrograsseriana permitirá que el enfermo elija que se olvide del dolor (El inconveniente de esta técnica-alcohol es que al cabo de algunos meses vuelve nuevamente aparecer el dolor).

PASOS:

1) Inyección en forma mandíbular

2) Inyección en foramen infraorbital

3) Jeringa de émbolo

4) Medio centímetro cúbico de anestésico local

5) Medio centímetro cúbico de alcohol al 95%

ABULSION DEL NERVIO O NEURECTOMIA:(mentoniano)

1) Colgajo intraoral (foramen mentoniano)

2) Disección del nervio a 2 cm. del foramen

3) Corte del nervio cerca de tejido blando y el resto toma con un hemostáto.

4) Se tuerce el nervio del canal cortando una gran sección.

5) Sutura del colgajo mucoperióstica.

NEURECTOMIA DEL NERVIO MANDIBULAR (antes de su entrada)

1) Incisión poco profunda a través de los tejidos superficiales (Región retromolar sobre borde anterior de la rama)

2) Disección de tejidos (no levantar el periostio de hueso)

3) Disección del paquete vaculonervioso lingual y mandibular.

4) Con porta suturas se pasa una sutura de catgut alrededor del nervio mandubular.

5) Extraer el nervio mandibular del canal cortándolo en el foramen.

6) Otro corte por encima de la sutura de catgut

7) Soldado el nervio lingual los margenes de la incisión son cosatados, aproximados y reunidos con suturas de seda negra.

Ha de observarse que cuando el nervio tiene un conducto definido logra degenerarse rapidamente pero cuando se remueve sobre todo como se ha descrito, la degeneración es más lenta. Realmente este es campo en el cual sería util la investigación.

DESCOMPRESION QUIRURGICA.

Por lo que se ha observado el alivio de esta neuralgía no es nunca seguro por lo cual se recurre a la operación neuroquirúrgica

sea la descompresión del Ganglio de Gasser y de la raíz posterior del nervio trigémino.

Esta se practica a través de la fosa temporal cuyo corte parcial de la raíz posterior se hace conservando la rama oftalmica y la raíz motora.

Cuando se hace la sección de la rama oftálmica se expone al paciente a una queratitis neuroparalítica dañándose a veces la cornea y la pérdida del ojo.

En ciertos casos la morbosidad después de una neurotomía retrograsseriana ha sido extrema presentando ardor, entumecimiento y una sensación de hormigueo en la cara. No existe alivio para este estado particular.

Por lo cual o todos los factores, es que hay que considerar la edad del paciente.

Pues la mayor parte de los pacientes tienen de 50 a 90 años de edad y sufren a menudo enfermedades degenerativas.

En resumen; parece ser que la neurocirugía es el método escogido para el tratamiento de esta patología hasta que sea posible eliminar el fuerte dolor sin una operación y sin pérdida de la sensación facial.

TUMORES ORALES

Se ha observado que estos fenómenos los tumores orales - pueden ser consecutivos a inflamaciones de folículos pilosos o glándulas sebáseas, sudoríparas, abcesos dentales, osteomielitis del maxilar etc....

Por lo tanto vamos a considerar los problemas a los que se sujeta la práctica estomatológica, cual es en un plano más concreto, las alteraciones en lo que respecta a tumores los cuales- por su evolución podemos clasificarlos en dos grandes grupos - y son los siguientes:

A) Tumores benignos, que presentan una evolución lenta circunscritos y limitados por una membrana o capsula pero si empiezan a invadir e infiltrarse en los tejidos vecinos en que se asienta, ni reacción ganglionar ni metástasis, no presenta ulceraciones ni en los tejidos después de su extirpación, ni caquexia, ni profunda desnutrición del enfermo.

Dentro de esta área citaremos por ejemplo abcesos:

1).- Los abcesos del suelo de la boca que se caracterizan por ser un proceso infeccioso localizado y circunscripto y formados por gérmenes de la supuración y presenta.

a) Fluctuación a los pocos días.

b) Dolor.

c) Evoluciona con malignidad (Si se deja)

Casi por lo general se drena y se cura y en algunos casos se practica la incisión y se recomienda la antibioterapia.

2) Adenoma:

Es redondo y con cápsula delimitadora, cuando -- consta de tejido adiposo es benigno, pero sí sufre variaciones se convertirá en adenosarcoma, se encuentra ricamente vascularizado, es blando y de tamaño variable.

3) Angioma:

Es un tumor vascular cuya constitución es sanguíneo o linfática, en su aspecto clínico se observa una mancha azulada o rosa, su forma es variable y es blando, en ciertos casos se transforman en cavernas o aneurismas originando graves hemorragías.

4) Epulis:

Durante su desarrollo no produce molestias de ninguna clase, observándose que en su evolución se encuentra en el espacio interdentario, el reborde alveolar se reabsorbe y a veces el tejido óseo --

entra en constitución del tumor, no hay infarto ganglionar.

Su forma es redondeada, su coloración adquiere a veces el violeta o rojo obscuro, Está ricamente vascularizado, su origen puede ser:

a) Periostico

b) Oseo o nodular.

Las causas de suyo son: Irritativas.

Tratamiento: Quirúrgico.

5).- Granuloma:

Su principal característica es el tejido de granulación que por lo general son pequeñas masas carnosas redondeadas y que se colocan en el ápice de los dientes con pulpa muerta o infectada.

Tratamiento: Aquí existe divergencia de criterios ya que unos optan generalmente por la Cirugía, sin embargo debido a los adelantos de la Farmacopea hay posibilidades de que quitada la causa y administrando estos desaparezca y la Cirugía solamente permanezca expectante.

6) Lipoma:

Posee las características del adenoma, siendo su tratamiento la extirpación quirúrgica con bisturí eléctrico o sin él.

7) Papiloma:

Es una neoformación pilo-epitelial de forma redonda o aplanada, pero de bastante dureza y de crecimiento lento. Hay que abstenerse de practicar cauterizaciones ya que esto daría lugar a ulceraciones ulteriores que serían en cierta forma malignas.

Tratamiento: Quirúrgico.

8) Quistes:

Su constitución es una cavidad llena de líquido o sustancia blanda limitada por una membrana o cápsula revestida interiormente por una capa de tejido epitelial.

La variedad de estas neoformaciones es según la retención que encierre en sí:

a) Quiste dentígero.

b) Quiste salival.

c) Quiste dermoide.

d) Quiste mucoso etc...,

Su tamaño es variable logrando a veces la deformaciones anatómicas en que se desarrolla.

Radiológicamente está circunscripto por una línea radio-opaca.

Tratamiento es quirúrgico.

9) Angina de Ludwig:

Es un flemón séptico del suelo de la boca y de consistencia del mismo.

Producida por gérmenes anaerobios y aerobios --- (Streptococos y stapylococus.

Se produce a partir de afecciones dentarias (periodóntitis, exodontitis y terceros molares o procesos infecciosos y muchas veces por complicación traumática. Su cuadro es el siguiente:

1) Fiebre
2) Taquicardia
3) Disnea
4) Aliento Fetido
5) Endurecimiento suprahiodeo (lateral o bilateral)
6) Proyecta la lengua a veces hacia el exterior.

Tratamiento:

a) Antibioterapia

b) Bismuto en supositorios

c) Vacunas dentales polivalentes (sueros-vacunas)

d) Reposo

e) Preparados con varias especies microbianas.

f) Dieta líquida

g) Vitaminas.

Su tratamiento quirúrgico consta en tratar incisiones profundas y además permiten la entrada de oxigeno en las zonas, mas profundas infectadas.

Una vez expuestos los del grupo (A) pasaremos a los del grupo siguiente:

B).- Los tumores aunque benignos histológicamente, pueden convertirse por su evolución, en graves, por localizarse en las cercanías de un órgano vital y producir compresión sobre él, o por estar propenso a ulceraciones e infecciones ulteriores debido a su tamaño exagerado.

Esto es lo que se podría llamar un proceso de malignidad y todo lo señalado en el grupo (A); en este grupo (B) es todo lo contrario cuando existe un tumor en vías de estado degenerativo.

Entre estos encontramos el SARCOMA Y CARCINOMA siendo su localización en el centro o en la periferia.

Estas malformaciones tienen la peculiaridad de su crecimiento rápido y la destrucción de manera irregular del tejido óseo con carácter expansivo e infiltrante desde el periostio al cuerpo del hueso y a los tejidos adyacentes no existiendo cápsula delimitante.

Este tipo de lesiones producen metástasis o focos a distancia.

TRATAMIENTO:

Ha de tenerse presente que cuando existe este tipo de lesiones ha de realizarse un estudio histopatológico para lograr un diagnóstico veraz, de manera que cuando se someta a la intervención quirúrgica o al tratamiento de radioterapia sea con una certeza clara.

En el siguiente cuadro encontramos una clasificación general de los tumores que pueden afectar la cavidad oral:

Tumores		Benignos	Malignos
	Congenitos	Fibroma, Mixoma Lipoma, Xantoma Condroma, Osteoma Angioma.	Sarcoma
Tumores a tejidos nervio-sos y Paraner-vioso.	Epiteliales	Papiloma, Adenoma Cistoma	Carcinoma
	Musculares	Licoma Rabdomioma	Leiomosarcoma Rabdomiosarcoma
	De neuronas	Neurocitoma Simpatoetoma	Neuroblastorma Simpatoblastorma
	De neuroglia	Astrocitoma	Meduloblastoma Gioblastoma Astroblastoma
	De fibras y vainas	Oligodendroglioma Neurinoma Neurofibroma Neuronoma	
	Paranervios	Glioepitelioma Neuroepitelioma Meningroma	
	Embrionarios	Hamartoma Caristoma Feraloma	

Por lo tanto en las partes de la cavidad oral se -- asientan los sarcomas caracterizándose por esa proliferación -- infiltrante y difusa y destructura, carentes de la cápsula delimitadora que se observa en los tumores malignos.

Las zonas en donde se localizan estas malformaciones diremos que son:

a) Mucosa oral.

b) Labios

c) Lengua

d) Encías.

e) Ganglios (Zona)

f) Tejido oseo

Bien sabemos que su tratamiento es la resección quirúrgica y radioterapia, pero existe la tendencia al reproducirse después de su extirpación a formar metástasis a distancia y a provocar por vía sanguínea o linfática fenómenos tóxicos con anemia, desnutrición y caquexia.

F U R U N CU L O

Es una foliculitis aguda y maciva con necrosis del furuncu culo (clavo) producida generalmente por Estaphylococo dorado el cual prolifera en la parte media y profunda del folículo, cuya -- reacción es necrosar los tejidos de su alrededor, provocando - una reacción inflamatoria que despega el clavo y lo elimina con- la separación del abceso circundante.

En su apreciación macroscópica es un nódulo encarnado, - tenso doloroso, apareciendo del tercero al sexto día una fistulita que al romperse se observa la masa adherida (Clavo) con supura- ción eliminándose a los 8 o doce días.

Sus complicaciones pueden ser locales (Flemones, abcesos o a distancia linfática y adenitis, septicemias, staphylococcisis y tromboflevitis del seño cavernoso.)

El furúculo del labio superior, el cual era de pronósticos graves, hoy ha aminorado debido a la antibioterapía.

Podemos reducir su tratamiento a las siguientes normas:

a) Sulfamidas o antibióticos.

b) Compresas húmedas y calientes rodeando la le- sión con una pasta protectora Etiol o tumenol.

A N T R A X

Es un conglomerado de furúnculos con varios folículos necrosados (clavos) que se funden formando una amplia masa esfacelada y con una inflamación profunda y extensa.

Casos que llegan a extenderse como la palma de la mano, presentando a veces fiebre, postración taquicardía e intoxicación.

Esta lesión es producida por los estaphylococos dermatológicos y es frecuente en diabéticos, así como en personas en edad y estados de depresión nerviosa.

T R A T A M I E N T O :

a) Antibioterapia.

b) Vitaminoterapia etc.

ADAMANTINOMA O EPITELIOMA.

Su formación se constituye a expensas de resto de teji-
do epitelial embrionario por lo cual se le considera un odontoma.

Al desarrollarse lo hace en forma ordenada en tal forma
que las masas epiteliales adquieren la forma de cordones, tubu--
los o mamelones, cuyo parecido es el órgano del esmalte.

En cuanto a su crecimiento es lento.

Histológicamente tiene cierta solidez pero interiormente
su estroma se degenera en forma quística a veces multiloculada,--
desarrollándose en forma irregular y produce expansión sobre las--
paredes maxilares, produciendo en casos destrucción y mutilación-
por no poseer límites precisos.

Tratamiento:

Es la enucleación completa y resección total.

EL ODONTOMA.

Darlington y Lefkowitz define un odontoma como un tumor que tiene que ver con un diente u dientes. Se sabe que embriológicamente son de orígen mixto y están constituidos por el ectodermo y el mesenquima de un germen dental.

Clasificación:

Por lo general son benignos y pueden ser blandos o duros.

En los primeros son tumores neoplásticos en estado inmaduro de desarrollo.

En los segundos son masas calcificadas de esmalte dentina o cemento sumamente diferenciados.

Si existen una combinación de estos tejidos dentales son clasificados como odontomas concretos duros los cuales son encapsulados y aparecen en cualquier parte de maxilar y de mandíbula.

Características clínicas, los hallazgos clínicos son la falta de uno o varios dientes, infección y neuralgía.

Frecuentemente encontramos los dientes alrededor de un odontoma, los cuales están alineados anormalmente.

En ciertos casos el tumor puede eruptar.

Estudio radiológico:

En los odontomas duros existen caracteres propios de naturaleza del tumor, en cambio en las regiones blandas existen zonas radiolúcidas y difíciles de interpretar.

CASO CLINICO.

Un hombre blanco de 20 años se presentó quejándose principalmente de una hinchazón en el paladar, 5 días antes él había observado sensibilidad en la región del foramen incisivo y dos antes de venir a la Oficina notó una hinchazón en esta región.

No contribuyeron en nada la historia médica y de la familia.

Examen físico:

Clínicamente el paciente era un hombre bien desarrollado y bien nutrido y sí mucho dolor.

No se observaron deformidades faciales.

No había nódulos linfáticos palpables, en el cuello ni en las regiones submaxilares.

Intraoralmente, había un complemento normal de dientes, excepto por un incisivo central izquierdo sumamente pequeño con una alineación anormal de los dientes vecinos.

La mucosa sobre el foramen incisivo estaba ligeramente hinchazada e inflamada y una ligera protuberancia en el paladar que era palpable entre el central izquierdo y el lateral.

Examen radiográfico:

Las radiografía revelaron una masa redonda encapsulada sumamente calcificada de 1.5 cm. localizada entre los incisivos central y lateral izquierdos extendiendo sus raíces.

Encima de esta masa se veía un diente sin brotar, presumible el central superior izquierdo.

Diagnóstico clínico.

Odontoma complejo calcificado.

Tratamiento:

1) Colgajo palatino mucoperiostico hasta los primeros molares.

2) Localizar lesión.

3) Empleo de la fresa y cincel.

4) Extracción de dentículos con un pico de Crane.

5) Sección de la cápsula dura y hueca con el pico de Crane

Se observó que al tumor había hecho una perforación pequeñísima en el hueso bucal, el cual era de espesor de una cáscara de huevo y se había fracturado por lo que se procedió a quitar dichos fragmentos.

Además la corona del central sin eruptar fué expuesta con fresas y el diente fué extraído hacia abajo y palatinamente con un pico de Crane y forcepts radiculares.

6) Una vez alisado el hueso con fresa redonda grande la lesión fué suturada con seda doble (0).

7) Se quitaron las suturas cuatro días después.

8) RX 8 meses reveló que la cavidad ósea se regeneraba satisfactoriamente

NOTA:

Se notifico al paciente del resultado de la biopsia de un "Odontoma complejo" (tumor mixto odontogénico) por lo cual se le pidió que regresara.

Un año después de la primera intervención regresó con un dolor al lado derecho al lado de la mandíbula.

Estudio radiográfico:

Esta se hizo intraoralmente (Mandibular)

Existían dos dientes supernumerarios sin erupcionar entre el segundo bicúspide y el primer molar.

Se observó también que los supernumerarios estaban en - versión lingual.

Tratamiento:

Técnica de colgajo.

Los dientes supernumerarios fueron expuestos y mellados- con una frasa para ser elevados después y extraidos con un pico- radicular.

No existió sutura y no hubo complicaciones.

Lo que hemos tratado es con relación a los odontomas de-- tipo benigno, exponiéndose brevemente la técnica quirúrgica como- su tratamiento.

QUISTE FOLICULAR
(Dentígero)

Desarrolase por causas de un folículo dentario produciéndose en el interior de la cápsula del gérmen una degeneración quística, lo cual se produce en dientes supernumerarios o en dientes incluídos.

Esto acontece en gérmenes sobre todo de caninos y terceros molares.

En el interior existe un líquido seroso viscoso claro que algunas veces degenera en purulento por infección.

Por medio de la palpación se puede observar un abombamiento en donde se localiza, pero algunas veces pasa inadvertido.

Este tipo de neoplasia no presenta dolor.

Tratamiento.

El estudio radiográfico nos da las garantías posibles para un diagnóstico certero, sin embargo hay que realizar la extirpación quirúrgica.

QUISTE RESIDUAL.

Definición:

Los quistes residuales son cavidades patológicas de hueso que contienen un material fluído o semifluído y son usualmente — precedidas por una inflamación proliferativa crónica.

Clasificación:

Robinson los clasifica según la patología y la etiología y- los define como un quiste epitelial ectodermal odontógenico.

Incidencia:

Esta ocurre con bastante frecuencia en el maxilar y menos en mandíbula pero algunas veces implica el seno maxilar y este - permanece asintomático.

Tratamiento:

1) Extirpación

2) Apósitos

3) Taponamientos

4) Cierre primario

Sin embargo hay quienes prefieren marsupialización y enucleación combinadas.

Puede hacerse uso del procedimiento Caldwell-Luc o una — modificación de él.

CASO CLINICO DE QUISTE RESIDUAL.

Viuda de 52 años quejándose de una "Sensación pesada" en la región del seno maxilar izquierdo un Sabor "algo dulce", - ligera hinchazón alrededor de la mejilla y el hecho de no poder usar su dentadura superior.

La paciente estaba bien hacia tres meses cuando la dentadura superior empezó a irritar entre bicuspide izquierdo y el - molar.

Seis semana antes después de la apariencia de un flemón, se le ajusto una dentadura; un mes después de haber supuración- de esa región, la paciente fué referida para una consulta quirúrgica.

La historia pasada reveló unas cuantas extracciones como- unos cinco años antes de la presente enfermedad.

Nunca se habían tomado radiografías. Después de las - extracciones la paciente estubo asintomática. La historia médica era esencialmente negativa.

EXAMEN FISICO.

La paciente era una mujer blanca aprensiva con poco dolor.

Se observo una ligera inflamación de la región del arco cigomático izquierdo. No había ninguna linfa-adenomatosis en las - regiones pre o postauriculares.

La temperatura oral era de 98 Fahrenheit. Había intra_ oralmente una inflamación moderada en la región del bicúspide y - molar izquierdo del maxilar edentulo.

La palpación revelo una extensa esponjosidad de la super ficie bucal que producia un exudado claro, turbio innodoro en la re- gión del primer molar, la cresta del reborde alveolar.

Radiográficamente se observó una región de rarefacción - del lado izquierdo del maxilar y el piso del antro aparecia intacto.

TRATAMIENTO.

Piogenesis

Pérdida de l hueso labial

Esponjosidad de la región del lado izquierdo del maxilar.

Presencia de rarefacción (Diagnóstico presencia de quiste residual del maxilar).

La paciente solicitó se le anestesiase con técnica general siendo admitida en el Hospital de Bethany Deaconess 10 días - - antes de su primera apariencia en la Oficina.

El examen médico reveló un murmullo sistólico moderado - del corazón, el laboratorio (examenes) estaban dentro de sus límites normales.

El estudio radiológico (lateral y posteroanterior no revelo - el tamaño, ni la extensión de la lesión).

Sedacción preoperatoria: Se ordeno quimioterapia 300,000 unidades de penicilina B.I.B. y medicación preoperatoria de morfina (un sexto de grano) y atropina un 1/150 se creyó que se hallaría un quiste organizado y que se haría una completa enucleación y cierre primario.

Intervención:

Anestesia de gas-oxígeno-eter.

La cavidad oral se escobillo con tintura de cloruro de ---- Zephtiran, y la orofaringe fué empacada para evitar aspiración de- la boca se inserto.

Incisión en la tuberosidad la cual se extendio hacía delan te a lo largo del reborde de la cresta alveolar hasta región lateral, donde una incisión vertical determina la extensión del colgajo.

El mucoperiostio fué separado y replegado.

Se observó un quiste grande con un saco grueso "como de Epitelio" Así como algunas partículas adherentes de hueso bu-- cal de consistencia de cáscara de huevo.

En esta intervención se hizo uso de anestésico local y du- rante la operación la paciente tuvo dos períodos de apnea; por lo- que se le inyectaron cada vez 5 cc. de coramina intravenosamente.

Después que la paciente que respondió al analéptico por se- gunda vez, el anestesista pidió que se continuara la intervención- con anestesia local.

Se quita el taponamiento de la garganta.

Se anestesio por medio de un bloqueo posterior superior al- veolar del nervio infraorbital y por infiltración.

Mientras se agarro el saco con una grapa de Allis se -- usó una cureta de Seldin No. 43 para sacarlo de su sitio. A la - membrana del quiste se le adhirió parte del hueso superior y pro--

tección antral.

Con ayuda de luz de un faringoscopio se observó que el -- resto de la membrana antral estaba libre de enfermedad.

Se extrajeron los fragmentos de hueso de adentro del antro y en el piso del sitio de la perforación fue raspado con una cureta y alisado con una lima para hueso.

En la cavidad ósea se insertó una esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) para sostener el colgajo vuelto a su posición- que fue suturado con seda triple cero.

Se hizo el cierre primario y la paciente fué encamada en -- buen estado postoperatorio.

a) 500 c.c. de dextrosa al 5% intravenosamente -- ayudaron a mantener la hidratación.

b) El dolor fué aliviado con pantopon un tercio de -- gramo cada cuatro horas en caso necesario.

c) Y se continúa con penicilina durante tres días.

d) Al segundo día no existió hipertemia, pulso normal y sin ningún edema.

e) Solo presentada "sensación de peso en el ángulo- izquierdo"

f) En el antro izquierdo.

9) El informe patológico reveló un especimen de 1" 1/2 de diámetro y cartilaginoso.

Diagnóstico microscópico quiste ordinario.

La paciente fué despedida dos días después de la operación quitándole toda sutura, el séptimo día después de la operación.

El estudio radiográfico mostró complicación del antro.

La curación del cierre primario fué satisfactoria y un mes después se le dijo a la enferma que obtuviera una nueva dentadura, cinco meses después por medio del estudio RX, mostró el reborde alveolar lisamente redondeado.

Dos años después el estudio radiográfico postoperatorio -- reveló completa regeneración.

TUMORES OSEOS

(Benignos)

(En maxilar y mandíbula)

Esta clase de tumores es muy usual dentro del terreno quirúrgico y estas zonas como son el maxilar y la mandíbula son afectadas tanto por los tumores malignos como por los benignos.

La particularidad que tienen es de que cuando son invadidos por estas neoplasias su desarrollo es lento, siendo todo lo contrario de los tejidos blandos ya que en estos requiere de una expansión de destrucción del tejido óseo.

Así encontramos los tumores benignos como:

1) Osteoma (Tejido óseo)

2) Odontoma (Tejido del diente)

Al analizar esta clase de neoplasia tiene la característica de ser redondeada encápsulada por una membrana ósea compacta y su crecimiento es lento produciendo una desviación en línea maxilar -- por presión y despegue del periostio.

En su palpación es indoloro y duro.

NOTA: Cuando existen dientes supernumerarios y encápsulados no se les considera como odontomas.

El estudio roengenográfico es un buen procedimiento de diagnóstico antes de realizar la extirpación quirúrgica.

ENDODONCIA QUIRURGICA.

En lo que respecta a la Endodoncia Quirúrgica hemos de tener presente la reducción del trauma de los tejidos del campo operatorio, así como la suave manipulación de los tejidos, reduciendo al mínimo el tiempo de curación y recuperación, así como de reducir los dolores postoperatorios.

Por lo tanto al planear una intervención quirúrgica periapical endodóntica hay que sujetarse a ciertas normas.

Schram nos pone a consideración los siguientes principios con respecto a los colgajos quirúrgicos.

1) Todo colgajo de tejido blando ha de poseer una base ancha.

2) Las incisiones han de hacerse sobre una superficie ósea, distante de las estructuras óseas que serán intervenidas.

3) El tejido blando bucal o labial ha de levantarse lo suficiente de modo que exista una visión directa sin dañar los tejidos blandos.

4) Al realizar las incisiones ha de procurarse que no afecten gravemente la circulación de la sangre.

5) Haciendo uso de un cincel o una lámina, se eliminan las aristas óseas demasiado pronunciadas.

6) Al realizar la sutura los tejidos blandos deben ser colocados en su posición original.

Dentro de las técnicas existen algunas que reducen su campo de acción exclusivo a la lesión lo cual va a originar una inadecuada visibilidad y traumas a los tejidos.

Una de las técnicas que ha presentado menos complicaciones tanto el momento operatorio como postoperatorio, es el realizar las incisiones verticales, ya que estas reducen al mínimo las secuales, las cuales se observan frecuentemente en colgajos de incisiones horizontales o semilunares.

PASOS:

1) Dos incisiones verticales derecha e izquierda.

2) Incisión horizontal.

3) El corte es continuo haciéndose alrededor del cuello del diente, visectando las papilas gingivales hasta que se unan las dos incisiones verticales, (El bisturí es llevado ligeramente inclinado hasta un punto situado en la base del surco gingival).

4) Se desprende el colgajo y se separa del campo operatorio (Hasta periostio adyacente).

5) Suturánse las incisiones verticales.

6) Se sutura la incisión horizontal uniendo cada papila labial con la correspondiente bucal (por la región interproximal).

7) Instruir al paciente en cuanto a su higiene y a su regreso entre 5 a 7 días para remover las suturas.

ENDODONCIA QUIRURGICA

CASO # 1.

Paciente de 49 años de edad, fué referido para un tratamiento endodóntico de los incisivos derechos, mandibulares, central y lateral.

a) La Figura( )nos muestra el aspecto preoperatorio del campo quirúrgico.

b) En esta figura se nos presenta el colgajo en su posición original (Las suturas verticales y horizontales)

c) La figura nos muestra la remoción de las suturas después de 7 días de la intervención quirúrgica.

d) La figura en la que se observa 4 meses después de la operación.

En este caso se ve la gran utilidad en realizar las incisiones verticales sobre todo en las regiones anteriores de las arcadas mandibular y maxilar.

Pues evita este el problema que presenta el frenillo ya que dentro del terreno pediátrico es de suma importancia, pués cuando el niño esta en la etapa activa de erupción, con frecuencia el frenillo no sólo se encuentra hipertrofiado, sino la inserción inferior se encuentra cerca de la papila interdental situada entre los incisivos centrales.

ENDODONCIA QUIRURGICA.

Caso #2

Niña de 16 años de edad fué referida para el tratamiento quirúrgico endodóntico de los incisivos, entral y lateral izquierdo del maxilar.

1) En la figura y es el estudio radiográfico el cual se verificó antes y después de la intervención.

2) La figura observase cuando han transcurrido 7 días -- después de la intervención, en el cual se le hizo remoción de suturas.

3) En la figura después de haber hecho la remoción de -- las suturas.

4) La figura( )nos muestra los efectos después de haber -- transcurrido tres semanas.

Este es un caso cuyo ejemplo es tipicamente de la característica anatómica.

Otra ventaja importantes es que al realizar las incisiones - verticales en comparación con las de otros tipos de incisiones, en particular horizontales o semilunar da los óptimos resultados cosméticos.

Al hacer las incisiones verticales, entre las depresiones formadas entre las eminencias óseas, raramente se ven las escaras y

desfiguraciones postoperatorias.

Es por eso que al realizar las suturas horizontales y verti-
cales, el colgajo queda más firme en su sitio y no se desalojará-
cuando el paciente hable o mastique después de la intervención.

Esto es lo que sucede es decir formar escaras cuando se --
realizan incisiones horizontales o semilunares.

ENDODONCIA QUIRURGICA.

CASO No. 3

Aquí se señala la importancia de la posición y de la clase de incisión usada en la apicectomía. La causa de este problema fue una lesión periodontal y atrogénica.

Por el estudio radiográfico se descubrió en el incisivo lateral superior una rarefacción periapical.

Síntomas subjetivas no existían.

Se llevó a efecto una apicectomía y por el medio de una radiografía se observo que la base de la incisión (semilunar) quedo muy cerca del margen gingival en el tejido gingival libre.

Un mes después de practicarse la intervención, produjo al paciente una lesión fistulosa del tejido subyacente, tratándosele con paliativos mediante una incisión y drenaje.

Posteriormente reapareció el problema.

El examen clínico revelo lesión "parecido a un abceso" con apertura fistulosa, de exudado purulento. Al introducir una sonda gingival se encontró una larga y tortuosa bolsa periodontal labial.

El estudio radiográfico revelo la profundidad la cual se juntaba con la región apical del lugar original de la operación endodontica.

El diagnostico era un conducto fistuloso de una abceso periodontal.

Su tratamiento fue quirúrgico:

a) Colgajo quirúrgico removiendo tejido sobre la raiz y -- región adyacente.

b) Insertado en un frasco con formalina al 10% para biopsia.

c) Abulsión del diente.

e) Sutura en posición.

La biopsia reveló:

a) Tejido conectivo fibroso denso con:

Hemosiderina

Materias extrañas

Células gigantes de un cuerpo extraño

Degeneración mixomatosa

Espículas de dentina y hueso

Linfocito y neutrifilos

(Tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado e hiperplastico)

Diagnostico.-

Conducto fistuloso cubierto de tejido epitelial.

Cicatriz periapical de tejido conjuntivo denso, que es reacción fisiológica normal.

COMENTARIO DEL CASO ENDODONTICO #3.

Cuando se haga una incisión semilunar, ha de realizarse lo mas lejos del margen gingival.

Se puede usar una sonda periodontal para medir la profundidad cervicular y así evitar que la incisión se comunique con la hendidura gingival.

La incisión ha de incluir un diente a cada lado del diente sometido.

Alíviese ligeramente el margen tisular hacia corona. Facilitándose así la sutura por lo que se puede regular la tensión de-- esta.

Para evitar la región en cuestión han de hacerse dos incisiones verticales incluyendo las papilas de los dientes a cada -- lado del diente implicado.

Se hace una sutura a través de cada papila interproximal- y se complementa con dos suturas en cada incisión vertical.

LA EXODONTICA EN EL CAMPO DENTAL.

En este capítulo nos concretaremos atratar ciertos puntos que son de suma importancia, en primer lugar para evitar el trauma ocasionado por la mala técnica a que se sujetan los tejidos adya-- centes del diente.

Para ello ha de reducirse al mínimo, la posible fractura - radicular o alveolar.

Las técnicas en exodontica comprenden la separación ini- cial de las fibras de la membrana periodontal que conecta al diente en los alveolos.

Después por una ligera rotación desgarramos las fibras sin causar lesión al hueso alveolar.

Durante la rotación de un diente el fulcro está en el eje lar go de los dientes, lo que reduce al mínimo la posibilidad de las frac turas radiculares ya que cuando se aplican las fuerzas de expansión- antes de la separación de las fibras, esto redunda en la posibilidad -- de una fractura alveolar ya que las fibras pueden estirarse, pero aún- están conectadas a la superficie ósea y radicular. Por lo tanto las - fibras periodontales han de separarse con un escapelo o un instrumen- to agudo adecuado correspondiendo el último movimiento lateral, el -- cual dilatará anormalmente el hueso alveolar para hacer la avulsión -- del diente sin ejercer presión indebida en el hueso o en la raíz.

Siempre hay que tener presente la forma y la estructura de la lámina alveolar, bucal, pués cuando existe una fuerte base y ahusamiento marginal permitirá una considerable expansión antes de fracturarse, en cambio cuando existe hueso cortical delgado y procesos alveolares con base delgada y un reborde grueso se fractura facilmente, desgarrándose ciertas veces dentro del septo interdental, hueso alveolar de los dientes contiguos y el tejido blando superadyacente.

En cambio el hueso alveolar grueso resiste las fuerzas expansivas y fracturara la raíz antes de la expansión alveolar.

Existe el concepto erróneo que los dientes han de elevarse en sus alveolos antes de la rotación, pensando que estirará las fibras periodontales para llevar a cabo la rotación de los dientes sin embargo esta técnica conduce a una fractura radicular ya que al forzar una raíz contra el hueso ocasiona un impedimento al hueso y las fibras periodontales comprimidas e inflexibles, resiten a la rotación.

Otra cosa que hay que tener presente es la fuerza que ha de ejercer el fulcro ya que ocasiona:

1) Compresión
2) Expansión
3) Rotación
4) Palanqueo

Y por parte del diente la resistencia al apalancamiento en el ápice del diente.

Por lo tanto la posición del fulcro determina la localización de la presión excesiva del hueso y la consiguiente fractura de la - raíz.

CAUSAS DE FRACTURAS.

1) Si un diente sometido a una fuerza de extracción antes de que la expansión del hueso alveolar halla desalojado el fulcro hacía el ápice, el diente se fracturará.

2) Si la resistencia del hueso alveolar es más de que la- raíz, se fractura el hueso alveolar.

3) Los dientes con fuerzas anormales de las raices o con- una inclinación axial anormal se fractura a pesar del - hecho de que se intente expandir el hueso y mover el- fulcro hacía el ápice.

4) Los dientes que tienen anormalidades y no son sujetos a ser movidos con técnicas de gatillos deben ser ex-- traidos mediante un procedimiento quirúrgico.

AVULSION QUIRURGICA.

Cuando se realiza una intervención utilizando forceps o -

gatillos, es en si un procedimiento quirúrgico por el término "Extracción quirúrgica" se aplica a los métodos en que existe una - reacción ósea o división de las raíces para la avulsión de un -- diente o de una raíz.

No podemos prescindir, en el estudio preoperatorio, de - un examen clínico y radiológico de las variaciones anatómicas de las diferentes estructuras del diente.

Por lo tanto en la extracción quirúrgica hay que considerar:

1) Dientes con raíces curvas con o sin desgarro de las- raíces.
2) Anquilosis o hipercementosis.
3) Dientes multiradiculares con raíces divergentes.
4) Dientes con múltiples raíces cortas y bajas, trifurcaciones metidas en hueso grueso.
5) Raíces fracturadas más abajo del margen gingival.
6) Dientes con inclinaciones axiales opuestos a la aplicación de pinzas de extracción.
7) Raíces delgadas metidas en hueso gruesos
8) Raíces gruesas encajadas en hueso alveolar delgado.

T E C N I C A

La resistencia del hueso alveolar, la forma de las raíces o una combinación de estas se oponen al uso de una fuerza excesiva en las técnicas de extracción.

Las extracciones atramaúticas pueden efectuarse ya sea por una división de las raíces o por una remoción controlada de una presión excesiva del hueso.

Es importante proteger la integridad de la lámina bucal por lo tanto la resección es el método preferido para la extracción de las raíces en lámina alveolar delgada que rodean los dientes anteriores.

La remoción de los septos interradiculares no afecta la regeneración del hueso, hasta la altura normal de la cresta alveolar.

Cuando se realiza la extracci ón quirúrgica de molares, es mejor realizar una división radicular ya que al hacer remoción de hueso alveolar grueso demora la cicatrización y disminuye la altura de la cresta originando la pérdida del contorno normal del reborde.

Existiendo expansión dentro de la bifurcación o trifurcación de la raiz, es mejor evitar la remoción del septo interadicular, siendo necesario remover el hueso alveolar bucal junto con la división de las raices.

Es así como un conocimiento de la biomecánica que influye en las técnicas de la extracción, siendo el criterio para la extracción de los dientes con pinzas o con medios quirúrgicos.

DIENTES INCLUIDOS.

En primer lugar vamos a referirnos a la técnica quirúrgica que se sigue cuando el cirujano está ante un caso de inclusión.

Analizaremos en primer lugar los terceros molares inferiores, los cuales provocan durante su evolución ciertos accidentes a veces graves siendo necesaria su avulsión.

El estado patológico así como su terapéutica quirúrgica tiene variabilidad según su:

a) Ubicación

b) Posición

Forma del Paciente.

Por lo cual encontraremos dientes en:

1) Inclusión vertical

2) Inclusión oblicua mesial (o anterior)

3) Inclusión horizontal mesial (anterior)

4) Corona hacia adelante

5) Inclusión oblicua mesial invertida (Corona hacia abajo y delante)

6) Inclusión oblicua distal (Corona hacia atrás)

7) Inclusión horizontal distal (Corona hacia atrás)

Estas malposiciones se diferencian de los incluídos en -

posición ectopica como:

1) Ectopia hacia el ángulo mandibular

2) Ectopia hacia la apófisis coronoides

3) Ectopía hacia el cóndilo

4) Ectopía hacia el borde basilar.

T E C N I C A

En lo que respecta a la avulsión de estas anomalías vamos a exponer ciertos principios, los cuales tendrán sus variantes en -- cada caso en particular, pero estos (principios) son similares.

1) Anestesia (Regional, local, Izquemia)

2) En trismus(Anestesia maseterina de Bercher ó

3) Tópicamiento de la región del ganglio Esfeno-palatino

4) Incisión.

a) En bayoneta de ramas longitudinales (3 cm).

b) Una en borde interno

c) Otra en ángulo posteroexterno

d) Una rama transversal

5) Liberación del colgajo mucoso (Legra)

6) Descubrir completamente zona ósea

7) Tallado de la ventana ósea (Fresa redonda lanceada de Thomas No. 7 u 8)

8) Agujeros separados entre sí de 2 a 3 mm.

9) Unir dichos agujeros (Fresa de fisura Nos. 6 o 7 o un buril).

10) Levantar operculo óseo (cincel)

11) Destruir tejido esponjoso (Fresa redonda)

12) Liberar la corona y comienzo de la raíz (con -- fresa, cincel, hacer uso de elevador)

En lo que concierne a las intervenciones de mandíbula el cirujano ha de tener el suficiente cuidado de que cuando intervenga no vaya a provocar en el momento o posteriormente la fractura de este hueso así como de no lesionar los paquetes vasculo-ner-- vioso.

INCLUSION EN MAXILAR

La patología de estas anomallas es con menor frecuencia, pues no tienen obstáculo para su evolución pero en algunos casos los maxilares estrechos tanto en ancho como en lo largo existen - estas inclusiones provocando ciertos accidentes.

Las características que presenta son las siguientes:

a) Inclusión vertical (paralela)

b) Los ápices se elevan en piso de seno

c) Se hallan en espesor del piso de la tuberosidad.

d) Oblicuamente acostados

e) Corona hacia, delante (Raramente hacia atrás)

Cuando este es retenido en su evolución, evoluciona en -- profundidad y se coloca a veces entre el piso del seno y las raíces del molar de los 12 años encuadrando su corona.

Cuando esto existe es imposible realizar la abulsión -- pues tendrá que victimarse la molar que ha encuadrado la corona.

CANINOS INCLUIDOS

En este tipo de alteraciones se va ha ver que generalmente están cubiertas por tejido óseo y no tienen ninguna relación con la mucosa y cavidad bucal.

Los caninos superiores son los que presentan estas anomalías con mayor frecuencia siendo su posición variable en la parte ósea, un

1) sobre la vertiente palatina

2) sobre la vertiente labial

3) sobre la vertiente vestibular

Raramente a caballo sobre las dos.

Estas anomalías pasan a veces inadvertidas sino hasta cuando se hace uso de un estudio Roentgenográfico, por lo cual a veces su abulsión no se realiza sino hasta cuando existen accidentes pueden estar uno o los dos al mismo tiempo incluídos.

OBSERVACIONES.

a) En las intervenciones quirúrgicas (inclusiones ectopicas realizada por el Cirujano, se prefiere llevar - las a cabo por vía cutánea ya que por vía vestibular representa ciertas dificultades.

b) Al hacer la eliminación del germen del tercer molar -- inferior (Ortopedia dento-facial) se realiza por temor- de una recidiba de malposiciones dentarias las --- cuales tardan años en corregirse.
Cuando se realiza la exodontica de este resulta ser - un poco delicada ya que por la forma gorseramente redondeada flota cuando se intenta asirlo.

L U X A C I O N

Anteriormente ya se ha expuesto los componentes de la articulación temporo-mandibular sin embargo haremos un pequeño análisis de las anomalías que en sí puede presentar, que muchas veces puede llegar hasta el acto quirúrgico.

a) Si el movimiento de abrir la boca es exagerado el cóndilo rebasa la raíz transversa del cigoma la cual es un freno o limite de desplazamiento. Cuando ha revasado la luxación puede ser uni-o bilateral, teniendo en cuenta que cuando es unilateral la posición es asimétrica.

Tratamiento:

1.- Reducción de la luxación.

a) Colocar al paciente comodamente

b) Los pulgares sobre los molares.

c) Los otros abrazando el cuerpo mandibular

d) Fuerza hacia abajo

e) Presión hacia atrás.

Esto ha de realizarse inmediatamente pero existiendo dolos la reducción ha de hacerse con:

2.- Anestesia general:

a) Intravenosa

b) Inhalatoria (Cloruro de etilo)

c) Local

3.- Colocar vendajes

Cuando es frecuente esta luxación hay anormalidad del - cóndilo o existe una raíz transversa poco marcada o una hipotonia muscular de los músculos masticadores.

En hipotonia muscular ha de inyectarse sangre o Claude - periarticular o inyección de alcohol, cuyo efecto es retraer las - fibras musculares. En aplasia o en alteración ósea debe hacerse injertos para realizar topes de huesos extraído del arco cig-- mático o de la tibia.

FRACTURAS DE MAXILAR.

Un tipo de fracturas muy frecuente en la rutina del consultorio, es la fractura de la pared alveolar, la cual provoca una hemorragía que puede ser cohibida preventivamente.

Pero cuando ésta lámina ha quedado lo importante es no dejar sin extraerlo ya que así se evitará problemas secundarios como son: su necrosis y la osteitis supurativa.

DISYUNCION DE LOS MAXILARES SUPERIORES.

Este tipo de fractura es impar, vertical y media que da lugar a que los maxilares en su parte media sufran una separación presentando el paciente el siguiente cuadro:

1) Epistaxis
2) Dolor localizado en la linea media.
3) Hundimiento de macizo intersticial.
4) Alteración de la articulación dentobucal.

FRACTURA DE GUERIN

Esta anomalía es la fractura horizontal o transversal del proceso alveolar de los dos - maxilares que se extienden en sentido posterior hasta la apófisis pterigoides.

Cuando existe un tipo de separación de - los dos fragmentos en forma ligera y si es reciente puede reducirse por medio de un implante de continuación, cuyos apositos se fijan en los dientes existentes.

DISYUNCION CRANEOFACIAL

Aquí podemos hacer la distinción de dos tipos de fracturas.

a) La que separa el macizo facial de los huesos de la base del cráneo, la cual se le denomina Le for I.

b) La otra la que afecta la apófisis ascendente yendo por la cara orbitaria hasta la hendidura esfenopalatina, incluyendo el malar o no y se le denomina Le-for II, ésta es causada por:

a) Traumatismos violentos presentando el cuadro siguiente:

1) Epistaxis

2) Exoftalmia (prominencia de los globos oculares), por hematoma retroocular.

3) Dolor

4) Ligera desarticulación de los dientes.

FRACTURAS POR ARMA DE FUEGO.

Estas las podemos clasificar de la siguiente manera:

1) Fracturas de la infraestructura con lesiones en los dientes.

2) Fracturas de la mesoestructura que interesa el seno maxilar (ésta puede presentar epistaxis, a tal grado que sea necesario ligar la carótida).

3) Fractura de la supraestructura con lesión ocular.

FRACTURAS DE MANDIBULA

Fracturas de reborde alveolar:

Son identica en síntomas y tratamientos en la del maxilar.

Fracturas del borde inferior de la mandíbula:

Se caracterizan por presentar la forma de muesca.

Este tipo de fractura tiene gran capacidad de regeneración perióstica.

Fractura media de la sínfisis:

Su causa es:

Trauma

Compresión bilateral en ángulos.

Compresión de los lados de la mandíbula.

Se fractura en línea vertical y media y pasa por entre la — apófisis geni.

Sus síntomas:

Dolor electivo en sinfisis

Salida de sangre por boca

Separación de incisivos centrales

Desviación dental.

Fractura paramedia:

Esta se encuentra localizada a uno o ambos lados de la - línea media, siendo:

Simple

Doble (El fragmento experimenta tracción hacía atrás, - por acción muscular (genioglosos).

Síntomas:

Existe una asfixia que desaparece con tirar la lengua - hacia afuera.

Fracturas del cuerpo:

Existe una manifiesta separación de los fragmentos.

a) Fragmento anterior desplázase hacia abajo por el di-- gástrico.

b) Posterior / hacia arriba se desplaza siguiendo los músculos masticatorios.

Síntomas:

1 .- Existe herida.

2 .- Existe epitaxis

Fractura de la rama ascedente:

Esta zona se caracteriza por la diversidad de inserciones musculares, las cuales favorecen a que cuando existe fracturas solo- presenten desviaciones de los fragmentos.

Y cuando existe una irritación traumática de los músculos es - causa de trismus el cual después de 6 semanas dará por resultado una anquilosis.

Fractura de la apófisis coronoides:

En esta fractura el fragmento óseo es desplazado hacia arriba, siendo la causa de esto el músculo temporal.

Fractura del cóndilo.

La causa que ocasiona estas lesiones suelen ser:

Mecánicas como:

A) Una caída

B) Un fuerte golpe.

C) Un trauma excesivo sobre el mentón.

ocasionando que esta sea unilateral o bilateral.

Síntomas:

1) Dolor electivo delante del trago.

2) En palpación se observa que no sigue los movimientos mandibulares.

TRATAMIENTO

En la actualidad existen una diversidad de procedimientos - para lograr que esta logre su regeneración, sin embargo somera-- mente escribirémos unos pequeños detalles que pueden ser útil- como orientación para los tipos de fracturas que hemos analizado.

En primer lugar diremos que en las fracturas de reborde y - de perforación se sigue una conducta expectante pero ha de man- tenerse lo más aséptica posible la boca y administrar antibióti-- cos.

Cuando existe un a desviación hay que corregir primeramen- te la desviación de los fracgmentos y llevar a cabo posteriormente la inmovilización.

En lo que concierne a las fracturas paramedias dobles ha de- procederse a evitar la asfixia que es producida por el retroceso -- del fragmento central, lo cual se logra procurando hacer una trac- ción continua de la lengua, pasando un hilo de seda por la punta - y conservándola en tracción delantera a través de un alambre soli- darizado, a una capelina.

a) Esta inmovilización se realiza por enclava-- miento intraóseo mediante alambres de Kirschner,

b) Por fijación externa según el procedimiento de Rogers Anderson. (Se elevan más agujas perpendicularmente al plano externo óseo y se fijan a un soporte que las mantiene en firme posición.

c) alambres enlazados entre las piezas dentarias (ligadura de Carol Montfort.

d) Otro procedimiento es el hacer uso de fijación protética con materiales de cromo cobalto o resinas acrílicas.

TRISMO Y RIGIDEZ DE LA
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

El trismo es un síntoma que se caracteriza por la imposibilidad de abrir la boca. Analizando la patología de este observamos que tiene gran concomitancia con el proceso patológico del tercer molar y a la vez con la arcada dentaria.

Su cuadro de gravedad depende del grado de apertura de - - las hileras dentarias por lo que para su estudio lo clasificamos de -- la siguiente manera:

I.- El trismo grave en el que no existe separación incisal - superior e inferior.

II.- El trismo menos grave o medio en el que se observa --- una separación interincisal de un centímetro.

III.- El trismo ligero cuya apertura bucal no se registra total mente.

El tratamiento a que hemos de someter este estado patológico depende de su orígen teniendo presente que hay que iniciarlo con - urgencia para evitar que evolucione a una constricción permanente.

Al presentarse este problema y cuando se identifican que la- causa inflamatoria es de orígen dentario ha de someterse al paciente-- a una antibioterapia y adeministrarle en combinación un re - - --

lajante muscular. Al no ceder este estado ha de llevarse a cabo la apertura bucal mediante tornillos especiales separadores los -- que irán abriendo la cabidad oral lentamente.

Existiendo dentro del cuadro dolor se administran analgésicos o un anestésico local.

La constricción o rigidez permanente es una entidad nosológica, a la que ha de conducir todo trismo que se prolongue más de 6 semanas.

Clínicamente se divide en:

I.- Constricción activa caracterizándose por la constricción exajerada de los músculos masticadores.

II.- Constricción pasiva en la que se observa la imposibilidad de la apertura bucal debido a alteraciones articulares (cicatrices, etc)

Su origen podemos clasificarlos de la siguiente manera:

1o.- Cutáneo en el cual existen cicatrices que impiden la - movilidad y se le denomina constricción pasiva.

2o.- Muscular en la cual se puede registrar constricción pasiva o activa en la que intervienen los músculos masticadores produciendo esta patología.

3o.- Oseo cuya causa es una anquilosis de la articulación temporo maxilar registrándose debido a un proceso inflamatorio que degenera en calcificación.

Se ha observado que ciertas enfermedades de tipo eruptivo pro-

ducen artritis así encontramos entre estas la escarlatina, etc.

La espondilo artritis anquilopoyética evoluciona con la anquilosis de los cuerpos vertebrales y con la artritis temporomaxilar.

Para lograr un acertado diagnóstico ha de someterse al paciente a una escrupulosa historia clínica para así valorar todos los síntomas y no confundirlo con un estado de tétanos.

Su tratamiento dependerá del tipo a que pertenesca.

1o.- De origen cutáneo han de extirparse las cicatrices retractiles y se ha de reconstruir en forma estética.

2o.- De origen muscular ha de realizarse la sección del músculo y fibras en sus puntos de insesión.

3o.- De origen óseo. Con respecto al tratamiento de esta zona han existido técnicas que actualmente estan en deshuso y en la actualidad han sido suplidas por una artroplastia de la articulación previa resección del cóndilo articular seguida de un delicado tratamiento ortopédico.

TRAQUEO-TOMIA.

Antes de describir este procedimiento vamos analizar unos pasos que en la clínica, en el consultorio o en el hospital nos - son de gran utilidad sobre todo para evitar la intubación y este - proceso de traqueotomia.

Una de las cosas que es de suma importancia es que la - acción debe preceder al diagnósitco definitivo en el caso de obs- trucción al paso del aire y a quea que el obstáculo se aloje en - la parte alta o baja del tubo respiratorio.

Por lo tanto ha de seguirse los siguientes pasos:

1) Inclinar la cabeza del paciente lo mas que sea posible
2) Dar aire a presión de boca a boca o de boca a nariz o de boca a tubo oral.
3) Ventilando mediante una máscara con bolsa ysi es posible con oxigeno.
4) Con los dedos quitar los dientes postizos (Prótesis)
5) Mover la mandíbula en tal forma que esta rebase el maxilar.
6) Insertar cánula faríngea.
7) Entubar tráquea.

Nota:

Advirtiéndose sangre o vómito en la boca ha de procederse a la limpieza antes de la insuflación.

Los pasos antes mencionados han de realizarse en la mayor brevedad de tiempo ya que si se continua dando respiración con una mascarilla y bolsa los pacientes tendrán oportunidad de reaccionar favorablemente y así podrán ser oxigenados hasta el momento preciso en que se hará la entubación o la traquetomía.

Una de las cosas que debe preveer el cirujano es de vigilar la introducción del aire el cual no entre en el esófago y el estomago en vez de hacerlo en la tráquea.

Este fenómeno es muy observable ya que el abdomen se torna mas voluminoso.

Cuando esto sucediere ha de colocar la mano sobre el abdomen del enfermo y presionar hacia abajo firmemente hasta que se erupte (Estar prevenido para expirar el contenido del vómito en faringe).

Para evitar que la lengua se deslice hacia delante mantenga los labios y los dientes separados del paciente.

Donde existen problemas asmáticos ha de recurrirse a la respiración de oxígeno al 100% y administrar un medicamento alcalisante para elevar el pH de sangre y activar los dilatadores bronquiales.

Hay que evitar los resucitadores autómaticos de presión ciclica porque no puede eliminar la obstrucción del conducto del aire,

BIBLIOTECA CENTRAL
U. A. N. L.

si los pulmones se insuflan en una paciente con pérdida de la - conciencia hay que ventilar tres o cinco veces rapidamente y tomar el pulso carótideo.

Existiendo para cardiaco hay que aplicar el masaje exter- no al corazón alternando dos insuflaciones con 15 compresiones-- sobre el externon a intervalos de un segundo siendo más rápido - en infantes.

Nunca hay que interrumpir la respiración más de un minuto.

No existiendo fracturas voltee la cabeza del paciente y abra un ojo. Estando los dientes apretados hay que colocar el pulgar - contra los dientes inferiores y el índice contra los superiores de - modo que dichos dedos se crucen para ejercer palanca.

Estando estos en estado rígido (los dientes) es decir apreta- dos introduzcan su índice hasta el último molar y palanque para - abrir.

Cuando se introducen una cánula hay que tener cuidado de - no empujar la base de la lengua hacia atrás ya que la cánula ha - de deslizarse sobre la lengua quedando entre bóveda palatina y - después ha de hacerse un movimiento de rotación. A este respec- to nos será de gran ayuda un abate lenguas.

Pasos de una traqueotomía:

1) Inyección intralanrígea (Jeringa Luer-Lork de 5cc y aguja calibre 21 o 22)

2) Cabeza echada hacia atrás y hacia arriba.

3) Identificar la membrana cricotiroidea.

4) Pasar la aguja a través de ella hasta el lumen traqueo - subglótico.

5) Extraer aire e inyectar la solución.

6) Extraer la aguja rapidamente.

7) El cirujano del lado derecho

8) Inmoviliza laringeo con el dedo medio y el pulgar de la mano izquierda.

9) Palpar el ángulo en V del cartílago tirohioideo (Manzana de Adán)

10) Hacer incisión de un centímetro en piel del cuello.

11) Palpar la membrana cricotirohioidea (entre el cartílago tirohioideo y el cricoideo)

12) Incisión transversal de esta membrana de 5 cm.

13) Introducir cánula.

Es necesario cerrar la boca del paciente para que dicha éntu- ción realice todo el efecto requerido es decir que el aire que se - esta introduciendo no sufra pérdida alguna.

Ciertos autories verifican esta incisión en forma vertical -- pero esto da lugar a que la entubación se realice con cierta dificul- tad.

BIBLIOTECA CENTRAL
U. A. N. L.

En resumen diremos que la intervención de este proceso quirúrgico ha de realizarse en las mejores condiciones siempre -- que sea posible y de preferencia en un hospital y con tubo traqueal previamente introducido.

Esta se realiza a nivel del segundo y tercer anillo de la tráquea con una incisión que no debe de ser alta ya que predispone al paciente a la estenosis traqueal y por el contrario un corte bajo puede producir desalojamiento del tubo o lesión de la arteria innominada.

CONCLUSIONES.

El individuo candidato a cirugía ha de considerársele como unidad funcional indivisible y como tal debe ser considerado.

El éxito de toda intervención quirúrgica puede depender de - una buena preparación previa del enfermo.

El conocimiento anatómico de la región que se va ha intervenir es indipensable tanto en la valoración de la lesión que se trate como en el momento quirúrgico y aún en el postoperatorio.

La cirugía en estomatología requiere de nn equipo quirúrgico-completo incluyendo desde su Sala de Operaciones con sus dependencias instrumental quirúrgico y personal humano suficientemente entrenado.

Los descubrimientos de la anestesia, asepsia y antisepsia hicieron posibletoda intervención quirúrgica.

La fisura de labio y paladar hendido son lesiones muy frecuentes, porque se presentan en la práctica estomatológica.

El diagnóstico preciso de las anomalias velofaringeas, requiere siempre del estudio radiológico que proporcione datos valiosos - sobre la modalidad del paladar y los defectos de posición del mismo durante el lenguaje.

La radiología permite hacer una carrelación morfológico-fonética adecuada mediante una técnica sencilla accesible y de fácil -

interpretación.

La cefalometría radiológica, debe ser practicada en forma - seriada en diferentes etapas de la vida desde el nacimiento hasta el fin del tratamiento de la fisura palatina(1)

La reparación quirúrgica de fisura y paladar hendido tendrá como finalidad obtener la recuperación:

1o.- Fisiológica o funcional

2o.- Estética.

(1) La cefalometría permite analizar las relaciones craneofaciales y llevar un control del crecimiento, conocer los defectos de este y ver el caso de presentarse el colapso de los arcos maxilares y valorar las deformidades dentofaciales. Es una referencia - indispensable en el manejo ortodóntico de los pacientes con fisura palatina.

El tratamiento de la neuralgía trifacial es frecuentemente de- la competencia del estomatologo, dependiendo de la etiología en - cada caso particular y puede ser de solución médica o quirúrgica.

En cavidad oral pueden encontrarse gran diversidad de tumoraciones siendo mas frecuentes las de tipo maligno.

El trismus es una lesión frecuente porque puede presentarse - por infección laringea o dental o durante el operatorio cuando se --

prolonga el tiempo en que existe apertura bucal y en los postoperatorios cuando se falta a las reglas de higiene. Su tratamiento es- medico-quirúrgico.

La reducción de las luxaciones temporo mandibulares son de la competencia del estomatologo aún cuando sus causas sean traumáticas o por deficiencia de los componentes anatómicos de la - - articulación.

Las incisiones verticales en la cirugía endodóntica (apicectomia) no afectan gravemente la circulación de la sangre y reducen al mínimo las secuelas negativas y dan óptimos resultados cosméticos.

En la exodóntica es imprescindible el estudio clínico y radiológico previo a la intervención de las variaciones anatómicas del diente y del periodonto.

La rotación del diente antes de su elevación del alveolo -- desgarra las fibras periodontales sin causar lesión al alveolo.

Las fracturas son lesiones que en la vida cotidiana se -- presentan con regularidad por lo cual han de valorarse clinicamente a través de un estudio Roentgenográfico que nos llevará en su mayoría a efectuar una intervención quirúrgica.

La traqueotomía es observada como un medio indispensable de seguridad de paciente a médico ya que por circuntancias imprevistas el paciente se encuentra en peligro. Es cuando el Cirujano tiene que recurrir a la citada intervención para salvarle la vida.

RESUMEN

Se presenta un trabajo sobre cirugía estomatológica que incluye:

Concepto de anestesia, asepsia y antisepsia mencionando - metodos de esterilización.

Anatomía topográfica de las regiones que más frecuentemente- se intervienen en estomatología.

Elementos físicos y humanos indispensables en toda intervención estomatológica.

Preparación a que ha de sujetarse el individuo candidato a cirugía.

Fisiología oral elemental.

Reparación de diferentes tipos de fisura de labio y paladar hendido, incluyendo estudio radiográfico, clasificación y tratamiento - de algunos tumores orales.

Técnicas usuales en endodoncia y exodoncia, fracturas de maxilar y mandíbula incluyendo su tratamiento médico-quirúrgico.

Las causas del trimus y anomalías temporo mandibulares, así como su tratamiento médico-quirúrgico.

Datos de una traqueotomía en lo que respecta a su técnica e - indicaciones.

Se ilustra la tesis con (X No.) de figuras que ilustran las zonas anatómicas e intervenciones Médico-quirúrgicas.

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

DICCIONARIO ODONTOLOGICO
Ciro Durante Avellanal

DICCIONARIO MEDICO
Luigi Segatore

ATLAS DE TECNICA OPERATORIA
G. Ginestet-H. Frezieres

ANATOMIA
E. Gardner

CIRUGIA PLASTICA
Arthur J. Barsky

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS.
L. Cardenal

ENCICLOPEDIA SALVAT DE CIENCIAS MEDICAS
J. Valero Rivas

CIRUGIA DE CARA Y CUELLO
Palacio

ANATOMIA HUMANA
Dr. L. Testut

ANATOMIA HUMANA.
Dr. Fernando Quiroz

ANATOMIA DENTAL
Diamond

NEURO ANATOMIA
Stronelwing

ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY
Malcolm B. Dockerty y Cia.

APUNTES DE CIRUGIA.
Dr. Victor Diaz P.

PARODONCIA
Glickman

PATOLOGIA
Lerdbrain

REVISTA ATENCION MEDICA
(enero 1972)

REVISTA TRIBUNA MEDICA
(mayo 1972)

REVISTA
Dental Survey
(June 1966)

REVISTA MAYO CLINIC PROCEEDIGNS
(March 1968)

REVISTA ORAL HYGIENE
1965-1966-1967.

DENTAL RADIOGRAPHY AND PHOTO GRAPHY