

318322

9
267



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA
CIRUGIA BUCODENTOMAXILAR

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ SOTO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA CIRUGIA ORODENTOMAXILAR

- **INDICE**
- **INTRODUCCION**
- **CAPITULO I. CUIDADOS PREOPERATORIOS Y REQUISITOS CLINICOS Y DE LABORATORIO**
- **CAPITULO II. ASEPSIA Y ANTISEPSIA**
 - * Definición de Asepsia.
 - * Esterilización:
 - Agentes Físicos
 - Agentes químicos
 - * Definición de Antiseptia
- **CAPITULO III. ANESTESIA:**
 - * Definición
 - * Anestesia General
 - * Anestesia local
- **CAPITULO IV. ESCISION:**
 - * Definición
 - * Características
 - * Incisiones Intraorales
 - * Incisiones Extraorales
- **CAPITULO V. ORLGAO:**
 - * Definición
 - * Incisiones
 - * Requisitos

		<ul style="list-style-type: none"> * Procedimientos * Clasificación
=	CAPITULO VI.	OPERACION PROPIONOIDE DURA <ul style="list-style-type: none"> * Definición * Etiología por diseción * Oseotomía y Osteotomía
=	CAPITULO VII.	TRATAMIENTO DE LA CERVIDA <ul style="list-style-type: none"> * Laseo * Cortejo + Laseo * Colocación de apófisis
=	CAPITULO VIII.	SUTURAS <ul style="list-style-type: none"> * Definición * Características de la sutura * Materiales de Sutura: <ul style="list-style-type: none"> - Absorbibles - No Absorbibles * Clasificación
=	CAPITULO IX.	CRUJIDOS POSTOPERATORIOS <ul style="list-style-type: none"> * Del Cirujano * Del Paciente: <ul style="list-style-type: none"> - A corto plazo - Dificiliante
=	CONCLUSIONES	

INTRODUCCION

La realización de cualquier actividad requiere de un esfuerzo y esa - sistematización del proceso mental por parte de quien la lleva a cabo, - año aún si se trata de plasmar en un documento escrito una serie de revol- ciones y procedimientos de alguna rama del quehacer diario del ser huma- no.

El organizar este proceso en orden, debe integrarse perfectamente y quedar como un todo para que su objetivo final se cumpla.

El documento que en páginas adyacentes podrá revisar, reúne todos estos requisitos. Representa el esfuerzo de un estudiante universitario por -- trascender a un nivel superior, por alcanzar una meta de los muchos que -- todo ser humano se fija en el desarrollo de toda su vida... en esta -- casa, en el tomar una gallina en la Licenciatura de Cirujano Dentista. Sucesos con ella durante muchos años de esfuerzos sostenidos.

Este documento receptivo, no lleva el afán de ser leído en su clase, - sino por el docente auxiliar en común, una necesidad sentida, como es -- realmente un intento por ofrecer a las generaciones que vienen detrás una -- opión ya integrada de donde consultar ya sistematizada todos los proce- -- dimientos actualizados de la Cirugía Buccodentofacial.

CAPITULO I
CUIDADOS PREOPERATORIOS
Y REQUISITOS CLINICOS Y DE
LABORATORIO

Toda intervención quirúrgica por simple o pequeña que sea, debe hacer que esté presente en la mente de quien tenga la responsabilidad de realizar la que se requiere de cubrir ciertos cuidados y requisitos a fin de brindar al paciente la seguridad de que en todo momento se está pensando en su bienestar.

Con objeto de alcanzar un proceso que crama con finalidad terminal un contenido didáctico se estructura este primer capítulo de cuidados preoperatorios en dos grandes secciones:

- Requisitos Clínicos
- Requisitos de laboratorio

Requisitos Clínicos:

Dentro de la actividad quirúrgica moderna el estudio clínico de todos y cada uno de los pacientes es condición imprescindible.

Los procedimientos de la cirugía de la prevención, cuidado y rehabilitación haná, así como los avances tecnológicos y recursos tecnológicos modernos, requieren que el Cirujano Dentista este pendiente y registre el historial clínico de todos y cada uno de sus pacientes. Y que no se le olvide que en nuestra medio social cada vez más frecuentemente pacientes que tienen un tratamiento a largo plazo, así como procesos alérgicos o de otro tipo que deben detectarse ya que impiden el uso en ocasiones de determinados procedimientos que generalmente se aplican con poca ayuda de dentro de la actividad rutinaria en odontología.

Fuente importante de llamar la atención es la mala costumbre en nuestro país de la auto-medicaicifical ser ocasionada por nuestros colegas valiosos, por nuestros desahucios o por nuestro desquite, pero que con frecuencia trae problemas en el manejo práctico de pacientes para el Cirujano Dentista, ya que no siguen las indicaciones del profesionalista responsable de su atención.

Sin olvidar que en cada vez más frecuente la atención de personas con presionamientos crónicos degenerativos y/o con grandes cirurgías o que cuentan con injertos neurales o mecánicos que les ayudan para su vida.

Con esta gama de variables lo mejor es sistematizar los datos para su control y análisis. Así pues, se propone el siguiente formato: (44)

• Antecedentes familiares Patológicos:

	MATEROS	PATEROS
Hipertensión =	_____	_____
Diabetes =	_____	_____
T. b.	_____	_____

• Antecedentes Personales Patológicos:

Alergias :	_____
Diabetes :	_____
Hipertensión :	_____
Cirugías	_____
Injertos :	_____

• Medicamentos :

Ingestión :	_____
Tipo :	_____

Requisitos de Laboratorio:

El recurso de los apoyos de diagnóstico clínico son y deben ser - visiones como este, un apoyo en la actualidad solo en caso de duda o para realizar un tratamiento o para realizar un diagnóstico se debe valor uno de ellos.

Hay que tener en cuenta que el impacto económico al paciente es -- hay que tenerlo presente -- y que es preferible usar estos recursos -- cuando sean en realidad indispensables.

El apoyo más usado por el Cirujano Dentista son las placas Radiográficas, su utilidad es indispensable. Cuando se tenga que prescribir a la realización de un trabajo que requiera de Cirugía Interodonta es donde a juicio del Médico Cirujano Dentista haya que valorar los tiempos de coagulación y sangrado o alguna de las otras -- manifestaciones corporales estas deben solicitarse no en batería sino -- en forma individual.

En el manejo cotidiano de la clínica en caso de duda en relación -- a enfermedades específicas como Sífilis o Sida, manejar a solicitud expresa las pruebas de Wassermann y de Elisa expresamente.

La modorra del Cirujano Dentista es el ejercicio de su profesión -- lo irá dando al tiempo, mientras que acortamos recomendamos lo -- siguiente:

- RX :

Cuando sean necesarias y cuando sean justificadas el tratamiento, se elegida.

- Sangrado y Coagulación :

Una vez por paciente, cuando se requiera cualquier intervención de nivel medio o tratamiento con bisturí o tijeras.

- Tipo Sangrado y Rx :

Cualquier intervención de gran cirugía Recodentomaxilar una vez por paciente.

- SIDA :

En caso de duda.

- Elisa :

En caso de duda. [46]

CAPITULO II

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA: (del griego "a" privativo y "sepsis" putrefacción)

Definición:

Se conoce como asepia a las cosas y procedimientos que se practican para conseguir la esterilización del material quirúrgico y de todo aquello que tendrá contacto con el campo operatorio. La asepia es una de los fundamentos de la cirugía moderna. (8, 29, 34)

Evitar y corregir la infección son postulados dentro de las técnicas Quirúrgicas y la asepia son de los conceptos necesarios para prevenir y combatir la contaminación del campo operatorio por gérmenes patógenos, tratando de eliminarlos en manera absoluta. Hace es difícil de lograr y para los fines quirúrgicos basta con destruir los gérmenes patógenos capaces de producir infección o bien lograr que pasen en cantidad y virulencia tan disminuida que no producen síntomas clínicos. (25, 27, 28)

El uso de los antibióticos ha provocado que muchos operadores pierdan el cuidado metódico de la asepia antes de la intervención. Estos cuidados no deben disminuirse ya que la infección de una herida puede anular el fracaso completo de la operación o cuando menos prolongar el proceso de curación de la misma. (25, 28)

ESTERILIZACION:

Al hablar de asepia, es lógico hablar de esterilización. Esta se define por esterilización a la eliminación de cualquier tipo de vida, vegetal o animal, de tipo microscópico o microscópico, sean insectos o molinos y que se realiza a cada por diversos medios físicos y químicos. (27, 28)

El significado de esterilización es absoluta, no pueden existir cosas así llamadas, un objeto es estéril o no lo es, no existe término medio. (8, 30)

MÉTODOS DE ESTERILIZACION:

Los métodos de esterilización pueden ser divididos en dos partes:

- 1.- Agentes físicos para la esterilización
- 2.- Agentes químicos para la esterilización

Los agentes físicos para la esterilización incluyen:

Lavado, Flameado, Radiaciones, Aire caliente, Combustión y llama directa, Ebullición, Calentamiento por corriente de vapor, Autoclave o esterilización por presión de vapor y Gas-res esterilina.

Los agentes químicos de esterilización incluyen:

Sustancias que lesionan las membranas celulares o sustancias que inhiben la actividad enzimática, desnaturalizan las proteínas o ambas acciones y sustancias que lesionan ácidos y genes.

Agentes físicos para la esterilización:

- Lavado: Es un procedimiento físico-mecánico sencillo y además muy utilizado. El lavado mediante agua y jabón actúa como un barrido depurador que arrastra y elimina las materias contaminadas. Se utiliza en el lavado de manos del Cirujano, de sus ayudantes y los campos operatorios. (29)
- Flameado: Se utiliza para la esterilización de las superficies pulidas de las cubiertas de las mesas, bandejas y algunos utensilios a condición de que la temperatura se eleve por arriba de los 100° C (más grados centígrados) y se mantenga la temperatura por 5 a 10 minutos.
- Radiaciones: La luz solar es un poderoso agente bactericida - La exposición por un tiempo considerable a los rayos solares - elimina esporas y células vegetales debido a los rayos de luz más cortos, los cuales son letales y se encuentran además del extremo violeta del espectro (rayos ultravioleta) -- Se tiene aplicación quirúrgica debido a la exposición al aire libre. La luz ultravioleta se puede producir artificialmente pasando una corriente eléctrica a través de vapor de mercurio en tubos de cuarzo. El empleo de lámparas ultravioleta es una práctica general para eliminar bacterias, hongos y virus en habitaciones cerradas, y se ha informado del gran éxito en la prevención de accidentes infecciosos por microorganismos transportados por el aire, utilizando estos dispositivos en salas de hög patógenos de infecciones contagiosas y en quirófanos. El efecto de estos rayos sobre las bacterias no se ha esclarecido exactamente. (8, 11, 30)

- **Álora Caliente:** Es una forma de esterilización por calor seco y para este efecto se ha construido aparatos especiales que cumplen el mismo principio que la cámara de Pasteur o la estufa de Fouppinal. Actualmente se la conoce como horno de calor seco y es una cámara de doble pared calentada por gas o electricidad construida para resistir altas temperaturas y que a su vez tiene ventiladores interiores para asegurar la circulación constante del aire caliente dentro de la cámara. Se utiliza para esterilizar instrumental y ropa quirúrgica, aunque en ocasiones se le utiliza para esterilizar líquidos no volátiles como el aceite de parafina. (8, 26, 29)

Para asegurar la esterilización en el horno de calor seco, el material quirúrgico se somete a una temperatura de 180° C (ciento ochenta grados centígrados) durante 30 a 60 minutos para destruir hasta las formas esporuladas más resistentes. (28, 34)

- **Combustión y llama directa:** Esta técnica es utilizada para la incineración de artículos contaminados por gérmenes patógenos. Se le deseara que todo aquello que tuvo contacto con un campo séptico y que no pueda ser sujeto de volver a usar sea incinerado. (8, 28, 30)
La llama directa, generalmente obtenida de un mechero de Bunsen, es utilizada para esterilizar las bases de los tubos de cultivo, portabijetas y subrotijetas, en las cuales se desea tener una biopsia. Puede ser utilizado también como técnica de emergencia para esterilizar los extremos de una pinza y otras herramientas. (8, 34)

- **Estilización:** Es un buen método de esterilización más no de esta técnica. Esto se debe a que el agua en su punto de ebullición nunca supera los 100° C (cien grados centígrados) y algunas tipos de esporas son más resistentes a esta temperatura. Aunque la mayoría de las formas bacterianas muoran a los 30 minutos de estar expuestas a esta temperatura, las esporas aún resistentes la estilización durante una hora o más. En cualquier caso, antes de la estilización se debe asegurar que los objetos que se exponen a esta técnica estén limpios y sobre todo que se encuentren totalmente sumergidos en el agua hirviendo. (16, 29, 32, 34)

- **Calentamiento por corriente de vapor:**

Toda vapor que se encuentra encerrado bajo presión, tiene la misma temperatura que el agua hirviendo, y nunca se eleva por encima de esta temperatura. No es posible que en una sola exposición al vapor se logre la destrucción de todas las esporas, pero si el material que se ha de esterilizar se expone por períodos de media hora diaria durante 3 ó 4 días consecutivos,

La esterilización puede lograrse. Esta método se conoce como método fraccionado o discontinuo de esterilización el vapor, también llamado Tindalización o esterilización intermitente. - El aparato utilizado para este procedimiento es conocido como autoclave de Arnold. Este procedimiento es ideal para todos aquellos materiales en los cuales no es posible utilizar temperaturas mayores de 100° C (unos grados centígrados). --- El objeto de esterilización (fraccionado o Tindalización) es el de permitir que los esporos de aquellas formas adultas, las cuales están más susceptibles de destrucción. [8, 14, 15, 16]

- Autoclave o esterilización por presión de vapor:

El autoclave es un aparato que está basado en las leyes de Mariotte y Gay Lussac; en este aparato, el volumen de vapor se conserva constante, y sólo se hace variar la presión, aumento de la temperatura, debido a que la relación entre presión y temperatura es directamente proporcional; de esta manera a mayor presión, mayor temperatura. El autoclave consta de una cámara metálica de doble pared (acero), provista de una puerta que cierra a presión, un generador de vapor y un juego de lavas que permite comunicar la cámara de esterilización con el generador, o bien comunicar la cámara de esterilización con el exterior en caso de que la presión sea demasiado alta. --- Consta además de un manómetro para medir la presión y termómetro para medir la temperatura. [17]

El tiempo de esterilización empieza a contar desde que la cámara de esterilización se llena de vapor a la temperatura adecuada. Este se mantiene una temperatura de 121° C (ciento veintinueve grados centígrados) a una presión de 15 libras durante un lapso de 30 a 35 minutos.

El tiempo varía en parte por la naturaleza del material; así - las alfileras o paquitos más voluminosos requieren de mayor tiempo de esterilización que los paquitos pequeños.

[8, 14, 15, 17, 29, 30, 34]

La efectividad de la esterilización en autoclave puede comprobarse colocando papel tinte en los boticos a esterilizar.

Agentes químicos para la esterilización:

Los agentes químicos utilizados también conocidos como desinfectantes y antisépticos, son de un gran número agentes bacteriocidas y se clasifican según su mecanismo de acción:

1.- Sustancias que lastiman las membranas celulares:

- Jabones: Son sales de Sodio y de Potasio, que destruyen la tensión superficial por lo cual se concentran en la superficie en donde son aplicados. Los ácidos de jabón se combinan con las superficies de las bacterias en tal forma que sus células gruesas se adhieren a la superficie bacteriana análoga

solo una acción mecánica que rompe la membrana celular provocando la salida del protoplasma o bien la entrada de materiales tóxicos. El efecto puede ser bacteriostático o bactericida dependiendo de la cantidad de jabón. (8, 23, 30)

- Detergentes aniónicos: Son productos sintéticos similares a los jabones pero con mayor solubilidad a bajas temperaturas y permiten la salida de compuestos de Nitrógeno y Fosforo de la célula, además de combinarse con los lípidos y proteínas de las membranas, desnaturalizando a éstas últimas. (23, 30)
- Detergentes catiónicos: Son soluciones en agua en un 50%. Su principal acción es la de adquirir una carga positiva al combinarse con el Nitrógeno de la membrana celular, y de esta forma desactivan la función normal de la membrana celular. (23, 30)
- Ácidos: Todas las sustancias ácidas digieren rápidamente cualquier forma de sustancia orgánica y destruyen las paredes de la bacteria y sus membranas. Estos ácidos se puede dividir en orgánicos e inorgánicos: a) Los ácidos orgánicos tienen acción bactericida en pH elevados y con intensidad leve. b) Los ácidos inorgánicos poseen acción bactericida en pH menor de 5. Los ácidos más utilizados son el ácido acético y el ácido láctico. Los ácidos minerales son gericidas en su gran mayoría, pero su uso como desinfectantes es prácticamente limitado.

2.- Sustancias que inhiben la actividad enzimática, desnaturalizan proteínas e otras acciones:

- Alcoholes: Los alcoholes actúan como coaguladores de proteínas. Su toxicidad para la célula depende de la concentración, la cual debe ser lo suficientemente alta para permitir la acción del mismo. El alcohol más utilizado es el alcohol etílico al 70%, el cual se aplica para desinfectar pequeñas áreas en la piel, especialmente para la aplicación de la Inyección hipodérmica. Su uso se ha generalizado como paso final en la limpieza de manos y brazos del Cirujano y enfermeras antes de la intervención quirúrgica. Se ha observado que las bacterias no se reproducen son eliminadas en un lapso de 5 minutos después de estar en contacto con alcohol etílico en concentraciones que oscilan entre el 50% y 80%. Su efecto sobre los esporas es muy pobre, por lo cual no ofrece seguridad sobre la destrucción de las mismas. (8, 23, 30)

- Feno: También es conocido como ácido fénico, ácido carbónico o hidroxibenzoico. Son coaguladores de proteínas en altas concentraciones por lo cual son consideradas antibacterianas fuertes. La utilidad del fenol como agente antiséptico es rara en la práctica actual, pero se le ha empleado como feito como patrón para determinar la relativa efectividad de otros. Son de utilidad como desinfectantes en las hospitales y laboratorios, y en dilución al 10% se utiliza para conservar materiales de sutura. Son derivados del Feno: Timol, Eucaliptol, Eucalyptol, Feno cloroformil, Cresol. (8, 13, 30, 34)
- Agentes de oxidación: Estos agentes inactivan a las células oxidando las grasas sulfhidrilo que se encuentran libres. Los más usados son las Halógenos, el Peróxido de hidrógeno y el -- Oxígeno. Son bacteriocidas y bactericidas. Estos productos de oxidación forman productos de sustitución o adición con proteínas. (8, 13, 30, 34, 44)

3.- Sustancias químicas que forman productos de sustitución o adición con proteínas :

- Mercurio pesado: Los más utilizados son el mercurio y la plata. Su capacidad bactericida está limitada a concentraciones sumamente elevadas, pero su efecto bacteriocidas es adecuado en soluciones diluidas. Su mecanismo de acción se debe a que se combina con los residuos aminoácidos (sulfhidrilo) de enzimas, proteínas y azúcares, produciendo compuestos que carecen de actividad normal. Los cationes se adhieren a las proteínas provocando un acción bacteriocida o bactericida.

Las concentraciones altas de mercurio producen también irreversibles por precipitación proteínica, por lo cual se las considera bactericidas.

Los compuestos de mercurio más conocidos son el mercurio y el -- mercuriato.

El mercurio es de los desinfectantes más utilizados debido a que no es irritante sobre las mucosas o sobre la piel. Se le ha utilizado con buenos resultados en la desinfección de instrumentos de metal y de metal, con excepción de los de aluminio. Se desventaja es que no destruye las esporas bacterianas, más después de muchas horas de exposición al mercurio. (13, 20, 44) El mercuriato es el nombre común del mercurio pesado llamado -- timonol. Contiene alrededor del 68% de mercurio en combinación orgánica. Puede ser utilizado en solución o en tinte.

La solución se hace en agua a la concentración requerida. -- mientras que la cistura es un compuesto de alcohol, acetona -- y agua a la cual se le agrega sodina. La cistura es usada al 1:1,000 para desinfectar manos previamente al acto quirúrgico. En concentraciones al 1:10,000 es un conservador excelente y muy bien aceptado para antisepsis y productos biológicos semejantes. (9, 44)

- **Formaldehído:** Esta sustancia además de coagular las proteínas inactiva la mayor parte de las enzimas. Su acción bacteriosistática es en concentraciones bajas y su efecto bactericida en las concentraciones altas. Se ha comprobado que su efecto bactericida cubre a las bacterias aerobias, anaerobias y sus esporas. La desinfección de superficies quirúrgicas y de laboratorio -- contaminadas se lleva a cabo con formaldehído después de varias horas de exposición al mismo. Se usan también las soluciones de formalina como desinfectantes de instrumentos: guantes de -- goma e incluso suero humano. Otro uso de estas soluciones de formalina es la de conservar -- piezas anatómicas y patológicas, aprovechando su propiedad por fijación y de endurecimiento sobre los tejidos. (8, 13, 39)

4.- Sustancias que actúan sobre el genoma:

Estas sustancias casi están confinadas a las coloraciones biológicas. Su efecto puede ser bacteriosistático o bactericida. Cuando las sustancias actúan el material nuclear de formas superiores en forma intensa de la misma manera coaccionan las bacterias que al combinarse con los ácidos nucleicos. Los más utilizados y más actividades bacteriosistáticas potentes son el verde -- brillante, el violeta de Genciana y el verde de Malachita. Son utilizados principalmente contra microorganismos de una -- genoma, ya que los Green negativos son susceptibles en poco -- grado. Se los utiliza como desinfectantes de una cámara y de mucosas húmedas. (12, 38, 32)

ANTISEPSIA: (etimológicamente de "anti" contra y "sepsis" purificación)

Definición:

Se llama a aquellas procedimientos destinados a eliminar los -- microorganismos del área quirúrgica antes de una intervención -- o bien cuando ya hayan penetrado al organismo. Los procedimientos de la antisepsia son generalmente de origen químico y son -- llamados antisépticos. (39, 38)

Lavado de manos:

Antes de cualquier intervención al personal quirúrgico deberá lavarse las manos no con el fin de una esterilización absoluta, pero sí para una disminución del número de bacterias y de elementos como las células epiteliales descaídas que pueden servir como medio de cultivo.

Para realizar el lavado de manos se requiere de un jabón o cualquier sustancia - antiséptica no irritante (se sugiere yodo, polivinil, pirrolidona), en capillas - de cerdas firmes estéril y agua corriente. Una vez impregnado el capilla con la sustancia antiséptica se humedece el miembro por lavar y siguiendo el mismo orden para una y otra mano se capilla una, uñas, espacios pulgares, dedos pliegos interdigitales, mano, antebrazo y codo. Todo esto por sus caras palmar, dorsales y laterales. Terminado de lavar la mano izquierda se enjuaga simultáneamente - siguiendo el mismo orden de lavado, dejando escurrir el agua por los codos. Se procede a lavar el lado contrario siguiendo los mismos pasos anteriores. Esta operación se repite las veces que el Cirujano considere convenientes. Hasta aquí se refiere con respecto a la repetición del lavado de manos, pero se recomienda seguir una técnica antiséptica o desinfectante como el lejía. (25, 29, 33, 34)

Secado de manos:

Terminado las manos humedecidas caliente se toma una toalla estéril doblada a la mitad, la cual se toma por el Cirujano secándose con una mitad una mano - siguiendo el orden de lavador de los dedos a los codos. La operación se repite para el lado opuesto.

Colocación de guantes:

Este paso es simplifica con la colaboración de un ayudante. Sacándose y abriendo de los guantes por el doblar, permitiendo que el Cirujano introduzca su mano fácilmente y tirando de él hasta que el guante sea colocado completamente en su lugar. Lo caso de que un dedo no se coloca en su lugar correspondiente, éste se deberá conseguir hasta que el segundo guante haya sido colocado. En esta fase se la mano sugerida manipular los dedos de la otra mano hasta que ésta y sus dedos queden en la posición adecuada. Es indispensable que los guantes estén debidamente estirados para facilitar al mismo esta operación.

(33, 35, 34)

Preparación del área quirúrgica:

Para importante es la anticipación en la preparación de los tejidos que rodean la boca. Podemos establecer los límites de esta zona quirúrgica entre una línea vertical imaginaria como línea superior y como línea inferior a una línea vertical cervical superior que sea el ángulo mandibular derecho con el izquierdo. El borde posterior lo dará una línea paralela a la zona superior mandibular - por delante del trago.

Toda esta zona quirúrgica se lavará con agua y jabón cretácico con espátula de goma estéril, repitiendo la operación tres veces y haciendo un enjuague cada una que se hace con solución salina. El paso final de la anticipación se hace con una

solución anestésica como el yodo polivinil pirrolidona o Teodine, la cual tiene todas las propiedades permitidas del yodo, pero que lo supera en sus limitaciones. El yodo polivinil pirrolidona no irrita, no mancha, es permeable, se puede aplicar en heridas, en heridas abiertas y en quemaduras de hasta tercer grado. Esta solución se inactiva con presencia de alcohol, agua o plasma. Para la antisepsia final también puede usarse la solución de Cloruro de Benzalclor al 1:1,000 para la piel y al 1:10,000 para las mucosas.

CAPITULO III

ANESTESIA

ANESTESIA: (de "an" y el gr. "anestesia" sensación)

Definición

Se conoce como anestesia a la privación de la sensibilidad, - sea ésta provocada artificialmente o bien debido a agentes -- naturales o incluso traumáticos.

Los grandes adelantos en esta especialidad son uno de los -- grandes logros de la Medicina, ya que gracias a ellos se puede -- hoy realizar intervenciones quirúrgicas suprimiendo el dolor -- y a la vez brindar el menor riesgo a los pacientes a los cues -- tos de las aptas. (12, 13)

Anestesia General:

Se conoce como anestesia general al estado en el cual ciertos -- estados fisiológicos son llevados a una condición de insensibi -- lidad extensa por acción de varios agentes químicos. Se reali -- za llevandó al paciente suficiente cantidad de anestésico por -- el aumento circulatorio hácia producir la pérdida de conscién -- tismo.

Debido a que la utilidad de la anestesia general queda casi totalmente variada -- a centros hospitalarios con instalaciones adecuadas para su empleo, sólo haremos -- mención a sus etapas y signos, así como a sus métodos de administración.

Etapas y signos de la anestesia general:

Estas etapas y signos de la anestesia, mejor conocidos como las "Etapas de -- "Guedel" fueron reunidas por su autor sobre las observaciones efectuadas en pa -- cientes a los cuales se les administró anestesia aérea con la técnica abierta -- de goteo a goteo. (14)

Las etapas son las siguientes:

ETAPA I Analgesia
Fase I.- Somnolencia y sensación normal

Fase 1.- Anestesia y analgesia parcial

Fase 2.- Anestesia y analgesia

ETAPA II delirio

Fase 1.- Se inicia con la pérdida de consciencias y termina con la desaparición del reflejo palpebral, pupilas muy dilatadas, con posibilidad de reflejo de vómito.

ETAPA III anestesia quirúrgica

Fase 1.- Sueño, pérdida del reflejo palpebral, persiste el reflejo de la deglución y hay constricción mínima de las pupilas

Fase 2.- Pérdida de la sensibilidad, desaparece el reflejo normal, se produce cierta relajación de la musculatura esquelética y se inicia la pérdida de las míasas intercostales.

Fase 3.- Pérdida de tono muscular, parálisis completa de intercostales. intensa relajación de musculatura esquelética, reflejo pupilar perdido y parálisis del reflejo laríngeo.

Fase 4.- Parálisis intercostal completa, parálisis del diafragma, reflejo normal perdido y mínima dilatación pupilar.

ETAPA IV parálisis bulbar

Empieza con parálisis respiratoria completa e insuficiencia respiratoria completa.

Estos niveles son semejantes en la mayoría de los diversos agentes anestésicos con ligeras diferencias ya que cada uno de ellos tiene diversas acciones sobre el cuerpo humano. Estos niveles de anestesia pueden lograrse hasta una cierta dosis

Métodos de administración de la anestesia general:

Los anestésicos generales pueden ser administrados por:

- 1.- Inhalación
- 2.- vía intravenosa
- 3.- inyección subcutánea
- 4.- vía bucal
- 5.- vía rectal

En general los anestésicos generales se eliminan por medio de la respiración. - La cantidad y rapidez de esta eliminación depende del tipo de anestésico usado. - La eliminación puede ser también renal, gastrointestinal, en glándulas salivales y en piel, pero en pequeñas cantidades. (18)

Anestesia Local:

Se conoce como anestesia local a la pérdida de la sensibilidad en un área restringida del organismo, al aplicar un agente anestésico en la zona deseada. - Los anestésicos locales son sustancias químicas que interrumpen la conducción nerviosa a lo largo de un axón, en las terminaciones nerviosas y en las uniones sinápticas.

Clasificación de los anestésicos locales:

Los anestésicos locales se pueden dividir en tres grupos:

- 1.- Éteres del éter benzílico: propélica, tetraoxaína y benzocaína.
- 2.- Alcoholes: alcohol etílico, alcohol benzílico
- 3.- Compuestos diversos: lidocaína, dibucaina. (18)

Métodos de administración de los anestésicos locales:

Los anestésicos locales pueden ser utilizados por aplicación tópica, por infiltración en los tejidos o por inyección lo más cercano posible al trayecto de los nervios o sus ramas o por inyección en los espacios aracnoideos y subaracnoideos - (18, 18) . El método más utilizado es el de infiltración al cual requiere de gran experiencia y conocimientos anatómicos por parte del operador ya que el riesgo de una anestesia permanente es mucho más elevada que en cualquier otro tipo de administración.

Características de los anestésicos locales:

- 1.- Potentes y eficaces en baja concentración
- 2.- Capacidad de penetración adecuada
- 3.- Período de inducción corto.
- 4.- Acción prolongada
- 5.- Poca toxicidad en general
- 6.- No deben ser irritantes
- 7.- Su acción debe ser reversible. (4)

La premedicación anestésica presenta las siguientes ventajas:

Mixta la anestesia, ansiedad y miedo, eleva el umbral del dolor, controla --- la secreción de glándulas salivales y mucosas, contrarresta el efecto tónico de los anestésicos, controla los trastornos mentales en enfermos con patología orgánica y reduce los efectos postoperatorios inmediatos. (28, 29)

El medicamento a elección para la premedicación anestésica debe de reunir las siguientes características:

Deberá deprimir solo algunas de las centros superiores específicos del sistema nervioso central, no debe afectar al bulbo raquídeo, debe actuar y eliminarse rápidamente sin producir efectos residuales. El medicamento que más se acerca a estos requisitos es un barbitúrico de corta acción, el cual actúa como sedante a dosis terapéuticas pequeñas o como hipnótico a dosis mayores.

Cantidad suficiente de anestesia:

Al tomar este tema es necesario hablar sobre administraciones mínimas necesarias para el bloqueo de fibras y troncos nerviosos. La concentración mínima de un anestésico en la concentración más pequeña capaz de bloquear la conducción nerviosa. Es sabido que deben emplearse concentraciones distintas para bloquear fibras de tamaños diferentes: la concentración para bloquear fibras pequeñas es inferior a la que se necesita para fibras gruesas.

La cantidad de anestésico también dependerá del pH de las tejidos, entre más débil sea el pH circular más cantidad de anestésico se requerirá para alcanzar el bloqueo.

Debido a que las anestésicos de uso común, vienen presentados como soluciones con capacidad de 2 ml. cada una.

La cifra total de anestésico que se le aplique a un paciente se deberá de conocer antes de 10 ml. a sea 15 cartuchos anestésicos.

Técnica de bloqueo adecuada:

Parte del éxito del bloqueo anestésico depende de una técnica de bloqueo adecuada. Todas las técnicas de bloqueo deben ir enfocadas a producir el bloqueo más rápido que la menor cantidad posible para el paciente, además de asegurar la correcta irrigación de la solución en el sitio de anestesia. (3)
La anestesia quirúrgica puede considerarse de diversas maneras, pero todas ellas están basadas a permitir la realización de las maniobras quirúrgicas sin dolor. El líquido anestésico puede colocarse sobre la mucosa, por debajo de ella, en el peritoneo o bien intradura.

- Anestesia de la mucosa: puede llevarse a cabo rápidamente, aplicando la anestesia encima de la mucosa. Su aplicación quirúrgica es limitada y se emplea para reducir el dolor provocado por la penetración de la aguja. Recordemos que la anestesia tópica sólo hace efecto en forma superficial y por ningún medio deberá utilizarse para realizar alguna acción quirúrgica.

La anestesia de la mucosa puede llevarse a cabo por refrigeración, aplicando cloruro de hielo en el sitio deseado.

- Anestesia submucosa: Se realiza depositando el líquido anestésico en la cavidad de la mucosa donde indica su reabsorción, la cual es muy deficiente, por lo cual se irriga las fibras nerviosas como es necesario. Seis es útil para realizar intervenciones sobre la mucosa y para bloqueos de nervios superficiales.
- La anestesia mucosa profunda o subepitelial se realiza depositando el líquido anestésico en las capas profundas de la mucosa, lo más cercano posible al peritoneo. Este tipo de anestesia es particularmente útil en el mastil superior, donde el hueso es más esponjoso y por lo tanto más permeable al paso de la solución anestésica. La técnica submucosa profunda en el mastil inferior solo tiene aplicación en la región anastomática. Con la anestesia mucosa profunda es posible bloquear las terminaciones nerviosas que llegan al epicó deastario, al hueso, al peritoneo y a la vejiga.
- Anestesia subepitelial: Consiste en colocar la solución anestésica por debajo del peritoneo. Esta anestesia se coloca entre el borde de la vejiga y la línea de los epicó deastarios. Antes de colocarse se realiza una pequeña incisión submucosa para realizar en forma segura las maniobras posteriores. Una vez colocada esta inyección submucosa, se perfora el peritoneo manteniendo el agujero perpendicularmente al hueso, al asegurarse de la posición de la aguja, hay que mantener el nivel de la aguja dirigido hacia la estructura ósea, se inclina el bisel hasta que quede paralelo a la tabla externa depositando la solución en pequeñas cantidades mientras se avanza hasta llegar al nivel del epicó deastario.
- Anestesia intracava: De poca o nula utilidad en cirugía ginecológica. Se realiza colocando la anestesia en una perforación realizada previamente en el hueso.
- Anestesia transclavicular: Se define como la colocación de solución anestésica en contacto con un tronco o alguna rama nerviosa importante. La anestesia transclavicular es una forma de anestesia infiltrativa pero de tipo perineural y es necesario poseer los conocimientos anatómicos necesarios para evitar una dolorosidad por un error a la inyección. La anestesia transclavicular es parte de la práctica diaria en la anestesia del nervio deastario inferior. (4)
- Anestesia transpapilar: Es ideal para el bloqueo de los nervios palaciales. Una vez colocada la anestesia por vía vaginal, y expresado el tiempo necesario para la acción del anestésico, se coloca la aguja en la papila interdental lateral, e inyectando poco a poco la solución anestésica mientras se va avanzando de la aguja hasta atravesar completamente la papila y entrar en los tejidos dentales. Esta técnica es indispensable ya que siempre está en su totalidad las molestias de la anestesia directa al paladar.

Accidentes de la anestesia local:

- 1.- dolor agudo a la punción
- 2.- ruptura de la aguja
- 3.- hemorragia del carrillo
- 4.- enfisema
- 5.- parálisis facial
- 6.- cefalalgia intensa
- 7.- dolor lumbar agudo
- 8.- infarto de Schwartzman
- 9.- hipoxemia
- 10.- shock anafiláctico

Dolor agudo a la punción:

Al realizar la punción, la aguja puede pasar directamente a un nervio por lo cual el dolor se presenta instantáneamente. Este dolor puede variar en intensidad, local, localización-irritación y persistencia.

El dolor de la punción puede tener otras causas como son: -- la inyección con agujas desafiladas que desgarran los tejidos en vez de desplazarlos. Introducción demasiado rápida de las substancias anestésicas, o bien que estas se encuentran en condiciones extremas para los tejidos.

Ruptura de la aguja:

Este accidente es raro usualmente, debido a que el material de que están hechas las agujas (acero inoxidable) es de muy buena calidad.

Es recomendable utilizar agujas desechables porque con ellas se evita la corrosión y el desgaste por su uso continuo. En caso de suceder la ruptura, el tratamiento es dejarla, ya que el acero inoxidable es compatible con los tejidos. En caso de sobrevenir una infección se deja que se produzca una fistula, la cual hay que seguir para lograr encontrar fácilmente a la aguja rota.

Hemorragia del carrillo:

Es común que al aplicar la substancia anestésica se extrae alguna de pulido en la cara del paciente debido a la hemorragia sobre la región anestesiada.

Esta es provocada por la estimulación de las fibras simpáticas perivasculares a causa del agente vasoconstrictor del anestésico. La duración de la hemorragia es de 3 a 6 minutos y no deja secuela.

Enfisema

El enfisema es una complicación rara de la leptospirosis. Se presenta como una congestión, obviamente unilateral y en el lado donde se opone la punta. Tiene como dato patognomónico la crepitación, no es dolorosa y es debida a la presencia de aire en el tejido celular subcutáneo o bien en un algún punto aponeurótico del cutis que se ha anastomosado. Se recomienda en estos casos comprimir la zona para evitar su evolución.

El enfisema dura aproximadamente 3 días decrece los cuartos al paciente se aplicará compresa caliente y hará inhalaciones con agua caliente.

Parálisis facial:

Se debe a la anastomosis de ramas terminales del nervio facial durante la aplicación de la técnica vascular para el drenaje inferior cuando se ha llevado a cabo la aguja por detrás del borde parotideo del buco y la seducción se impacta en la glándula parótida. Se debe saber que anastomosadas las ramas cervicofacial y temporofacial. Tienen todas las alteraciones de la parálisis de Bell como son: caída del párpado, incapacidad para cerrar el ojo, proyección hacia arriba de globo ocular y caída y desviación de los labios. Este tipo de parálisis es temporal y podemos decir que dura hasta que desaparece la anastomosis.

Se recomienda indicar al paciente que se cubra la cara superior de consulta para evitar corrientes de aire y una parálisis facial severa.

Coloques internos:

Se presenta como un dolor intenso pasajero en la cabeza, generalmente en pacientes hipertensos. Es una complicación circunstancial rara y se recomienda administrar analgésico intramuscular, colocar una bolsa de hielo en la cabeza del paciente y mantener al paciente en posición erguida. Esta técnica se repite.

Dolor lumbar agudo:

Al anestesiar al paciente, este sufre un dolor agudo en la columna al cual dura de 1 a 3 minutos. No deja escuela, pero se debe tranquilizar al paciente.

Tendones de Subcutáneos:

Se le incluye en las manifestaciones anafilácticas de las

siergia. Según Schwartzman la infección intracelular de una cantidad de filtrado de células bacterianas origina un proceso inflamatorio local, pero a su vez un "cambio general de disposición celular" el cual es como resultado que la "reaprobación del mismo filtrado produce en el punto de la inoculación primaria o preparada, una reacción trombocítica, hemorrágica y necrótica.

En lo concerniente a la especificidad del fenómeno de Schwartzman se ha observado lo siguiente:

Después de la preparación de la piel, no es necesaria la inoculación sucesiva para producir la reacción local de Schwartzman. La preparación de la piel para provocar esta reacción se consigue con diferentes clases de bacterias y la reacción subsiguiente son soluciones que tienen antígenos de bacterias Gram negativas.

En principio la presencia de bacterias vivas en los tejidos, puede preparar la reacción al aplicarse una sustancia que desencadena la reacción. Hay que pensar que cuando un orificio se produce una infección aguda y es tratado con un antiséptico para el que ya ha sido acondicionada previamente, puede desarrollarse una reacción de Schwartzman.

Debe desarrollarse un determinado proceso, no bien condicionado-determinadamente, en el respectivo tejido de modo que asegure el estado de constitución requerido para el desarrollo de una reacción local de Schwartzman.

Podemos concluir que la reacción de Schwartzman obedece a un proceso trombótico obliterante de los capilares por causas autoalérgicas. La aparición de la trombosis es primaria, mientras que la necrosis es secundaria. (11, 41)

Existen pocas áreas repartidas con sensibilidad local y el tratamiento de la reacción necrótica se realiza por medio de cirugía estética reconstructiva.

Lipomatosis

Se la conoce también como hipertrofia cerebral. Para llegar a un estado de lipomatosis el paciente debe sufrir tres disposiciones: crecimiento del seno, agudo prolongado y un estado de tensión emocional.

La sintomatología es la siguiente: existe una sensación de pesadez distal acompañada de mareos, sudoración fría, taquicardia y taquipnea. Se presenta con relativa frecuencia y al tratamiento se realiza colocando al paciente en posición horizontal para permitir el riego sanguíneo con las venas de la cabeza. Se retirará todo aquello que cause presión en la indumentaria del paciente (corbata, cinturón, etc...) y se aplicará oxígeno para ventilar las vías aéreas.

Una vez recuperado el paciente la consulta se propone y se le da instrucciones necesarias para impedirlo nuevamente.

Shock anafiláctico:

Es una reacción de tipo alérgico que se presenta raramente, pero que requiere de conocimientos y equipo necesario para salvar la vida de quien lo padece. Se reconocen tres características importantes tales como hipotensión, hipotermia e hipocapnia.

Al presentarse ésta se dispone de 3 minutos aproximadamente para evitar daños irreversibles en el cerebro por la falta de irrigación sanguínea adecuada. Se administrará adrenalina al 1:10,000 directamente en el campo vestibular, oxígeno a presión e hidrocloruro para controlar la acción del suero suerolesivo. El suero será aspirado cuando se requiera volver la presión sanguínea.

Complicaciones medias de la anestesia local:

Estas complicaciones aparecen posteriormente a la terminación del tratamiento, pero existen requisitos de un cuidado meticuloso por parte del Cirujano.

Estas complicaciones son:

- 1.- dolor en sitio de punción
- 1.- persistencia de la anestesia
- 1.- hiccus en el sitio de punción
- 4.- hematoma
- 1.- trismus
- 4.- sífilis
- 1.- alergias
- 1.- infección en el sitio de punción

Dolor en el sitio de punción:

Es debido a la punción muscular usando agujas desiguadas o a desiguadas. También puede ser provocado por la aplicación de líquidos anestesíacos irritantes a los tejidos que inclusive pueden provocar quemaduras. La infección bronca o abscesada de líquido anestésico puede también provocar dolor en el sitio de punción.

Persistencia de la anestesia:

Cuando se lesiona el nervio al aplicar la anestesia local, o

La persistencia de la anestesia puede durar días, semanas o a meses, dependiendo de la lesión que se haya provocado al nervio.

Se presenta generalmente en la afectación de cualquier troncular. El mejor tratamiento es el tiempo ya que el nervio se recupera paulatinamente hasta recuperar su sensibilidad. Es necesario el control absoluto del paciente para evitar la desnutrición y la desconfianza del mismo.

Micera en el sitio de punción:

También llamada Micera de secreción.

Cuando se ha administrado una gran cantidad de anestésico con vasoconstrictor que produce isquemia prolongada, o bien anestésico anestésico o alguna sustancia cáustica, se produce Micera en el sitio de la punción. Estas Miceras son poco dolorosas pero es recomendable la curación de analgésicos eutéxicos, baños húmedos e incluso trociscos de benzocaína.

Hematomas:

La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame de intensidad variable sobre la región afectada. Esta complicación no es muy frecuente debido a que los vasos se desplazan y no alcanzan a ser puncionados. Se presenta con mayor frecuencia en las técnicas de inyección directa a agujeros tales como el anestésico a infrarbitario.

El derrame es constante y tarda varios días para su resolución. Se trata de aplicar baños de hielo en el lugar de la lesión para acelerar el proceso de reabsorción y reducir.

Trismus:

Se conoce como trismus a la contractura tónica de los músculos masticadores que limita o limita la apertura bucal. Es normal después de un acto quirúrgico o de una punción en la parte posterior de su boca. El trismus no debe durar más de 15 días y el tratamiento es indicar al paciente que evite forzar su boca para abrir y mandar calentamiento de agua caliente y aplicaciones húmedas calientes.

Alopecia:

Aparece normalmente en el sitio de la punción y son muy raras de dolorosas. No existe una causa específica para su aparición, pero se ha mencionado su relación con la avitaminosis que precede al paciente. Su tratamiento es sintomático pero algunas direcciones recomiendan quemarlas con ácido fólico.

Alergias:

Es un muy frecuente que se presenten con sensibilidad local. Sus síntomas son: urticaria, edemas, viciares y eritema. Se tratan con antihistamínicos ya sean locales o sistémicos y - dependiendo del grado de alergia, recomendando al paciente o al paciente que este sujeta o realizar alguna actividad - que requiera esfuerzos rápidos, debido a que los antihistamínicos producen somnolencia.

Infección en el sitio de punción:

Se provocadas por falta de esterilización de la aguja o la antisepsia en el sitio de punción.

Evidentemente es referida por la entrada de microorganismos patógenos que viven en la aguja.

Se previene con la utilización de agujas desechables o bien con la correcta esterilización del material que se utilizará en la inyección.

El tratamiento es a base de sales antibióticas o drenaje de absceso en caso de que aparezcan.

CAPITULO IV

INCISIONES

INCISIONES: (del latín incidere, cortar)

Definición:

Realizadas por incisión la sección o corte metódico de los tejidos blandos, por medio de un instrumento cortante.

(6)

En la cavidad bucal será considerada como una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a piezas más profundas y así realizar el objeto de la intervención. (34)

Esta puede ser realizada por medios manuales, térmicos o eléctricos. (36)

En Cirugía bucal las incisiones son realizadas en dos superficies diferentes, una superficie formada por tejidos blandos sustentados por estructuras óseas y otra superficie formada exclusivamente por tejidos blandos. Por lo tanto, al efectuar una incisión, ésta deberá abarcar en su sólo tiempo inicial y posterior en el primer caso y en el segundo se deberá practicar por planos, abarcando mucosa o piel, tejido celular subcutáneo y músculos.

Características de una incisión:

- Las incisiones deberá realizarse de una sola intención, con un corte único para una mejor cicatrización. Se deberá tener líneas secundarias al trazo correcto ya que provocarían desgarrones y sangrados al desprender el coágulo respectivo. (34)
- Deben tener una profundidad adecuada. La profundidad de una incisión dependerá de la región a intervenir. Se debe normalmente la profundidad la marca el tejido óseo, accionando al tejido que lo cubre (periostio). Se utilidad es la de respetar los tejidos subyacentes al mismo.

- La incisión debe ser lo suficientemente profunda como para permitir un colgajo que descanse amplia y suficientemente al campo con respecto y se eviten desgarros y laceraciones al tejido gingival. Podrá decirse que una incisión deberá ser "tan grande como sea -- necesaria y tan pequeña como sea posible".
(34)
- La incisión debe de ser realizada perpendicularmente a los tejidos para así facilitar el procedimiento de sutura y permitir una continuación sin bordes irregulares y escalones.
- La incisión debe realizarse por deslaminación y no por presión.
- Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo es necesario -- que éste tenga una base suficientemente amplia como para proveer -- la suficiente irrigación y se eviten de esta modo los trastornos metastásicos y se necrosen. Se deberá tener presente el trayecto de los vasos sanguíneos que originan hemorragias de consideración.
(34)
- La incisión ha de proyectarse de tal modo, que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la línea de incisión represente líneas limas e íntegras.
- La incisión no deberá de circunscribir ángulos agudos puesto que éstos inmediatamente se necrosan.

Incisiones Intraorales:

- 1.-Incisión lineal a vista
- 2.-Incisión curva
- 3.-Incisión semicircular
- 4.-Incisión angular contorneada
- 5.-Incisión de Forstch
- 6.-Incisión de Fischer
- 7.-Incisión de Woodson
- 8.-Incisión de Brown
- 9.-Incisión de Nagors
- 10.-Incisión de Nagors modificada

Inclinación lineal o recta:

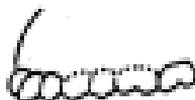
Se utilizan esta inclinación se hace necesaria una mayor tracción - de los bordes de la herida, para obtener una buena visualización. El tamaño de esta inclinación dependerá del campo operatorio deseado. Se la utiliza para excisiones de pequeños tumores subcutáneos para el drenaje de abscesos y para cirugía que requiere poca abstracción.

Inclinación curva:

Ofrece mayor visibilidad del campo operatorio que la inclinación recta debido a la forma semicircular que toma la herida.

La distorsión de la herida es imperceptible debido a que la inclinación es prouca y regular. Se la utiliza principalmente en cirugía pediátrica.

Iniciación concerniente:



Es una iniciación que sigue el contorno gingival de los dientes generalmente en número de tres, la pieza por entrar, una pieza nasal y otra distal a la misma. Puede realizarse del lado nasal o lingual.

El bisturí se inserta entre el margen gingival para cortar las fibras gingivales libres, que van del margen gingival al cuello del diente y las fibras transapicales que van de uno a otro lado del diente.

Se usa en generalizada en cirugía del paladar, excepto en su línea media donde son preferidas las iniciaciones lineales. Se usa además para contracciones múltiples y en cirugía alrededor de los cucllos anatómicos de los dientes. Su principal ventaja es que se comprime la irrigación del sangaje y proporciona una visibilidad adecuada.

Inciación angulada contemporánea:



Es semejante a la inciación contemporánea, solo que se le agrega una inciación - recta o liberación, la cual debe de ser realizada en la unión de la base de la - paja, con el borde marginal y de ser posible hasta el extremo lateral de la inciación contemporánea.

Ofrece una buena visibilidad con un buen acceso y es utilizada en extracciones de dientes retenidos y/o reimplantes.

También es utilizada con éxito en la cirugía periapical.

Es una inciación muy difícil de acceder por la necesidad de centrar la zona - marginal a su lugar. (25)

Iniciación de Percecho



Es una iniciación en forma de arco, con su concavidad hacia apical. Su diámetro aproximado es de 1.5 cm. en su zona superior en su extremidad es la cual la parte abierta de la curva debe ir hacia el ápice y la concavidad debe estar por lo menos a 0.5 cm. del margen gingival.

Puede ser utilizada para cualquier otro tipo de cirugía periapical de uno o dos dientes o bien para cirugía boca de la región apical.

Esta iniciación casi no impide la irrigación del tejido y generalmente se obtiene una buena cicatrización.

En su contra tiene la desventaja de proporcionar poca visibilidad debido a su tamaño pequeño, lo que dificulta también su acceso a la manipulación e instrumentación.

Es frecuente observar que la punta desgarró fácilmente los tejidos, debido a que esta queda colocada sobre la mucosa gingival que es muy fácil de desgarrar.
(3,13,14,43)

Iniciación de Pichler



Es una iniciación curva con su concavidad hacia la corona del diente, la cual se usa para extracciones de dientes retráctos, epinectados, cirugía ósea en la zona apical y en general todas las indicaciones de la iniciación de Pichler.--

Una ventaja sobre la iniciación de Pichler es que tiende a cerrar el sangajo -- cuando se retira el diente, además de que la sutura queda favorecida ya que queda sobre tejido mucoso sano.

En desventaja con la iniciación de Pichler, tiene que las inserciones musculares, que con la iniciación de Pichler son más desprendidas, con la iniciación de Pichler son más cercanas.

Es posible que al efectuar la iniciación y desprender el sangajo se corte la irrigación del mismo, lo que en el momento de la intervención nos dará mayor sangrado, ya que la iniciación involucra toda la zona que tiene más irrigación.

(42)

Inciación de Waxmond



Es una inciación curva, con la concavidad hacia apical, semejante a la inciación de Vantack, sólo que con mayores dimensiones ya que abarca más de tres dientes.

Se le aplica en Cirugía premaxilar, en Cirugía ósea a nivel del tercio medio-apical y tercio apical.

Debido a la presencia de ángulos curvos en esta inciación, se ha experimentado una correcta cicatrización, además de no afectar los cuernos de los dientes ni la molía marginal.

Hay que tener precaución en el momento de elevar la inciación ya que si está muy baja la inciación al punto mucoso marginal puede quedar muy delgado.

Inciación de Membrana



Es una incisión longitudinal que une a dos componentes verticales que se encuentran a cierta distancia entre sí.

La incisión longitudinal que se encuentra alrededor de los puntos de unión de los dientes, nos dará la longitud de esta incisión.

Se le utiliza en extracciones por disección, en cirugía periodontal, para extracciones múltiples y en movimientos de empalmes intrabucal.

Esta incisión proporciona al Cirujano un mayor acceso y una mayor estabilidad del campo operatorio.

Al igual que la incisión angular anteriormente, tiene la ventaja de lograr referir las bordes marginales del colgajo hacia el sitio original.
(7, 8)

Iniciación de Nagman:



Es una iniciación que corre sobre la línea media del proceso alveolar de la región retromolar hasta la cara distal del sistema molar presente, posteriormente contornea la cara distal del molar hacia vestibular hasta alcanzar el ángulo mesial distal, en donde la iniciación corre en línea oblicua sobre la cara externa del cuerpo mandibular, aproximadamente a 1.5 cm. llegado a nivel de la cara mesial del molar.

Se le utiliza principalmente en la extracción de terceros molares retenidos en el maxilar inferior, pero también es utilizada para cirugía ósea en la región retromolar y en la técnica de reducción de prognatismo por vía intraoral.

En esta iniciación no se compromete la irrigación del colgajo y se obtiene una buena visibilidad del campo operatorio.

{ 15 }

Iniciación de Hagoas modificadas



A esta incisión se le conoce por su forma de S trófica.

La incisión se hace sobre la cruzeta del tubo, desde la tuberosidad hasta el segundo molar, y se agrava en compases vertical en forma oblicua hacia arriba y adelante, para terminar sobre la raíz mastoi del segundo molar.

La incisión no debe abarcar la zona marginal.

Es utilizada para la extracción de terceros molares retenidos superiores e inferiores no eruptados.

Tiene la ventaja de evitar el contacto transitorio a los tejidos blandos, y la desventaja de disminuir la visibilidad y el acceso a la instrumentación del campo operatorio.

(1, 25)

Inyecciones en tejidos blandos:

Las inyecciones en tejidos blandos pueden ser locales, cortas o contorneantes y - son utilizadas a criterio del Cirujano, fundamentalmente para Cirugía de Lengua y Carrillo.

Inyecciones Intracavitarias:

1.- Inyección submandibular o de Riordan:

Se utiliza para la reducción de fracturas, tratamiento quirúrgico del prognatismo y cualquier procedimiento quirúrgico en el cuerpo lingual y zona ascendente de la mandíbula. (20, 23)



2.- Inyección retromandibular o de Finckelstein:

Utilizada para cualquier procedimiento quirúrgico en el ángulo - y zona ascendente de la mandíbula, incluyendo cuello del condilo (3, 20)



3.- Incisiones preoperatorias:

- a) Incisión de L invertida o incisión sagitada vertical (Thoma) -
 Se la utiliza para cirugía articular, interna o externa capsa-
 lar (meniscectomías, condillectomías y arthroplastías)
- b) Incisión subaral: utilizada para cirugía articular (meniscec-
 tomas y arthroplastías)
 (29, 33, 43)

a)



b)



4.- Incisión de Gillies:

Generalmente utilizada para la reducción de fracturas del arco cigomático y hueso malar. (18)



- 3.- Incisión retroauricular o de Gillies modificada:
Indicada para fracturas del maxilar en las que debe sostenerse con fijación esquelética interna desde la sutura frontociliar. (Leicester-
11 y 111) (42)



- 4.- Incisión infraorbitaria:
Se la utiliza como acceso al piso de órbita en casos de luxación de maxilares o material inserto por fractura del piso de órbita. Puede ser utilizada para corrección de maxilar o maxilar en fracturas del borde orbitario. (23, 42)



3.- Incisión de Farabeuf para maxilar superior:

Utilizada para resección del maxilar o maxilar, y en los casos en -
 los que sea necesaria la espesitación del maxilar en tumores de an-
 tro cuando es imposible el acceso por vía bucal.
 (20, 28, 42)



4.- Incisión de Farabeuf para mandibular:

Utilizada principalmente para la resección de mandíbula. (29)



9.- Incisión de Ferguson:

Ideal para extirpaciones totales de tumores malignos primarios - en maxilar superior, donde se requiere una resección con márgen suficiente de tejido sano alrededor de la lesión.

[18]



CAPÍTULO V
LEVANTAMIENTO DEL
COLGAJO

Definición:

Colgajo es el trozo de musculatura, limitado por dos incisiones que se hace a por la superficie de una incisión profunda.

[24]

Toda incisión es realizada para obtener un colgajo y el objetivo de ésta es dar una correcta separación a las estructuras y una buena cicatriz, permitiendo realizar la maniobra quirúrgica con la mayor facilidad.

[27]

Indicaciones para un colgajo :

- Se practicará un colgajo cuando sea necesario mejorar la visualización del campo operatorio.
- El colgajo deberá realizarse cuando esté indicada la disección del tejido duro.
- Será indicado el colgajo, siempre que los tejidos blandos puedan ser dañados en las intervenciones que se realicen sobre los tejidos duros.

[28, 29, 30, 31, 32]

Requisitos para un colgajo correcto :

- El colgajo deberá de ser lo suficientemente grande para permitir la visualización y buen acceso a todas las porciones de hueso afectado.

[33]

- La base del colgajo deberá de ser lo suficientemente amplia para asegurar un aporte sanguíneo a los tejidos reflejados.

El el apertu sangüferu está dificultando, surge peligro la totalidad del colgajo; se podrá asegurar la correcta irrigación del colgajo --- siempre y cuando la base del mismo sea tan ancha como el márgen reflejado.

- Los márgenes del colgajo deberán ser redondeados y no tener bordes agudos ni ángulos pronunciados, de no tener esta inclinación, el colgajo puede resultar insuficientemente irrigado con riesgo de una necrosis.
- El colgajo debe incluir a todo el subpericostio.
El pericostio debido a su propiedad osteogénica surge un factor muy importante en la separación del tejido blando y en la cicatrización del colgajo.
- Toda inclinación vertical para el levantamiento de un colgajo, deberá llevarse a cabo en el área interproximal. En la formación de los colgajos de tejidos blandos se ha observado que cuanto más delgado es el tejido, mayor es su contractibilidad y cuanto más se contraiga el tejido más tensión se necesitará para volver a llevar al colgajo a su posición original.
Manteniendo las incisiones verticales en el área interproximal evitaremos la contractura de los tejidos y la tensión del colgajo.
- El colgajo se elevará del tal forma que cuando se vuelva a su posición primitiva, los márgenes o bordes desciendan sobre la base para asegurar la cicatrización por primera intención.

Precauciones para el levantamiento del colgajo:

- 1.-Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida o entre la fibromiomas y la arcada dentaria una ligera, capécula de cera o preferentemente un pericostio, con una angulación de 45° (cuarenta y cinco grados) con respecto a la superficie y se apoya debidamente contra el hueso, realizando movimientos de lateralidad con los cuales el instrumento girará sobre su eje mayor.
(34)
- 2.-Todas las fibras que unen el colgajo al hueso se dividen deslizando el instrumento sobre el hueso desahuciendo.
- 3.-El desprendimiento del colgajo debe iniciarse desde las partes menos adheridas hacia el márgen gingival.

- 4.-Separada el colgajo lo más posible, se despegan o seccionan las fibras con adheridas al hueso.
 Manteniendo las fibras en posición se facilita succionamiento.

Un colgajo puede ser separado del hueso de la misma manera en la cual se eleva la escara de una cirugía o sea por tracción.

Esto se realiza colocando la parte más ancha del pericostotomo en el colgajo y elevando del mismo en dirección del Cirujano.

Esta técnica es utilizada para levantar un colgajo en abolectomías correctoras después de la extracción de un diente.

Un colgajo también puede ser levantado por el método de palanca siguiente al procedimiento siguiente:

- 1.-La punta interdental está estrechamente adherida al hueso siendo gruesa y fuerte.
 Para desprenderla se utiliza el extremo angosto de la espátula.
- 2.-La punta del instrumento se inserta firmemente debajo de la masa triangular de tejido cuando el diente adyacente causa fulcrum para levantar la masa triangular de su lado.
- 3.-Dado que esta masa de tejido es gruesa, no se romperá levantando una o más partes.
 Se descubre el septum interdental de manera que el levantamiento del colgajo pueda hacerse sin levantar la delgada mucosa que recubre la parte central del diente.
 (17, 28, 33, 39, 34)

Clasificación de los colgajos:

Los colgajos se clasifican de la siguiente manera:

- 1.- Colgajos locales que son los que incluyen el tejido contiguo a ellos y -- están divididos en :
 - a) Colgajos por rotación
 - b) Colgajos por deslizamiento
 - c) Colgajos por transposición

2.- Colgajos distantes:

Se toman aquellas colgajos que se realizan en una zona de manera normal con un perfilado que después es reccionado y - después al sitio donador.

Colgajo por rotación:

Se realiza con una incisión en el sitio donador de forma - semicircular para permitir la rotación hacia el defecto que se desea reparar.

Colgajo por deslizamiento:

Esta colgajo se produce separando la mucosa de un borde de la herida y haciendo incisiones paralelas en los bordes -- del área operada para avanzar el defecto.

Colgajo por trasposición:

Esta colgajo se hace al girar en ángulo pasando por encima de un área de tejido normal para alcanzar el defecto que -- desea ser reparado.

Entre de los colgajos distales encontramos al Colgajo Invertido, en el cual las abejas del defecto se cortan, se separan y giran hacia adentro para formar parte posterior del defecto donde se necesita un crecimiento doble, como en la fístula nasopalatina o oúfina.

Mencioné desde los llamados "Colgajos plásticos de Masland" y que son los siguientes:

- a) Colgajos marginales
- b) Colgajos pedunculados
- c) Colgajos a potencia.

Colgajos marginales:

Se preparan circunscribiendo la comunicación a distancia -- del borde, según el tipo de herida a cubrir. La zona -- mucosa basal de los colgajos pasa a ser nasal o alveolar. La alimentación sanguínea de estos colgajos marginales está -- asegurada por la continuación de los vasos que la mucosa -- con los de la mucosa nasal o alveolar. Este tipo de colgajos se son suficientes para obtener una perforación en su mayor

parte, además de ceder al menor esfuerzo. Generalmente se deben ser cubiertas por un colgajo plástico, tomando de las partes vecinas.

Colgajos pediculados:

Se obtienen de las partes cercanas a la comunicación, sea esta en palma, en muñeca, en gíngiva de ventosa, muñeca, - abdomen y codo superior del carrizo.

Colgajos a pedice:

Se practican realizando dos incisiones paralelas que limitan un trozo de fibromusculo de forma regularmente cuadrilátera, que tiene dos puntos de apoyo que son sus extremidades. Estas se trasladan lateralmente cubriendo la perforación y adheriéndolas a la fibromusculatura vecina, queda sobre el anclaje una porción de tejido sano al descubierto, el cual se cubre por tejido de granulación.

Estos colgajos son muy usados en técnica palatina.

[15, 17, 20, 23, 25, 26]

La retracción puede ser activa o pasiva:

Retracción pasiva:

Es aquella que no utiliza las manos del Cirujano y del equipo quirúrgico. Tiene la desventaja de no poder cambiar la tensión ejercida para separar el colgajo, ya que sólo se puede colocar en una posición. Ejemplo de estas retracciones son el obturador de Weil, el obturador de Bonhard y el obturador de Mikonoski.

[4]

Retracción activa:

Es la retracción activa el estudiante expone, por medio de los instrumentos hechos de diversas formas, el campo operatorio. A diferencia de la retracción pasiva, aquí sí es posible cambiar la dirección de la tensión ejercida. Tiene la desventaja de utilizar un caso del equipo quirúrgico y sólo se puede ser realizada manualmente. Los instrumentos más usados como separadores activos son los separadores de Heggestad los separadores de Farabeuf, los separadores de Richardson y los separadores de Wilman.

CAPITULO VI
OPERACION PROPRIAMENTE
DICHA

Definición:

Es el tiempo quirúrgico en el cual se realiza la acción específica o objeto de la operación.

Tiene por objeto devolver la salud o mejorar una condición anormal existente, ya sea funcional, anatómica o estética.
(33)

Este tiempo quirúrgico es específico de cada una de las diez versiones y mencionaremos algunas de las más comunes utilizadas.

Extracción por disección:

También es llamada extracción quirúrgica, extracción por colgajo, extracción osteotómica y extracción por osteotomía. En la extracción por disección podemos encontrar dos alcances:

- a) Que una vez levantada el colgajo el diente pueda ser extraído por la acción de un elevador.
- b) Que sea necesario la remoción de hueso que mantiene retenido el diente por extraer.

El motivo de la operación propiamente dicha en la extracción por disección, es la extracción de la pieza dentaria y al igual sucede para éste fin en el elevador.

En acción en los procedimientos quirúrgicos se hace, la necesidad de cortar o remover estructuras blandas para lograr el objetivo de la operación. Esto se le conoce bajo los términos de Osteotomía y Ostección.

Orcectomía y Ourectomía:

El objeto de esta técnica de la operación, es el corte y la -
eliminación de la estructura ósea que cubre el motivo de la -
operación.

a) La Orcectomía consiste en abrir hueso y
b) La Ourectomía es la extracción y remoción del hueso que -
cubre al objeto de la intervención.

Ambos términos frecuentemente van implícitos uno en el otro.
(34)

Los materiales utilizados para esta fin son: osteotomas o -
sivaleotomas, escámpas y frezas quirúrgicas.

Operación propiamente dicha en Cirugía Periapical:

Son aquellas procedimientos que se llevan a cabo en los raíces de las dientes o
en los tejidos que la rodean.

Existen 3 tipos de Cirugía periapical:

- 1.- Apicectomía
- 2.- Curetaje periapical
- 3.- Ostección retrógrada
- 4.- Radicectomía
- 5.- Hemisectomía

Apicectomía:

Después de que el sitio quirúrgico es expuesto, la lámina -
serrada sobre el ápice es removida con freza de hojas de pú -
ra de mano de baja velocidad, teniendo en cuenta que debe -
preservarse al máximo la lámina ósea bucal. Para esta efecto
una radiografía panorámica puede ser usada para determinar
la colocación del ápice. (34)

Después de la localización de esta zona es fácil si la pérdi -
da de hueso es amplia y ya existe previamente una fístula.
En caso de que la pérdida ósea sea mínima, se podrá el Ciruj
no apoyar en los siguientes puntos para localizar el ápice:

- marcas anatómicas sobre el hueso, tales como la cresta formada
por el canal. (32, 31)
- radiografías de la raíz buscada con relación a los dientes -
circunvecinos. (32)

- Un alambre colocado en el conducto radicular indica su dirección y por lo tanto el sitio probable del ápice (22, 32)
- Cuando es posible calcular la longitud de la raíz, mediante una u una radiografía, esta longitud será marcada sobre el hueso -- para localizar exactamente la posición del ápice. (22, 31)
- El ápice del conducto lateral será por lo general colocado hacia la proximidad del paladar. (22)
- Cuando no exista perforación estable, el suero del hueso, usando una lima afilada, revelará a menudo una pequeña perforación u -- orificio en el hueso cortical, que estará sobre la zona erodida. (34)

Al efectuar el corte sobre el hueso, el sitio deberá ser irrigado -- con solución salina para prevenir el acortamiento de la frasa y la -- generación de calor. Cuando la capa ósea más externa ha sido removida, la cavidad será limpiada con excavadores para exponer el ápice -- de la raíz. (22)

Idealmente la raíz deberá ser cortada en sección plana hasta arriba -- hasta que exponga la obstrucción radicular (en caso de estar presente) y se vea que adyace al ápice, cuando no se encuentre ninguna -- obstrucción radicular, el conducto deberá ser localizado y se retirará la suficiente cantidad radicular para permitir la preparación -- de una cavidad plana (en el corte del mismo. El corte del ápice se -- lleva a cabo con placa de mano de alta velocidad y con frasa clínica -- de número del número 700 a 701.

Curetaje periapical:

Se conoce como curetaje periapical a la remoción quirúrgica de un -- proceso patológico periapical sin la amputación del tercio apical -- y con la obturación previa o concomitante del conducto radicular.

Obstrucción retrógrada:

Es la eliminación de un proceso patológico periapical con la remoción -- del tercio apical y con la obturación del remanente del conducto por -- vía apical. La obturación es recomendable cuando con amalgamo -- eutéctico. La preparación apical se realiza con un instrumento adecuado, -- como un brochador en forma de hebilla, cuyo diámetro sea lo suficientemente -- amplio para cubrir el orificio apical. La amalgama se repone a -- través de la cavidad de acceso coronaria, mediante un portamalgamo -- endodóntico y se condensa partiendo de éste extremo contra el tope -- apical del instrumento. Se 1 a 3 en la obturación de amalgamo son -- suficientes.

Radicalización:

En este procedimiento se eliminan dos tercios radiculares de un =
 diente multirradicular, dejando la o las raíces remanentes con su =
 tratamiento de conductos correspondientes.

Resección coronaria:

En este procedimiento se elimina totalmente una raíz con su período-
 coronaria correspondiente, dejando la o las raíces correspondientes
 para fines protésicos.

Operación propiamente dicha en tejidos blandos:

Se hará mención de algunas lesiones comunes que se presentan en boca
 y la forma de eliminarlas:

Fistulas:

En ocasiones ocasionadas a través de una pieza de campo o bien =
 pasando un hilo de sutura a través de la lesión para así poder trac-
 cionarlo y localizar el pedículo que deberá ser cortado en su totali-
 dad.

Hematomas:

Generalmente se les inspecta rigurosa para obtener una limitación de-
 la lesión, la que posteriormente es extirpada.

Reseña en el piso de boca:

Se elimina el líquido que posee, para posteriormente inspeccionar sig-
 nate y se elimina por extirpación.

Resección del fretillo:

Se utilizan dos piezas de mosco roscas, colocadas en forma de que
 convergen en la base del fretillo.
 Se hace una incisión para crear un lecho quirúrgico romboidal, después
 se realiza el corte con bisturí por la parte externa de las piezas =
 para eliminar el tejido sobrecito del fretillo.

CAPITULO VII
TRATAMIENTO DE LA
CAVIDAD ORABASILE

Algunas operaciones quirúrgicas un tratamiento particular de la cavidad bucal debido a que el hueso que se encuentra afectado a la salida de la infección - así la requiere. En ambos casos el tratamiento se llevará a cabo con el objeto de evitar hemorragias y complicaciones postoperatorias, así como para favorecer el proceso de cicatrización y en general la realización satisfactoria del acto quirúrgico. (24)

El tratamiento de la cavidad bucal comprende:

- 1.- Lavado
- 2.- Curetaje
- 3.- Linde
- 4.- Colección de exudatos
- 5.- Colección de drenajes.

Lavado:

La finalidad es la de lograr una completa limpieza de la cavidad bucal a través del arrostro mecánico de los restos de tejido que fueran acumulados durante la cirugía, así como los restos que quedarán después de la cura y que podrían evolucionar en infecciones que comprometerían el proceso cicatrizal.

El lavado debe de ser efectuado con colecciones estériles tales como agua hervida o preferentemente con soluciones fisiológicas (steriles de sodio al 0.9%) aplicadas con una jeringa excepto se abundara cantidad.

(12, 24)

Curetaje

El curetaje consiste en retirar de la cavidad bucal cualquier, todo aquello que de algún modo o otro pueda alterar su adecuada cicatrización, estos restos pueden ser de tejido epitelial o mucinoso ósea fragmentos de órganos dentales, procesos infecciosos o granulomatosos. El curetaje

se realice a través de cucharillas y las más empleadas son las llamadas cucharillas de Lucas en sus diferentes tamaños.

Limado

Consiste en regularizar y lograr el alisamiento de la superficie ósea cortada o eliminada, en lo cual se realizó el procedimiento quirúrgico, para lograr una cicatrización más rápida y menos tortuosa. (3, 12, 34)

Se utilizaba una fresadora para alisar una zona irregular, - ósea para la posterior colocación de un aparato protésico cuando de el caso lo requiera. El limado se logra por medio de limas para hueso en volutas y cuadradas.

Colocación de apófisis:

Existen tres motivos para la aplicación de apófisis quirúrgicas:

- a) Para lograr y mantener la appoia en las lectas óseas, después de una intervención quirúrgica.
- b) Para lograr un efecto hemostático en la unidad ósea remanente - y prevenir sangramiento o hematomas.
- c) Para prevenir la ruptura de un coágulo demasiado grande y al mismo tiempo lograrse un agente obturador de espacio.

(24)

Podemos dividir las apófisis en tres grupos:

1. Apófisis hemostáticas
2. Apófisis de sellado
3. Apófisis de recubrimiento

Apófisis hemostáticas:

Se utilizan cuando se presupone sangrado en campo o para apólar a la formación de un coágulo en una cavidad ósea.

- Adrenalina y soluciones catiónicas: la adrenalina es un vaso -- constríctor de acción rápida e intensa. Que puede usarse tanto -- cuando por medio de algodón y gasa. Tiene la propiedad de --

Centrar los vasos sanguíneos por lo cual disminuye la hemorragia.

Esta acción es transitoria, pero generalmente dura la suficiente como para formar un apósito mediante en la las del vaso sanguíneo.

- Esponja de Celulosa (Gelfoam):

Es una proteína obtenida por oxidación de agua de sustancias colágenas (piel, tendones, hueso, ligamentos).

Se presenta en forma de esponja esponjosa, incolora en agua, ligera, no alérgica, resistente y de color blanco. (44)

Se usa a modo de esponja quirúrgica, la cual puede dejarse "húmeda" después de cerrar la herida. Absorbe aproximadamente 45 veces su peso, y a su vez se absorbe en un plazo de 4 a 5 semanas sin producir mucho tejido cicatricial en heridas tísicas. Mantiene la integridad quirúrgica para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme. (1, 15, 16, 34)

- Celulosa oxidada (Oxycel)

Se obtiene transformando la goma o el almidón común (Celulosa) en un ácido orgánico (ácido polianhidroglicocólico) por la acción del dióxido de níquel, se presenta como una goma química o un almidón tratado en forma tal, que ejerce un intenso efecto hemostático. Es de color blanco, con ligero olor a quemada y soluble en soluciones alcalinas pero insoluble en agua y soluciones ácidas. Su acción hemostática depende de la formación de un coágulo artificial por la liberación de ácido oxalático, que tiene una afinidad pronunciada por la hemoglobina. La celulosa oxidada absorbe de 7 a 8 veces su peso. (7). Se absorbe dentro del organismo en plazos de 3 a 7 días después de la implantación del material en la cavidad sangrante. La celulosa oxidada no debe ser homologada antes de aplicarla porque la lesión así creada tiende a inhibir la epitelización, por lo cual se ha recomendado su uso en tejidos epiteliales, como apósitos de superficie en tapasaduras permanentes. (1, 28, 34, 44)

- Celulosa oxidada y regenerada (Surgycel):

Posee los mismos aspectos que la celulosa oxidada, así como semejante aspecto.

La celulosa regenerada se absorbe bien en la heridas de tejidos blandos y a diferencia de la celulosa oxidada, se evita la formación de coágulos, por lo que resulta útil como apósito de superficie. Otra ventaja con respecto a la celulosa oxidada, es que se pega menos a gaseses y al instrumental quirúrgico. No es recomendable usarla en la profundidad de un alveolo debido a que retrasará su cicatrización. (1, 25, 26, 34)

- Espuma de fibrina (fibrinógenos):

Este componente de proteínas naturales del plasma humano, ya que se obtiene haciendo actuar el fibrinógeno con la trombina. Posee una extraordinaria acción hemostática -- debido a que presenta una gran área superficial permitiendo la formación del coágulo.

Se absorbe rápidamente con una mínima reacción tóxica, la cual es clínicamente imperceptible . (1, 34)

- Seda Mas (cera para hueso):

El hueso es un material que se puede comprimir y debido a que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos se hacen proximal al sangrado óseo, fue necesario elaborar un apósito que pudiera controlar la hemorragia del hueso. La dificultad para es el hueso es el que no se puede ocluir un vaso sanguíneo natural, por lo tanto, debe recurrirse a lo llamado cera para hueso, para ocluir el sangrado óseo sanguíneo, hasta que se produce la coagulación.

Las esponjas quirúrgicas como el Vender-Pack, funcionan -- de la misma manera que la cera para hueso.

Taponamiento:

Se realiza por medio de una esponja o gasa, para que la tensión detenga la hemorragia. Este método se realiza -- con dos fines: evitar la entrada a la cavidad de sustancias y cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el dolor.

En ocasiones es necesario proceder a suturas para mantener el taponamiento en su lugar. (34, 35)

Apósitos de Relleno:

En el caso de que la cirugía expone una gran cantidad de hueso, debido a una osteomía extensa. Y once huesos serán cubiertos por un colgajo osteoperiosteal, será necesario rellenar la cavidad ósea con la finalidad de dar soporte a este colgajo.

En los casos en los que se manipulan una cavidad intra ósea bucal, para evitar que esa cavidad se llene de restos alimenticios y para favorecer su recubrimiento con tejido de granulación, se está indicada el uso de apósitos de -- relleno.

Los apósitos de relleno más utilizados son el Colliam o -- esponja de gelatina, la cera para huesos y la goma Paracelag de a -- vaselinada. En el caso de usar éstos últimos, los -- apósitos deberán ser cambiados cada tres días.

Apósitos de recubrimiento:

Se utilizan para evitar molestias dolorosas al paciente cuando el procedimiento quirúrgico deja al descubierto una gran zona de hueso.

Entre los apósitos a base de fécula de maíz y Eupagel crean -- del tal forma al hueso, que evitan su irritación y favorecen su recubrimiento con tejido de granulación.

Los apósitos de recubrimiento no siempre son colocados sobre el hueso, en el caso en el que la cirugía deja al descubierto una zona de la mucosa bucal. Esta puede ser cubierto con acondicionadores de tejido, que son colocados generalmente sobre procesos previamente realizadas.

Entre los apósitos de recubrimiento se encuentran el fécula de maíz y eupagel, soft-lina, Gau-Comfort y Eupagel o -- sellados estériles y tapaderas.

Exposición de drenajes:

Cuando se presupone la producción de secreciones de tipo -- infeccioso (pus), que necesite la correcta reparación de los tejidos después de una intervención quirúrgica se -- colocarán drenajes en forma de tubos de Pen-Rose para permitir la salida de estas secreciones.

CAPITULO VIII

SUTURA

SUTURAS (del latín "sutura", suture, suture)

Definición:

Acto quirúrgico por el que se aproximan y se unen las tejidas o bordes separados con el objeto de aproximar lo más posible las -
bordes de la herida quirúrgica, permitir la hemostasia y disminuir el período de cicatrización.

[10. 34]

Para realizar una sutura se deben colocar los colgajos mucopé-
ritoneales en posición. Es necesario comprimir los tabios óseos
para poder lograr la colocación correcta de los colgajos en los
casos en los que se utilizan placas óseas.

[7]

Características de una buena sutura:

- a) La sutura debe realizarse por aproximación y no por tensión -
- b) La herida deberá estar limpia y sin tejido necrótico.
- c) Se deberán dejar espacios muertos
- d) La sutura debe efectuarse por planos
- e) Se utilizará el material de sutura adecuado

Materiales de Sutura:

La elección del material de sutura adecuado se rige por las -
reglas siguientes:

- Se considerará el tiempo que la sutura permanecerá en boca
- La elección de material dependerá de la naturaleza del tejido en el que se aplicará. (piel, músculo, aponeurosis)
- Consideraremos la tensión que podremos aplicar a las tejidas.
- Se observará cuidadosamente el estado patológico de la zona por suturar.
- Estado nutricional del paciente

Clasificación de los materiales de sutura:

En general los materiales de sutura se clasifican según el tiempo de permanencia de éstas en los tejidos. De ésta manera tenemos materiales de sutura absorbibles y materiales de sutura no absorbibles. El calibre de las suturas está dado por una numeración universal expresada en dígitos que van del No. 5 (P 1) al No. 1-0; a mayor número de cifras el calibre de la sutura será menor.
(11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

Materiales de sutura absorbibles:

Este tipo de suturas son absorbidas por los líquidos de los tejidos (hidrólisis) o por las enzimas corporales (proteólisis) en el transcurso del proceso de cicatrización, el cual será de 3 a 28 días después de su colocación. Los materiales de sutura absorbibles son:

- Catgut simple
- Catgut cromado
- Catgut crómico
- Dacón (Seda poliglactina)
- Vicryl (poliglactina 910)

Materiales de sutura no absorbibles:

Estas suturas como su nombre lo indica, no son absorbidas por las enzimas corporales, debiéndoseles retirar entre el quinto y séptimo día después de su colocación.

Los materiales de sutura no absorbibles son:

- Seda trenada
- Fila de algodón
- Hilo de lino
- Alambre de acero inoxidable
- Materiales sintéticos (damaño, poliéster, nylon y polipropileno).

Entre otras clasificaciones de los materiales de suera que se basa en el origen del mismo. Esta clasificación divide a las sueras en:

a) Suera de origen vegetal:

Hilo de algodón
Hilo de lino

b) Suera de origen animal:

Seda negra trenada
Cris de Fierrovia
Pelo de caballo
Gorgon

c) Suera de origen sintético:

Nylon: supraón.- anal monofilamento
damaño.- anal monofilamento

Poliéster:

Mardilene.- seda trenada
Ac. Poliglicólico.- seda
Polipropileno.- trama anal monofilamento

d) Suera de origen inorgánico:

Oro, plata, acero inoxidable

Suera absorbible:

- Cutpur simple:

Desde el punto de vista de estructura química, el cutpur es - celulósico y se obtiene de la subunidad del azúcar de celosa - y algunos de la serosa de levadura. Sin embargo la generalidad de este tipo de suera son de origen totalmente de levadura (7) tratada con enzimas proteolíticas. Sus características son:

- a) rápida absorción disminuyendo la posibilidad de infección de la serosa en 4 a 10 días. (5)

- b) Irritación mínima a los tejidos
 c) resistencia adecuada
 d) hebras suaves y flexibles

El cargat simple es el material de sutura más comúnmente usado, principalmente en tejido celular subcutáneo y ligadura de vasos (13, 17)

- Cargat estándar:

Elaborado a base de coligano de maníferos. Las fibras de coligano son sumergidas a un baño de sales de cromo, antes de tenerse formadas en hebras, con lo cual se obtiene una distribución -- uniforme de las sales de cromo en todo el cuerpo de la sutura. Se absorbe aproximadamente en 12 días. (13)

- Cargat estándar:

Es principalmente usado para la sutura de músculos, aponeurosis, vísceras y nervios. Las sales requieren de un soporte mucho -- mayor. Se absorbe aproximadamente en 28 días y se elabora de -- la misma manera que el cargat estándar.

En ocasiones este material se encuentra sumergido en una solución podo-poderada y de cromato potásico, lo que se le confiere un poder germicida.

- Dado:

Es una sutura derivada del ácido poliglicólico, que posee las -- mismas ventajas que el cargat, pero al parecer con una resistencia -- más mayor que la de éste.

La absorción se realiza por hidrólisis en un tiempo aproximado -- de 28 días.

El manejo es más fácil, en comparación a la seda y permite la -- reestructuración de las radas. Tiene alta fuerza tensil y reduce al mínimo las reacciones alérgicas.

(3, 13, 17)

- Vicryl:

Es un material de sutura a base de poliglactin 910. Esta sutura -- es un copolímero de ácido láctico y ácido glicólico. Posee una cadena lineal de polímeros de alta peso molecular, con -- una estructura semejante a las proteínas simples. Este material

resiene se tensa por dos o tres semanas y se absorvido -
 más rápidamente que el Sida poliglicólico.
 (17, 43)

Saturas no absorbibles:

- Sida negra trenzada:

Se produce el hilo a hebras del gasero de seda.
 Las fibras que lo constituyen son enrolladas previamente para
 dar el grosor y la resistencia que son deseados. Se toma
 una de 4-6 hasta el No. 4 lo cual se impregnación al agua
 tráfada con agua. Con frecuencia se tñe de negro para
 poder ser fácilmente distinguido en las zonas quirúrgicas.

En la sutura es absorbible más lentamente usada por su contig
 varión del modo, en fácil manejo y su superior resistencia a
 respecto al hilo de algodón.

Las suturas con seda permanecen por tiempo indefinida en loca-
 ciones de algunos pacientes, en otros es rechazada en tiempo
 variable y en otros desaparece lentamente absorbiéndose des-
 pués de algunos años. (31). La sutura de seda está impreg-
 nada de sulfato, la cual elimina más fácilmente las reacción-
 nes tóxicas y sólo debe aplicarse en el sitio de puercas
 intersticiales ya que la acción del surgo crónico aumenta-
 el riesgo de infección a lo largo de la sutura. Existe una
 sutura de seda cubierta con proteina la cual es utilizada pa-
 ra suturar piel. (Kernell)
 (17, 33)

- Hilo de algodón:

Es utilizada con menor frecuencia que la seda por ser menos -
 resistente que aquella y producir una reacción parecida, pro-
 porción un número de fuerza tensil cuando es utilizada hume-
 dizada.

Está hecho de fibras largas y torcidas hasta obtener una hebra
 más fuerte y uniforme.

Se lo encuentra en calibros de 10 al 7-0.
 (17, 31)

- Hilo de lana:

Se presenta con las mismas dimensiones que el hilo de algodón
 Es hilado a partir de fibras largas, para brindar mayor fuer-
 za y tratado con material no permeable para mayor absorción -
 Está libre de cualquier toxicidad, reacción inflamación, reaca-
 o infección. Se uso en casi exclusiva en cirugía gastrointest-
 tinal. (17, 19)

- Material de sutura fina de acero inoxidable:

También lo sutura en oro y plata. Tiene un diámetro que va - del 2-0 al 6-0 y es utilizado cuando se desea gran resistencia en la sutura o cuando se desea alargar la duración de la misma, ya que puede ser apretada o aflojada a juicio del Cirujano. Su reacción en los tejidos es casi nula, pero puede la desventaja de ser un tampo traumático, ya que debido a la rigidez, sacara los carrillos y la lengua por las cabezas costeadas que quedan en la herida.
(11, 25, 26, 28, 31, 34)

- Materiales sintéticos:

Borrón políester: es ampliamente utilizado en suturas e injertos plásticos. Puede ser usado sin modificar. Empaquetado de teñido en varios grados o tratado con silicona o protuberancia lisa. Es el material más empleado como sutura multifilamentosa.

- Naylon: Se lo encuentra como monofilamento o multifilamentoso monofilamento es más fuerte y se tiende a proliferar hasta el fin. Mantiene su fuerza hasta con el tiempo, pero ofrece dificultades para su manejo y anudado. Se lo utiliza para suturas de piel. (43)
- Polipropileno: se lo encuentra como monofilamento, es de difícil manejo, difícil anudación por de fácil desprendimiento de los tejidos. Al utilizarlo es frecuente observar un "cañadillo" duro de tejido conectivo en el punto de sutura. Su uso se ha propagado en cirugía cardiovascular.
(37, 43)

Todos los tejidos sintéticos son inertes químicamente que lo ayuda, tienen buena fuerza tensil, son relativamente inertes y no afectan a los tejidos.

Debido a que se encuentran tejidos porosos la desventaja de poseer un medio adecuada para las bacterias dentro de la sutura.

En los materiales sintéticos, la impregnación de teñido se usa como un intento por reducir la tendencia de las suturas trenzadas a permitir la infección.

Lo teoriza es que el teñido tiene las interacciones, no dejando espacios para las bacterias. El problema está en que el teñido afecta adversamente el manejo y anudado de las suturas que lo contienen.
(39, 43)

- **Agujas:** Los materiales de sutura, por lo general, tienen incluida la aguja, que puede ser para enteros o accionadas y dependiendo de su forma puede ser rectas o curvas. La primera se utiliza para espacios libres mientras que la segunda en espacios reducidos. Según su corte, las agujas pueden ser romas, abisadas y triangulares. La aguja roma es usada para la reparación de tejido desluciente (elastomas), la de tipo abisada en tejidos ciclar subcutáneos y escleróticos y la aguja triangular para piel y aponeurosis.
(2, 12, 28, 29, 31)

Clasificación de las suturas:

Las suturas pueden ser clasificadas en dos formas:

- 1.- según su ejecución
 - interumpida o aislada
 - continua o de serpiente.
- 2.- según su función
 - de alineamiento
 - de tensión
 - de sujeción

Clasificación de las suturas según su ejecución:

- **Suturas interumpidas o aisladas:**

Presenta la ventaja que cada punto se sueda independientemente, por lo que si no aflojará un suudo, la sutura no se desahace completamente. Otra ventaja es la de poder graduar la tensión en cada punto según las necesidades locales de la sutura.

Las suturas interumpidas o aisladas son:

- a) punto simple
- b) punto simple invertido
- c) Sarnoff vertical o punto de diques
- d) punto en cruz
- e) punto en arco invertido
- f) calabacera o Sarnoff horizontal
- g) punto de Copenhaga.

- **Enteras continuas o de surgetos:**

Los surgetos son la continuación de varias partes interarran-
gidas. (3) Son usadas exclusivamente al principio y al
final y en todo su trayecto el hilo sigue sus partes sin
ciznarse, formando una espiral y tomando las vueltas de la hor-
rida. (3)

Puede presentarse atención a los malos de los extremos del --
surgeto, ya que si se sacita uno de ellos, automáticamente --
se afloja todo el surgeto. (3)

Las enteras continuas o de surgetos son:

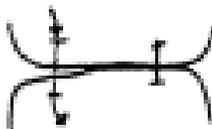
- a) surgeto simple
- b) surgeto discontinuo
- c) surgeto de calcetazo
- d) entera subterránea o enterrada.

Sutura Interrumpida o Anillada:

- Puntada simple:

Es un punto de adelantamiento, de relación sencilla. Es el más sencillo y más utilizado en la Odontología. (43)

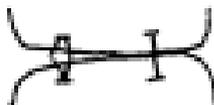
Se realiza avanzando con la aguja el borde de la herida opuesto al operador, perpendicularmente a la sutura y a unos dos o tres milímetros distancias del borde de la herida. Se sostienen fijos los tejidos con pinzas de disección para pasar cada un tercio libre de la aguja. La aguja es solidada para remarcar por el extremo profundo del borde y se avanza en la misma dirección del borde opuesto, de la profundidad a la superficie, para bajar de dos a tres milímetros distancias del borde. Se anudan los extremos de hilo para cerrar el punto. (39).



- Puntal simple invertido:

Se semejante al punto anterior, pero con la característica - que el nudo queda por dentro de la herida, por lo que debe iniciarse desde la profundidad hacia la superficie de la línea de sutura. Debido a que el punto se localiza fuera de la herida es un malesto para el paciente.

No ejercer mucha tensión y deja mayor cantidad de sutura dentro de los tejidos. Es importante cortar los cabos de hilo a ras del nudo para obtener la menor cantidad de material dentro de la herida. Se utilizado en superficies de mucosa, cartilago lengua y en general en lugares donde no requiere tensión. = Materiales absorbibles como el catgut y el seda son desahucias para su ejecución.



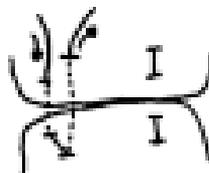
- Punto calchero vertical o Barroil vertical

Punto de tensión que produce la eversion de la herida, lo que produce que una mayor superficie de la lírea cruenta quede en contacto, favoreciendo la cicatrización.

Se emplea para el cierre de la mancha palatina en Peisteroy fia de la líara congénita, para aliviar los bordes gingivales después de una extracción, disminuyendo la posibilidad de desgarramiento de la encía.

Se ajusta colocando en proximidad los puntos a los bordes de la herida, proporcionando una aproximación precisa, mientras que los puntos más lejanos alivian la tensión.

[25].



Punto de cruz:

El punto de cruz posee la ventaja de ser un punto de tensión y debido a su forma, mantiene en su lugar los apósitos que - pueden haber sido colocados debajo de la herida a suturar.

Es utilizado para afrontar los bordes gingivales, después de una extracción y para suturar estructuras fibrosas como la aponeurosis.

La sutura en cruz es la base de las suturas de afrontamiento y es la forma más sencilla de suturar.

Se inicia igual que el punto simple, pasando por los bordes de la herida, pero repete la puntada en el mismo sentido y a certa distancia de la primera de tal forma que la pata de - regreso quede diagonalmente cruzada a la línea de sutura. - Se pueden dar las puntadas paralelamente al cruce de sutura de tal forma que la pata de sutura a su regreso se cruce diagonalmente a ésta y al acabar los cabos el punto queda tensado.



- Puntos de cruz invertidos

Semejante al proceso en cruz, pero con la diferencia que el brazo diagonal del hilo de sutura queda dentro de la herida. Debido a esto, el nudo, por estar abajo la herida, no puede ser tensado.

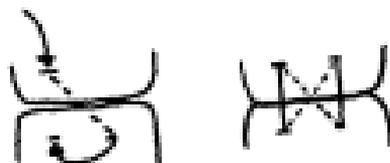
Al igual que el punto simple invertido, tiene la desventaja de dejar mayor cantidad de material de sutura dentro de la herida.

Se ejecuta pasando los dos puntadas diagonales con relación al plano de sutura, pero que la gaze de regreso quede paralela a éste, así como las otras unidades.

(39)

Es utilizado frecuentemente para producir hemostasia y cerrar pequeñas laceraciones.

(40)



- Punto calchenero o Sarnoff horizontal:

Está formado por dos puntos simples paralelos entre sí.

se ejecuta pasando la aguja por los bordes de la herida y - después se coge en sentido inverso.

Tiene la ventaja de proporcionar mayor superficie de contacto entre los bordes de la herida lo que proporciona una mejor cicatrización.

Se lo utiliza básicamente en Cirugía de paladar.
(40)



- **Punto de Copenhaga:**

Este punto es útil en el espesor de los tejidos.

Es ampliamente utilizado para suturar colgajos de forma triangular y para suturar heridas de piel.

Posee la ventaja de afrontar el vértice con el ángulo de la herida, sin presionar la herida en el vértice del tejido, ya que no afecta su irrigación. Además levanta el colgajo a nivel del resto del tejido, mejorando el aspecto estético de la cicatrización.

(43)



CITA TEXIS NO DEBE SER DE LA OBLITERA

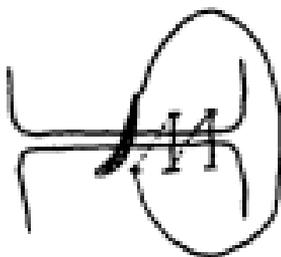
- Sutura continua o surgetas:
- Surlata simple:

Se la considera una sutura de afrontamiento, dando se en -
afectada alguna tensión. Se la utiliza con regularidad debj
de a su rápida ejecución.

Ofrece una innegable concentración ya que la tensión se dig
tribuida uniformemente a lo largo de la línea de sutura. Es
el único tipo de sutura que proporcionará cierre hermético.

Se ejecuta realizando un punto simple, el cual se anuda. -
posteriormente se continúa la sutura con lasadas obtenida a la
línea de la herida, y al final se fija con otro punto simple.
(60)

Es ideal para el cierre de orificios alveolar después de una raga
larización de proceso desdentado y es general en heridas que
requieran poca tensión.



- **Surgate discontinua:**

Es una especie de afrontamiento. Presenta la ventaja de que se pueda aplicar en diferentes grados de tensión en las diversas partes de la herida por suturar. Es más complicada de realizar que el surgate continuo, ya que requiere de mayor cuidado al acomodar el hilo o la aguja para lograr la lazada a diferencia del surgate continuo, las lazadas se van realizando en forma de cadenas a un lado de la herida, lo que evita cada lazada, evitando su fácil deslizamiento.

Al final se remata con un punto simple.

Se le utiliza para cierre de sucesos, después de extracciones múltiples y osteotomías.

Para un mejor resultado con el surgate discontinuo, se aconseja utilizar un material trenzado, como la seda o el dralón por no ejercer mayor fricción.



- **Burgente de calchenera:**

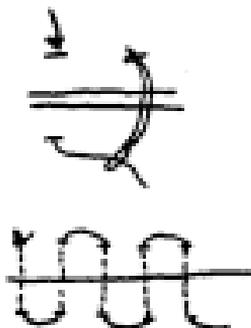
Es una sutura de relativa tensión, similar al calchenero simple, pero que se comienza sin cerrar el hilo.

Ejerce una tensión uniforme a lo largo de la herida produciendo la curvatura de los bordes.

Se le ejecuta como la sucesión de dos puntos simples y para tallos entre sí.

Se ejecuta pasando la aguja por los dos bordes de la herida, como para un punto simple, y regresar en sentido inverso, dejando un puente entre la salida de la aguja y la curva posterior, así que varía de longitud según el caso y la estructura de los tejidos.

(29)



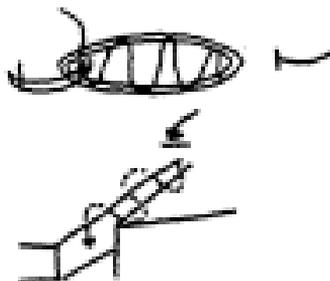
- **Botones subérfreos e intracuticulares:**

Se utilizan para suturas pequeñas en piel y poca o ninguna tensión. El hilo sólo toca la epidermis de uno y otro lado de la herida alternativamente. Solo se perfora la piel en dos puntos, al inicio para fijar el hilo y al final para ajustar y fijar la sutura con otro nudo.

La sutura subérfrea se hace a expensas del surco, pero puede ser realizada por puntos aislados.

Se recomienda el uso de material absorbible en donde los nudos queden dentro de la herida, preferentemente grado 4-0 o -vicryl.

{ 43 }



Clasificación de las suturas según su función:

- Sutura de afrontamiento:

Es la más frecuentemente usada en cirugía bucal. Sus puntos además de aproximar los planos, sirven como medida de adelanto en dos superficies.

La base de las suturas de afrontamiento al punto simple y las suturas continuas, discontinuas y de colchero de V.

- Sutura de tensión:

Este tipo de suturas se realiza cuando los labios de la herida, frecuentemente en quirúrgica, se encuentran muy separados unos de otros, por lo que es necesaria una gran tensión para aproximarlos. Podemos llamar punto de tensión al colchero horizontal de Marshall, el punto en cruz y el colchero horizontal.

- Sutura de soldado:

Se emplea básicamente para el cierre de perforaciones o para cerrar el extremo de un pedículo. Sus puntos continúan practicados en un área circular.



CAPITULO IX
CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Todo paciente que sea sometido a una intervención quirúrgica por pequeña que sea debe ser instruido por el médico tratante de los cuidados posteriores a la misma.

De tal manera que los cuidados a seguir los hemos dividido para fines de presentación en:

- Del Cirujano
- Del Paciente

Las primeras serán efectuadas a corto plazo y las segundas, las que el paciente debe seguir en su domicilio.

- Del Cirujano (a corto plazo)

Verificar si la intervención se requiere de un mayor tiempo de observación, sobre todo si cada vez que se aplica o toca en el --
-- caso quirúrgico mucha manipulación de los tejidos sanos.

El prescribir analgésicos anti-inflamatorios y antibióticos --
-- según sea el caso es lo más pertinente, sin olvidar las consue-
-- tudas preguntas sobre intolerancia, alergia y/o efectos colate-
-- rales que el uso de estos fármacos pueden ocasionar en los --
-- pacientes en forma individual, recordar que en cada caso se --
-- debe de manejar estos interrogantes. (Vé)

Explicar y tener la seguridad de que las indicaciones han --
-- sido perfectamente comprendidas por el paciente, tanto en su --
-- forma de administración como en el horario para la ingestión --
-- de las mismas.

La aplicación de medidas anti-inflamatorias de tipo local son --
-- indispensables al uso de hielo, debe ser observado con períodos --
-- de descanso, a fin de que esto no produzca un efecto contrario --
-- al que se desea y no debe ser aplicada en forma directa --
-- sobre el área afectada o sobre la piel de la zona, el hielo --
-- debe ser puesto en una bolsa impermeable y protegida por una --
-- toalla o paño limpio, 30 minutos de aplicación y 30 minutos de

aplicación y 30 minutos de fresas y no más de cuatro aplicaciones.

En extracciones, recomendar y vigilar la formación del coágulo alveolar, así como las cuidados que se deben tener al respecto por parte del paciente.

Por último la importancia de las recomendaciones higiénico-dietéticas a seguir por el paciente son trascendentes, el tipo de alimentos, la fibra, las vitaminas, la proteína, la planicie irritante según el caso, sobre todo en nuestro medio debido al régimen alimenticio de la mayoría de nuestra población, así como la variedad de pastillas de nuestro país.

- Del Paciente (a domicilio) :

Volamos a insistir en que por muy buena que haya sido la -
intervención o la experiencia del Cirujano que la haya efectuado -
ésta, o que el pronóstico sea el mejor, si el paciente no sigue -
al pie de la letra las prescripciones medicamentosas que el -
médico tratante de o si está transgrede las medidas higiénico-
dietéticas recomendadas.

Por eso es que el profesional depende en gran parte que el -
paciente comprenda al máximo la importancia de las individuales -
prescripciones y demás recomendaciones que se le hacen al res-
pecto, así como sea redoblando más la pena de que se insiste -
con el paciente en preguntarle si las ha comprendido y si -
es que existe al respecto alguna duda; estimularle a que las -
expresen y de ser posible sin demeritar suyo o suspenencia -
acharques. (46)

Desde nuestro punto de vista esta parte final de la atención -
al paciente es la que va a darle al médico el prestigio acumu-
lable que a largo plazo le permitirá considerar una consulta -
abundante, de buena calidad y excelencia médica. (46)

CONCLUSIONES

- 1.- Es importante en el ejercicio de la anestesia-epidural tener con un documento que sintetice las procedimientos -- para la Cirugía Neuroestomatológica en forma sencilla y accesible.
- 2.- En el ejercicio cotidiano del profesional en la Cirugía Bucodental se debe tener presente la generalidad de los procedimientos por aplicar, pero sobre todo la individualidad de los casos.
- 3.- El manejo eficiente y seguro de todos y cada uno de los casos -- evitará para el médico tratamientos innecesarios de los casos.
- 4.- El manejo del paciente en el preoperatorio garantiza las mejores condiciones durante el acto quirúrgico.
- 5.- La selección de la anestesia garantiza no sólo el éxito quirúrgico sino también la comodidad del paciente.
- 6.- El cuidado del manejo de las estructuras debe llevarse en el más alto grado de cuidado para evitar problemas de inflamación, sangrado e infecciones.
- 7.- La vigilancia de la formación del tejido fibroso en las cavidades tratadas tiene importancia vital para la evolución posterior del tratamiento, así como por la comodidad del paciente.
- 8.- Los suturas hoy por hoy, deben tener como características importantes: Un buen material, estar aseguradas firmemente, pero con facilidad, garantizar su permanencia por el tiempo necesario y evitar lagunas.
- 9.- Las indicaciones postoperatorias tendrán su efectividad sólo si se incluye con el paciente en su comprensión y aplicación -- real.

10.-

El éxito de todo profesional médico en el ejercicio cotidiano - depende en gran parte de su habilidad manual, sentido común -- para el manejo de los pacientes y su forma de dar sus indicaciones y recomendaciones.

11.-

No olvidar que ante todo la confianza que nos dá nuestro paciente se debe estar basada en la habilidad profesional, la seguridad - personal y la cordialidad que le brindamos en su atención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Dental Association
Ensayos Odontológicos aceptados
U.S.A.
1971
Págs. 121 a 133
- 2.- Archer, Harry
Cirugía Bucal
Editorial Rosal
Segunda Edición
Buenos Aires, Argentina
1968
Págs. 154, 177, 181, 308, 398, 432, 433.
- 3.- Archánzola, Abel
Médica y Educación Quirúrgica
Facultad de Medicina UNAM
México, D.F.
1915
Págs. 9 a 13 y 15 a 76
- 4.- ASTRA
Manual Ilustrado de Odontología
Editorial ASTRA
Suiza
1969
Págs. 13 y 27
- 5.- Barros, Edmundo
Procedimientos en Cirugía Bucal
Editorial CEGSA
México, D.F.
1968
Págs. 25 a 33, 48, 41 y 47
- 6.- Brader, L.
Diccionario Enciclopédico de Medicina
Editorial Jans
Cuarta Edición
Barcelona, España
1919
Págs. 333, 442, 508.

- 7.- Busca, Shirley
 Enfermería en Quirófano
 Editorial Interamericana
 Segunda Edición
 México, D.F.
 1974.
 Págs. 19 a 26, 46 a 67, 88 a 128, 124
- 8.- Burden, William
 Microbiología
 Publicaciones Editoral
 México, D.F.
 1973
 Págs. 309 a 327
- 9.- Burrows, William
 Microbiología
 Editorial Interamericana
 28ª Edición
 México, D.F.
 1974
 Págs. 137, 138.
- 10.- Casademit, L.
 Diccionario Terminológico de Ciencias
 Médicas.
 Salnes Editores
 Décima Edición
 Barcelona, España
 1970
 Págs. 58, 75, 125, 367, 1027
- 11.- Clark, Henry
 Tratado de la Cirugía Oral
 Editorial Bibliográfica
 Buenos Aires, Argentina
 1967
 Págs. 77 a 193 y 423 a 434
- 12.- Curtis White
 Cirugía Bucal
 Editorial Interamericana
 México, D.F.
 1974
 Págs. 22 a 41 y 59 a 69

- 13.- **Eveta y Gsch**
Folleto
Química Productos Médicos
Compañía de México
México, D.F.
1980
- 14.- **Dejans**
Diccionario de Ciencias Médicas
Fundación Interamericana de
Nefrología y Hematología
Editorial Juan Carlos Morán
Buenos Aires, Argentina
1988
- 15.- **San, María - Bostk, Donald**
Farmacología, Anestesia, Técnica de
Estérilización y Cirugía Bucal en la Práctica
Bucal
Editorial El Manual Moderno
México, D.F.
1980
Págs. 28 a 114 y 181 a 198
- 16.- **Burton Swillans, Giro**
Cirugía Otorrinolaringológica
Editorial Ediar
Buenos Aires, Argentina
1988
Págs. 25 a 43 y 183 a 198
- 17.- **Eshico**
Folleto
Johnson & Johnson
México, D.F.
1980
- 18.- **Gsch, Andrés**
Farmacología Médica
Editorial Interamericana
Quinta Edición
México, D.F.
1978
Págs. 362 a 348, 353 y 358 a 361

- 19.- Grakk, William - Smith, James
Cirugía Plástica
Salvat Editores
Barcelona, España
1970
- 20.- Guralnick, Walter
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Salvat
México, D.F.
1970
Págs. 83 a 93 y 154 a 159
- 21.- Hansen, E. - Werner, N.
Alergia Clínica
Salvat Editores
Barcelona, España
1970
Págs. 63 y 64
- 22.- Hartp, F.J.
Endodamia en la Práctica Clínica
Editorial El Manual Moderno
México, D.F.
1974
- 23.- Jants Rij Heintzke
Manual de Microbiología Médica
Editorial El Manual Moderno
Cuarta Edición
México, D.F.
1970
Págs.75
- 24.- Jay F. Goldsmith
Salvaging teeth in apicoectomy
N.Y. Journal Dentist
Vol. 49 No. 10
1979
Págs. 314 a 327
- 25.- Kruger, Estavo
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
México, D.F.
1978
Págs. 32 a 37 y 106 a 117

- 26.-
McCarty, Frank
Emergencias en Odontología
Editorial El Ateneo
Segunda Edición
Buenos Aires, Argentina
1976
Págs. 422 a 431
- 27.-
Meyer, Friedrich - Jansen, Ernest
Farmacología Clínica
Editorial El Manual Moderno
Segunda Edición
México, D.F.
1973
Pág. 434
- 28.-
Mushkin, L.S.
Anatomía General en la Práctica General
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Vol. 14
Octubre 1970
Págs. 803 a 810
- 29.-
Palacio Gómez, A.
Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello
Editorial Fabul
Barcelona, España
1965
Págs. 28 a 89
- 30.-
Phillip L. Carpenter
Neurobiología
Editorial Interamericana
México, D.F.
1969
Págs. 232 a 240
- 31.-
Pynn, David A.
Simplified Painless Endodontic Surgery
For the General Dentist
Quintessence Int.
Vol. 10 No. 7
1979
Págs. 15 a 22

- 32.- Rassy, Gary - Mallace, F. - Grossman, G.
Comparison of a Polylactide-Polylactone
acid copolymer to human oral tissues
Journal Oral Surgery
Vol. 34
October 1978
- 33.- Ramírez, Mariano - Riveco Casas, José
Técnicas Quirúrgicas
Editorial Francisco Aldape
México, D.F.
1975
Págs. 45 a 78
- 34.- Roca Castro, Guillermo
Cirugía Bucal
Editorial El Símbolo
Buenos Aires, Argentina
1972
Págs. 73 a 83
- 35.- Roberts, B.H. - Swartz, J.H.
Local Anesthetics in Dentistry
Ed. W. Wright
1970
Pág. 32
- 36.- Rubin, S.L.
Textbook of Pathology
Saunders Company
Philadelphia and London
1961
Pág. 48
- 37.- Sánchez S. Alfonso
Introducción a la Técnica Quirúrgica
Editorial Francisco Múñoz Casanoves
México, D.F.
1978
Págs. 101 a 109, 130 a 125, 131, 132, 142
a 144, 147 a 171, 175 a 177, 186 a 189,
193, 200, 201, 217, 223, 279 y 445

- 38.- Solinger, Samuel
Pain Control in Dentistry
J.F. Lippincott
1978
Pag. 383
- 39.- Soliman, Torald
Manual of Pharmacology
W.B. Saunders Company
8^o Edition
Philadelphia and London
1957
Pag. 1120, 1121, 1310 y 1314
- 40.- Tisher, Robert
Hemiparesis Médica en Cirugía
Editorial Interamericana
México, D.F.
1969
Pag. 24 y 25
- 41.- Tisher, Henry
Manual de Alergología
Editorial Toray Masasa
Barcelona, España
1988
Pag. 483
- 42.- Thomas, Fort.
Oral Surgery
Ed. Mosby
USA
1978
Pag. 130 y 362
- 43.- Van Way III - Charles, M. - Suerck, C
Surgical Skills in Patient Care
The C.V. Mosby Company
Saint Louis, USA
1978
pag. 11 a 26 y 26 a 38

- 44.- Weagraf, A
Anatomically adult bone cavities
Br. Dent. Journal
Vol. 117
1964
Págs. 523
- 45.- Weagraf, A.E.
Técnicas en Quirófano
Editorial Interamericana
Segunda Edición
México, D.F.
1973
Págs. 1 al 17
- 46.- Fernández S. J.A.; MD MPH MBA
Comunicación personal
México, D.F.
1988.