



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Revisé y dirigí

[Firma]

DR. Manuel Pata

Preparación Quirúrgica de los Maxilares

con Fines Protéticos.

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

JORGE PERUSQUIA JASSO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis Padres

Quienes con su amor
y constante aliento,
paso a paso me han guiado
por el camino de la ver-
dad.

Sr. Santos Perusquia Pedroza.

Sra. Sofia Jasso de Perusquia.

A mis Hermanos:

Con sincero agradecimiento,
por su comprensión y apoyo.

Pepe
Tito
Chofi
Mon
Trini
Luz
Miki

A la Dra. Araceli Loya Almanza.

Quien con su colaboración y estímulo espiritual, ha hecho posible que la culminación de mis estudios, sea más feliz.

Al Maestro Dr. Manuel Plata Orozco.

Pues su dirección ha sido valiosa para que el presente trabajo haya llegado a buen término.

A todos mis maestros.

Al Honorable Jurado.

I N D I C E .

I.- INTRODUCCION	1
II.- GENERALIDADES ANATOMICAS DE LOS MAXILARES	3
a) Región Labial	
b) Región Mentoniana	
c) Región Maseterina	
d) Región Geniana	
e) Región de la Fosa Cigomática	
f) Región Gingivodentaria	
g) Región Palatina	
h) Región Glososuprehioidea.	
III.- GENERALIDADES DE LA CIRUGIA.	18
a) Preoperatorio.	
b) Instrumental y Material Quirúrgico	
c) Esterilización y Anestesia	
d) Hemostasia	
e) Transoperatorio	
f) Postoperatorio	
CIRUGIA CORRECTORA DE LOS TEJIDOS BLAN-	
DOS.	
IV.- FRENILECTOMIAS.	57
a) Extirpación del Frenillo Labial	
b) Anquiloglosia.	
V.- HIPERPLASIA DE LA MUCOSA VESTIBULAR.	62
VI.- FIBROMATOSIS DEL PALADAR.	65
VII.- PAPILOMATOSIS VERRUCOSA DEL PALADAR O HI-	
PERPLASIA INFLAMATORIA PAPILAR.	67
VIII.-HIPERPLASIA DEL MUCOPERIOSTEO DE LAS CRES-	
TAS DEL REBORDE ALVEOLAR.	69

IX.- FIBROMATOSIS DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y DE LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES EN EL MAXILAR INFERIOR.

72

X.- PROFUNDIZACION DE LOS ZURCOS VESTIBULARES DE LOS MAXILARES.

74

- a) Vestibuloplastia con epitelización secundaria.
- b) Vestibuloplastia por adelantamiento de la mucosa.
- c) Vestibuloplastia con injertos epiteliales
- d) Profundización del zurco lingual
- e) Desplazamiento quirúrgico del nervio mentoniano.

CIRUGIA CORRECTORA DE LOS TEJIDOS Duros

XI.- EXERESIS DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS Y PROTUBERANCIAS QUE INTERFIEREN EN LA COLOCACION DE LA PROTESIS.

89

- a) Alveoloplastia
- b) Alcelectomía
- c) Alceolotomía.

XII.- REBORDES ALVEOLARES EN FORMA DE SIERRA O FILO DE CUCHILLO.

93

XIII.- BALCON LINGUAL O LINEA OBLICUA INTERNA RESISTIVA.

96

XIV.- REDUCCION DEL RESALTE O SUPERPOSICION HORIZONTAL DEL MAXILAR SUPERIOR.

99

XV.- ELIMINACION DEL TORUS PALATINO. (Osteoma palatino).

102

XVI.- EXOSTOSIS PALATINAS POSTERIORES.	108
XVII.- ELIMINACION DEL TORUS MANDIBULAR (Osteoma mandibular).	110
XVIII.- HIPERTROFIAS OCLUSAL Y LATERAL DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y DE LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES.	112
XIX.- PROTESIS INMEDIATA.	114
XX.- INGERTOS OSEOS.	118
XXI.- IMPLANTES MAGNETICOS.	119
XXII.- PROTESIS POR IMPLANTES SUBPERIOSTICOS.	120
XXIII.- PRONG DENTURE.	130
XXIV.- CONCLUSION.	132
XXV.- BIBLIOGRAFIA.	133

I N T R O D U C C I O N .

Dentro de la Odontología moderna, la cirugía tiene ca pítulos comunes en la solución del problema protético del - enfermo que desea y reclama la restitución de la integridad de su aparato masticatorio.

Veremos a continuación las distintas denominaciones - de la función quirúrgica con relación a la prótesis.

- A) Cirugía Paraprotética. (Con fin o propósito protéti--
co)
- B) Cirugía Preprotética. (Con prioridad a la prótesis)
- C) Cirugía Proprotética. (En favor a la prótesis)

A) PARAPROTETICA: Con el fin o propósito protético, es la - etapa en la que la prótesis es la fundamental, la ciru--
gía actúa como un factor complementario de corrección - del terreno protético.

Por ejemplo: Prótesis inmediata, Frenilectomías, etc.

B) PREPROTETICA: Es el caso en el que la cirugía tiene prio-
ridad sobre la prótesis. Por ejemplo: Hiperplasias, del-
piso de la boca, Cirugía modeladora, Exostosis, Balcon -
lingual, Alveolectomía, Desniveles alveolares, Correc- -
ción de la pronasía, Torus, Tuberocidades de Tejidos du-
ros y blandos.

C) PROPROTETICA: En la que la cirugía actúa en favor de la-
prótesis. Tendrá como objeto lograr un mejor terreno pa-
ra su instalación, como por ejemplo: Frenillo, Bridas, -
Profundización de surcos, Aumento del reborde alveolar, -
etc.

Deseamos poner en claro, a nuestra manera de ver las reales posibilidades de la cirugía proprotética para lograr un mejor terreno, que posibilite la realización de una correcta aparatología en los desdentados.

También diremos que la cirugía no puede subplantar un correcto diseño protético, una buena técnica de impresiones, registros y un buen trabajo de laboratorio.

Pero si diremos que con un buen planteo quirúrgico podemos evitar algunos errores, que pudieran acarrearlos fracasos seguros: Frenillos, Bidas, Hiperplasias, etc., son elementos negativos para el éxito protético y la profundización y ensanche de los zurcos, serán factores positivos.

Por último diremos que el modelado del tejido óseo en relación directa con la prótesis es de suma importancia como elemento complementario en el logro de un mejor terreno-protético.

CAPITULO II

Los huesos maxilares, base ósea de la región que nos concierne, forman parte del denominado macizo facial, entidad anatómica formada por varios huesos.

El maxilar inferior, hueso impar medio y simétrico, - está relacionado con el cráneo por medio de la Articulación Temporo-mandibular.

El maxilar superior que articulado con trece huesos - más, complementean el macizo facial. Además del maxilar superior tenemos; El Vomer, El Unguis, Los Palatinos, Los Cornetes inferiores, Los Huesos propios de la Nariz y el Maxilar.

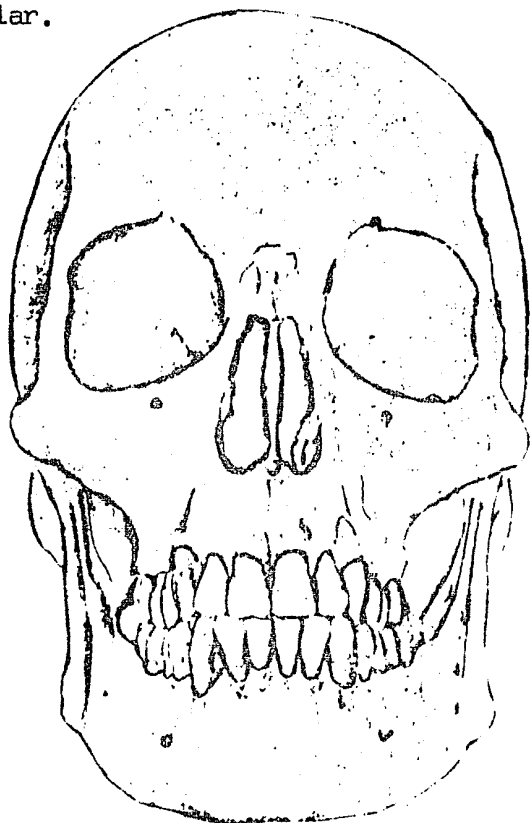


FIG. 1

REGION LABIAL:

Es la pared anterior de la cavidad bucal, está constituida por los labios, repliegues musculomembranosos que son la puerta de la boca.

Límites: Estan dados por arriba por la extremidad superior del subtabique, el borde inferior de las narinas, y lo zurcos labiogenianos. Abajo por el zurco mentolabial, - que a su vez es el límite con la región mantoniana, y a los lados, también con el zurco, labio geniano.

PLANOS CONSTITUTIVOS.

PIEL: En el labio superior, generalmente cubierta por vellos, y está íntimamente ligada a la cara muscular.

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: De muy escaso espesor, y - en la mayor parte de la región no existe.

CAPA MUSCULAR: Principalmente formada por el Semiorbicular de los Labios superior y el Semiorbicular de los Labios inferior, la importancia de este músculo estriba en la cantidad de músculos que se insertan en él, y que en conjunto son causantes de un sin número de movimientos. Estos músculos son: El Mirtiforme que se inserta por debajo del Semiorbicular Superior, El Elevador común de ala de la nariz y del labio superior, que se inserta en la apofisis ascendente del maxilar superior, El Elevador propio del labio superior, El Canino, que se inserta en la fosa canina, Los Cigomáticos Mayor y Menor, El Risorio de Santorini, El triangular de los labios, El Cuadrado del Mentón y el Bucinador.

CAPA GLANDULAR: Situada entre la cara muscular y la mucosa y es palpable como pequeños nodulillos en la cara in

terna del labio, que son glándulas salivales accesorias.

MUCOSA LABIAL: Cubre la cara interna de los labios y se continúa con la mucosa de la región geniana y la gingival, en su parte media forma un repliegue fibroso en la línea de fusión de los maxilares es el frenillo labial que su hipertrofia o mala inserción causan trastornos que serán tratados en su capítulo correspondiente.

Arterias: Dan la irrigación a ésta zona las arterias coronarias de los labios, la superior y la inferior que se anastomosan en la línea media con la del lado opuesto.

Venas: Van a terminar en las venas Faciales y Submentales.

Vasos Linfáticos: Proceden de dos redes, la red mucosa y la red cutánea, y van a desembocar en los ganglios submaxilares y submentales.

Nervios: Los nervios motores proceden del nervio facial, y los nervios sensitivos, provienen del Nervio infraorbitario y del Nervio mentoniano.

REGION MENTONIANA

Está situada por debajo de la región labial, y sus límites son; por debajo el borde inferior del maxilar, por arriba el surco mentoniano labial, y a los lados la continuación imaginaria de los surcos nasogenianos.

Planos constitutivos:

PIEL: Semejante a la región labial.

CAPA CELULAR SUBCUTANEA: Semejante a la región labial.

CAPA MUSCULAR: Encontramos tres músculos, El Triangular de los Labios, El cuadrado del mentón y El borla de la barba.

El Triangular de los labios se inserta en el tercio interno de la línea oblicua externa y en la comisura labial, y así cubre al cuadrado del mentón, que se inserta también en el tercio interno de la línea oblicua externa y en la línea media de la piel del labio inferior, y el borla de la barba se inserta en las eminencias alveolares de los incisivos central, lateral y canino, y en la capa profunda del mentón.

PERIOSTEO: Generalmente bastante irrigado.

CARA ANTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR: Es convexa y presenta en la línea media la unión de las dos porciones del maxilar denominada sínfisis mentoniana, la cual termina en la eminencia mentoniana, es de extraordinaria dureza, como que esta formada por tejido compacto y es de difícil sección. A ambos lados de la eminencia mentoniana se encuentran dos pequeñas elevaciones denominadas tubérculos mentonianos. De la protuberancia mentoniana parte una cresta que es la denominada línea oblicua externa del maxilar, a la altura del segundo premolar o entre ambos premolares, se encuentra el agujero mentoniano, que da paso a la arteria y vena mentonianas y al nervio del mismo nombre.

Arterias: Proviene de la arteria mentoniana, rama de la Dentaria inferior la cual sale por el agujero mentoniano y se reparte en toda la región y también de la coronaria del labio inferior.

Venas: Desembocan en la vena facial y en la submental.

Linfáticos: Van a terminar en los ganglios submaxilares y suprahioides.

Nervios: Los motores provienen del nervio facial y los sensitivos del nervio mentoniano, rama del dentario inferior y de la rama transversal del plexo cervical superficial.

REGION MASETERINA

Situada en las partes laterales de la cara, sus límites son: Por arriba, el arco cigomático, por debajo el borde inferior del maxilar; por delante el borde anterior del masetero; por detrás el borde superior del maxilar o bordeparotídeo y en profundidad se extiende hasta la cara externa del maxilar superior.

Planos constitutivos;

PIEL: En el hombre se encuentra cubierta por vellos y se desliza con facilidad sobre la aponeurosis maseterina.

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: Capa celulograsosa donde encontramos a la arteria transversal de la cara, que corre por debajo del arco cigomático, y paralelo a él Ramas terminales del Nervio Facial, del Nervio Temporofacial y del Nervio Cervicofacial, la Glándula Parótida y su conducta excretor, Fascículos del músculo Risorio de Santorini del Cutáneo del cuello y la arteria y venas faciales.

APONEUROSIS MASETERINA:

MUSCULO MASETERO: Se inserta en la cara externa del -

maxilar y parte de la rama ascendente, presenta dos fascículos, uno superficial y uno profundo, la diferencia está en la inserción superior, que el fascículo profundo se inserta en la cara interna del arco cigomático y el fascículo superficial se inserta en la cara externa del arco cigomático - concurriendo así la mayor parte en la rama ascendente.

RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR: Es cuadrilátera con su diámetro vertical mayor que el horizontal, se deben considerar dos caras y cuatro bordes; la cara externa lisa en toda su extensión con ligeras rugosidades que dan inserción a las fibras del masetero.

La cara interna, presenta en el centro un accidente anatómico importante el agujero del conducto dentario por donde pasa el Nervio dentario inferior, el límite anterior de éste orificio está formado por una laminilla ósea que es la denominada Espina de Spix.

El borde anterior es inclinado de arriba a abajo, se abre y se confunde con las dos líneas oblicuas externa e interna del maxilar.

El Borde Superior, presenta en sus ángulos dos amplias apófisis, la anterior, apófisis coronoides, y la posterior apófisis condilea, entre ambas se encuentra la escotadura sigmoidea que es una vía de comunicación entre la fosa cigomática y la región maseterina.

El borde posterior, contorneado en "S" itálica está en relación con la Parótida.

El borde inferior, se continúa con el borde posterior del maxilar formando el ángulo mandibular que es también demasiado fuerte, como lo es en general todo el maxi-

lar.

Vasos y Nervios: El sistema vasculonervioso es de dos tipos uno superficial y otro profundo.

Superficial: Arterias: Arteria transversal de la cara y arteria facial.

Venas: Desembocan en la vena facial, en la temporal - superficial y en la yugular externa.

Linfáticos: De los ganglios submaxilares.

Nervios: Del Nervio temporofacial y del Nervio Cervicofacial.

Profundo: Arterias: Arteria maseterina.

Venas: Maseterina que desemboca en el plexo pterigoideo.

Nervios: Nervio maseterino, rama del Nervio maxilar - inferior.

REGION GENIANA

Situada a los lados de la cara y está limitada por - arriba, por el borde inferior de la orbita, atrás el borde anterior de masetero, abajo el borde inferior del hueso maxilar inferior, y adelante el zurco nasogeniano y su prolongación imaginaria.

Planos Constitutivos:

PIEL: Presenta las características de las regiones ve

cinas.

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: Es digna de consideración, la bola adiposa de Bichat que está entre la cara interna - del masetero y la cara externa del bucinador.

CAPA MUSCULAR SUPERFICIAL: Formado por músculos cutáneos como el Orbicular de los párpados, el elevador común - del ala de la nariz y del labio superior, el elevador propio del labio superior, el canino, el Cigomático Mayor y Menor y el Risordio de Santorini.

CAPA MUSCULAR PROFUNDA: Encontramos al Bucinador con su aponeurosis, éste músculo forma la pared lateral del vestíbulo y se inserta en la comisura labial y en los procesos alveolares de los dos gruesos molares posteriores, tanto en el maxilar superior como en el inferior, un detalle anatómico importante es que es atravesado por el Conducto de Ste-non.

CAPA SUBMUCOSA: Formada por mucosa bucal y periosteo, la mucosa bucal cubre la cara interna del bucinador y la cara externa de los huesos maxilares superior e inferior.

PLANO OSEO: Se debe considerar parte del hueso malar, cara externa del maxilar donde encontramos la fosilla mirtiforme, la eminencia canina, la apófisis piramidal que da articulación con el hueso molar, los agujeros dentarios posteriores por donde pasan los nervios dentarios posteriores y ramas de la arteria alveolar, la cara anterior del maxilar-inferior y la línea oblicua externa.

VASOS Y NERVIOS: Arterias: Una extensa red irriga ésta región proveniente de: La arteria lagrimal, la arteria--infraorbitaria, la alveolar, la bucal, la transversal de la

cara, y la facial.

Venas: Desembocan en tres troncos principales, la vena facial que desemboca en la vena yugular interna, la vena temporal superficial y el plexo pterigoideo.

Linfáticos: Los ganglios submaxilares y los ganglios-genianos.

Nervios: Los Nervios motores del nervio facial y sus ramas cervicofacial y temporofacial, los nervios sensitivos, provienen de distintas ramas del nervio lagrimal, del nervio oftálmico, del bucal de la rama del maxilar inferior, y del nervio del maxilar superior.

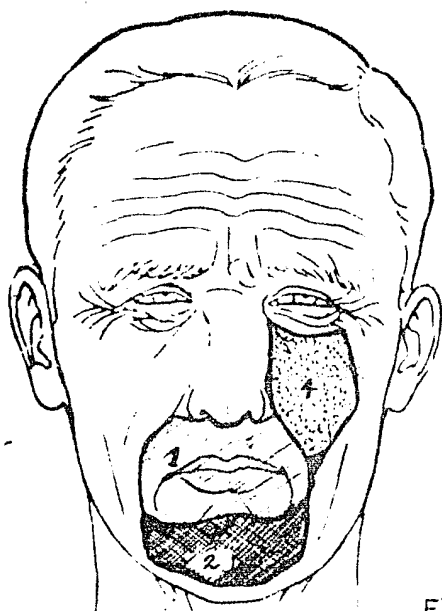


FIG. 2

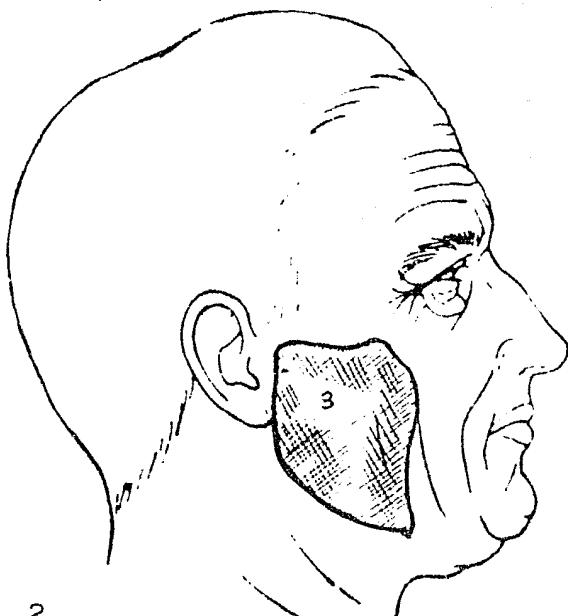


FIG. 3

- 1.- Región labial
- 2.- Región Mentoniana
- 3.- Región Maseterina
- 4.- Región Geniana.

REGION DE LA FOSA CIGOMATICA

Ocupa las partes laterales de la cara y tiene los siguientes límites; arriba el arco cigomático y una porción - del ala mayor del esfenoides, abajo, un plano tangente al - borde inferior del maxilar inferior la faringe y la apofia- pterigoides, afuera la cara interna de la rama ascendente, - por adelante la tuberosidad del maxilar, atrás la cara ante- rior de la parótida, ésta región no tiene una gran relación con la cirugía pero si con algunos procesos infecciosos y - tumorales y también como punto de referencia para la anest^usia a nivel del agujero oval, ésta fosa contiene a los mús- culos pterigoideos.

PTERIGOIDE EXTERNO: Tiene dos fascículos uno superior o esfenoidal y un inferior o pterigoideo que nacen de la ba- se del cráneo y se dirigen a la parte interna de la articu- lación temporomandibular.

PTERIGOIDEO INTERNO: Desde la fosa pterigoidea hacia- abajo, afuera y atrás hasta la cara interna del ángulo man- dibular.

VASOS Y NERVIOS: Arterias: La maxilar interna que es- rama terminal de la carótida externa, nace a nivel del cue- llo del cóndilo y desde ahí se dirige hacia arriba, adentro y adelante hacia la fosa pterigomaxilar donde da rama termi- nal la arteria esfenopalatina.

Venas: Aquí existen muchas venas que para desembocar- forman plexos, los que nos interesan en esta región son los plexos alveolar y el plexo pterigoideo, el primero desembo- ca en la vena facial por medio de la vena alveolar, y el se- gundo con la vena maxilar, la vena temporal forman la vena- yugular externa.

Nervios: Nervio maxilar inferior, tercera rama del - trigémino de éste nervio interesa mencionar, el nervio maseterino, el nervio bucal, el nervio dentario inferior, y el nervio lingual.

REGION GINGIVODENTARIA:

Es el campo más íntimamente ligado con nuestra patología bucal y nuestra cirugía oral.

Planos Constitutivos.

ENCIA: Tejido gingival que cubre las arcadas alveolares y la boveda palatina, y se continúa sin límites precisos con la mucosa de la cavidad bucal, diferenciandose solo por algunos detalles histológicos.

La encía está constituida por dos planos la capa mucosa y la capa submucosa, la capa Mucosa pertenece al tipo de tejido epitelial estratificado y consta de cuatro capas; la cornea, la lúcida, la granulosa y la generatriz o de Malpighi.

La capa submucosa formada por tejido conjuntivo denso que está dividida en dos capas la capa de papilas y la capa reticular.

PERIOSTEO:

LA ARCADE ALVEOLAR: Bordes óseos de ambos maxilares - que contienen los alveolos que dan implantación a todos los Organos Dentarios y que ésta en relación con los senos maxilares, las fosas nasales, la boveda palatina, fosa pterigomaxilar en el maxilar superior y el conducto dentario en el maxilar inferior.

EL APARATO DENTARIO: Cuyo número de órganos varía según la edad, es por demás hacer mención de la localización, posición y anatomía de cada órgano dentario.

REGION PALATINA

Es de gran importancia para el odontólogo y para el cirujano oral, también llamada como techo de la cavidad bucal, consta de dos partes 1 la porción anterior o bóveda palatina y la porción posterior o velo del Paladar.

PORCION ANTERIOR: Planos constitutivos; La membrana mucosa íntimamente ligada al periosteo y denominada fibromucosa palatina, su espesor es variable, siendo más delgado en el rafé y más grueso en los costados, también encontramos una capa glandular de glándulas salivales accesorias.

PERIOSTEO:

SOPORTE OSEO: Constituido por las dos apófisis palatinas del maxilar superior y las dos apófisis horizontales de los palatinos, encontramos también las suturas bimaxilares, las suturas bipalatinas, y las suturas maxilopalatinas, es digno de mencionar también el orificio del conducto palatino anterior y los orificios de los conductos palatinos posteriores.

VASOS Y NERVIOS: Arterias: La arteria palatina anterior, rama de la arteria maxilar interna sale por el agujero palatino posterior y recorre toda la bóveda palatina y se anastomosa con la Arteria esfenopalatina que sale por el orificio palatino anterior, cabe mencionar que cualquier colgajo que se haga debe estar bien irrigado para evitar de hisencias y necrosis.

Venas: Las venas de la bóveda palatina corren paralelas a las arterias y desembocan en el plexo venoso pterigoideo y en las venas de la mucosa nasal, de las amígdalas y de la lengua.

Linfáticos: Desembocan en los ganglios profundos del cuello.

Nervios: Motores y sensitivos, los primeros solo están destinados a la motilidad del velo del paladar y los segundos provienen de los ganglios esfenopalatinos del nervio maxilar superior.

VELO DEL PALADAR: También denominado paladar blando, su constitución esta dada por la continuación de las dos primeras capas de la bóveda palatina, la capa glandular es de mayor espesor, conteniendo también una capa aponeurótica y una capa muscular, por el lado nasal la constituye la continuación de la mucosa.

REGION GLOSOSUPRAHIOIDEA

Formada por la región sublingual y la región suprahioidea, ésta región esta limitada por arriba el borde inferior de la mandíbula desde el mentón hasta el gonion, por abajo el plano que pasa por la línea media de hioides hasta el borde anterior del músculo externo cleidomastoideo, hacia adelante la línea media y ha atras el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Planos constitutivos desde la cara inferior de la lengua hasta los planos cutáneos.

PISO DE LA BOCA: La lengua llena todo al espacio comprendido por el arco del maxilar inferior, la lengua está -

separada de la mucosa subyacente por el espacio sublingual, donde por abajo de éste se encuentra la glándula sublingual donde también encontramos su desembocadura y las eminencias de las venas raninas. En la línea media existe un repliegue fibroso, el frenillo lingual que une la cara inferior de la lengua con el piso de la boca.

EL COMPARTIMIENTO DE LA GLANDULA: Alojamiento de la - glándula salival sublingual y donde se encuentra también la arteria y vena sublinguales y el nervio lingual.

LOS MUSCULOS MILOHIOIDEOS: Uno para cada lado y se insertan en la línea milohioidea del maxilar, ambos se fusionan en el rafé milohioideo y sus fibras se dirigen a su segunda inserción que es el hueso hioides.

Ahora iremos a encontrar el músculo milohioideo pero-partiendo desde un punto extraoral.

PIEL: Tiene las mismas características que las regiones vecinas y con vellos en el hombre.

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO: Este tejido rico en grasa- contiene entre sus dos hojas el músculo cutáneo del cuello, arterias, venas, linfáticos y nervios.

MUSCULOS: El Digastrico, el estilohioideo y el híglo-
so.

LA GLANDULA SUBMAXILAR: Ocupa la cara interna del maxilar inferior.

VASOS Y NERVIOS: Arterias; La Arteria facial y Lin- - gual que son ramas de la carótida externa.

Venas: Son la facial y la lingual que desembocan en--- la yugular interna.

Nervios: Los nervios de ésta región son el milohioi--- deo rama del dentario inferior, el nervio lingual rama del maxilar inferior y el hipogloso mayor.

CAPITULO III

GENERALIDADES DE LA CIRUGIA

PREOPERATORIO:

Podemos decir que es el conjunto de circunstancias y de medidas que no debe dejar de realizar el Cirujano, puesto que ellas son uno de los factores determinantes del éxito de la intervención.

Estos cuidados podemos clasificarlos en dos grupos: -

a) El que corresponde propiamente al paciente y su estado general, condiciones físicas y preparación de la región sobre la cual se intervendrá.

b) Este grupo se refiere al medio en el cual tendrá - que desarrollarse la intervención, ésto es lo que constituye los cuidados preoperatorios.

Estos comienzan desde que se conoce al paciente, desde que se le hace un diagnóstico presuncional. Es indispensable elaborar una Historia Clínica completa, desde la ficha médica hasta un estudio concienzudo y detallado de aparatos y sistemas, acompañada también de un buen estudio estomatológico, éste de vital importancia para la cirugía bucal.

Después de haber hecho esto podemos ya hablar de un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento.

Es de suma importancia llevar al paciente en las mejores condiciones generales de salud física y mental, y si el caso lo amerita, es conveniente la premedicación.

Los Análisis de laboratorio deben ser requisito indispensable para llevar a cabo cualquier tipo de intervención, es suficiente pedir al paciente que nos entregue los resultados de su química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina, trombo fax, y si fuera necesario para el caso pediríamos también; estudio radiográfico, signos vitales, encefalograma, electrocardiograma, etc.

La preparación de la región quirúrgica requiere de -- cuidados especiales en cada caso, la finalidad es que el -- campo se encuentre en las mejores condiciones de limpieza -- ya que es imposible la esterilización.

Si nuestra zona quirúrgica esta en piel, se debe limpiar con agua y jabón corriente o neutro, desde unos días -- antes y hasta unos minutos antes de la operación y por último lavar con con antiséptico no cáustico. Si la zona tiene -- pelo debe rasurarse y lavarse de igual forma.

Si la región es la cavidad bucal debe eliminarse to -- dos los focos sépticos, desde tartaro dentario, restos radi -- culares, abscesos, caries, etc. Puede lavarse con una solu -- ción jabonosa o agua oxigenada y por último aplicar un anti -- séptico no cáustico para la mucosa.

Todas estas medidas nos ayudarán a disminuir en un al -- to porcentaje los riesgos y complicaciones postoperatorias.

En cuanto al segundo grupo de los cuidados preoperatorios como ya dijimos, consta de el medio en el cual se va a desarrollar la intervención. En primer lugar se debe elegir el sitio donde se va a afectar la operación, es lógico pensar que se escogerá el que reúna las necesidades requeridas por la operación, esto dependerá de cada caso en particu --

lar, así mismo será la elección, en Quirófano o en el Consultorio.

En esta elección se debe tomar en cuenta los siguientes factores: a) La edad del paciente, b) El sexo, c) La clase de operación, d) El espacio que necesitamos, f) El tipo de anestesia que se va a utilizar, g) El instrumental requerido, etc. también debe tomarse en cuenta los cuidados postoperatorios que vaya a necesitar el paciente así como los transoperatorios y el personal asistente.

El ambiente que rodea al paciente influye grandemente en su estado psíquico y repercute en la buena disposición de él, en la evolución de la operación y en el pronto restablecimiento, por lo cual es importante la buena elección del lugar.

El trato directo del Cirujano para con su enfermo es de capital importancia para el buen éxito quirúrgico, el cirujano debe infundir confianza a su paciente, revelar firmeza en sus conocimientos y seguridad en el éxito.

Nosotros nos enfocaremos más, al consultorio puesto que la mayor parte de la cirugía bucal, es posible realizarla en éste lugar.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO

La elección del instrumental y del material quirúrgico, es algo que debe hacerse con mucho cuidado, es conveniente hacerlo 1 ó 2 días antes de la intervención con el objeto de que no se olvide nada (cosa que suele suceder hasta en los mejores hospitales).

El instrumental se clasifica en instrumental para ci-

rugía general y para especialidades. El instrumental de cirugía general es el que se emplea en todas las intervenciones y no se puede prescindir de él, y comprende:

Instrumento de campo:

* PINZAS DE CAMPO

Instrumento de Hemostasia:

*PINZAS DE KELLY
(rectas y curvas)

*PINZAS DE CRILLE
(rectas y curvas)

*PINZAS DE MOSQUITO
(rectas y curvas)

*PINZAS DE KOCHER

*PINZAS DE ALLIS

Instrumentos de diéresis:

* BISTURI

* TIJERAS CURVAS DE PUNTAS ROMAS

* TIJERAS PARA PUNTOS

* SONDA ACANALADA

* GANCHOS SEPARADORES
(de Farabeuf o de garras)

* PINZAS DE DISECCION
(con dientes o sin dientes)

Instrumentos de Sutura:

* AGUJAS

* PORTA AGUJAS

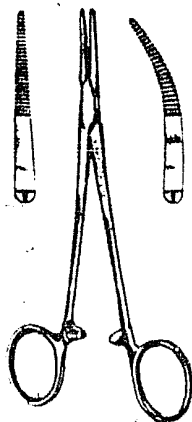


FIG. 4

PINZAS DE KELLY

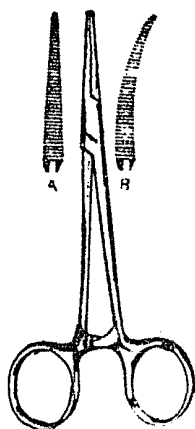


FIG. 5

PINZAS DE CRILE

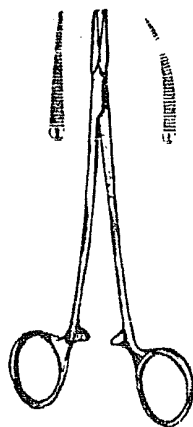


FIG. 6

PINZAS DE MOSQUITO

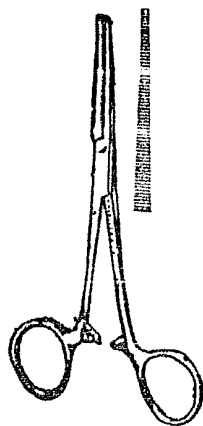


FIG. 7

PINZAS DE KOCHER

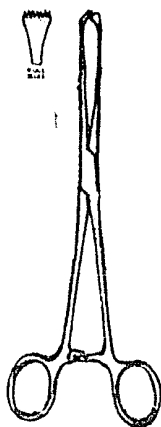


FIG. 8

PINZAS DE ALLIS

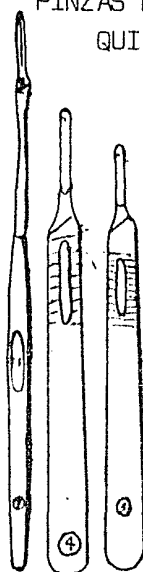


FIG. 9

MANGOS DE BISTURÍ

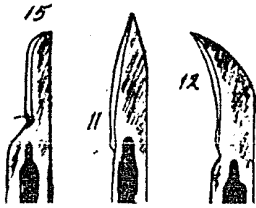


FIG. 10

HOJAS DE BISTURI

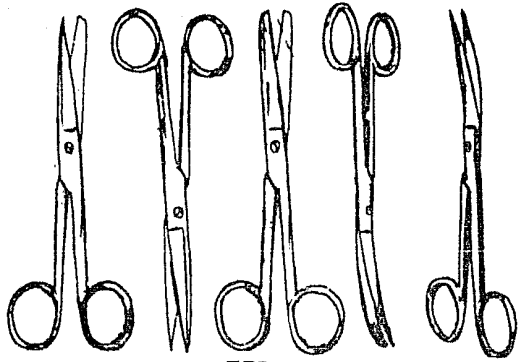


FIG. 11

TIJERAS RECTAS Y CURVAS

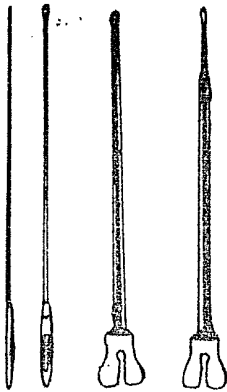


FIG. 12

SONDAS ACANALADAS

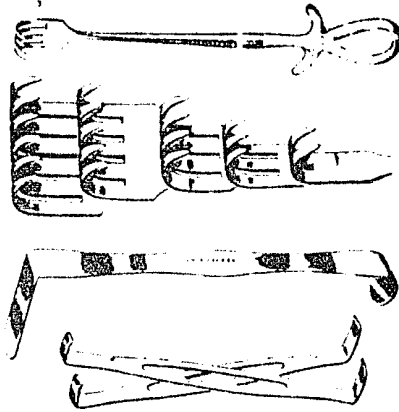


FIG. 13

SEPARADORES DE FARABEUF, DE GARRAS Y DE RASTRILLO

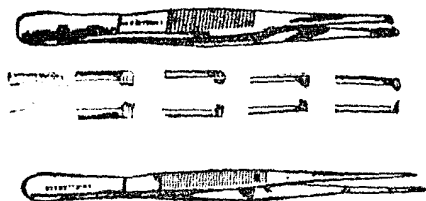


FIG. 14

PINZAS DE DISECCION
CON DIENTES Y SIN -
DIENTES

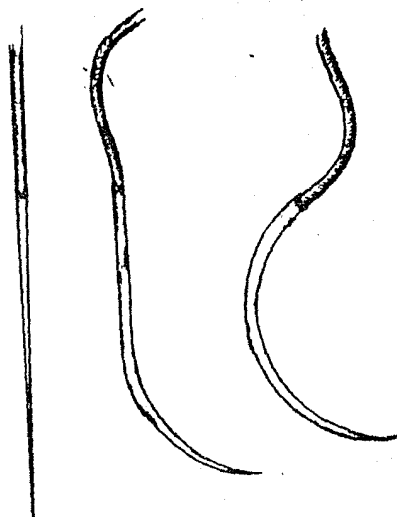


FIG. 15

AGUJAS
ATRAUMATICAS

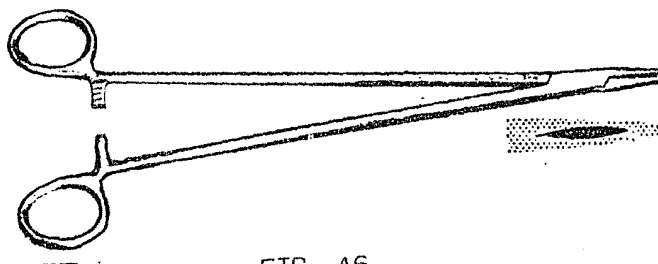


FIG. 16

PORTA AGUJAS DE MAYO

Para nuestra especialidad es necesario otro tipo de -
instrumental además del ya mencionado:

Instrumental de exploración

- * ESPEJO
- * PINZAS DE CURACION
- * EXPLORADOR

Jeringas:

- * HIPODERMICA.
- * CARPULE

- * PERIOSTOTOMO O LEGRA
- * CUCHARILLA PARA HUESO
- * LIMA PARA HUESO
- * MARTILLO
- * ESCOPILOS O CINCELES
- * FORCEPS PARA EXTRACCIONES
- * ELEVADORES
- * PINZAS GUBIAS O ALVEOLOTOMOS
- * MOTOR DE BAJA VELOCIDAD
- * FRESAS QUIRURGICAS
- * ELECTROCAUTERIO

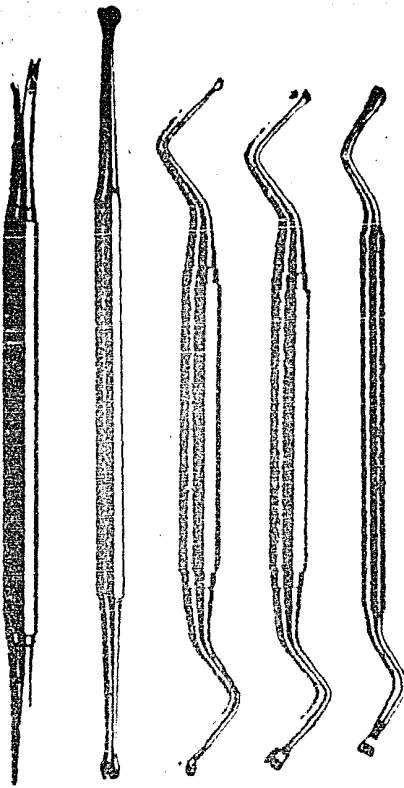


FIG. 17

CURETAS O CUCHARILLAS
PARA HUESO

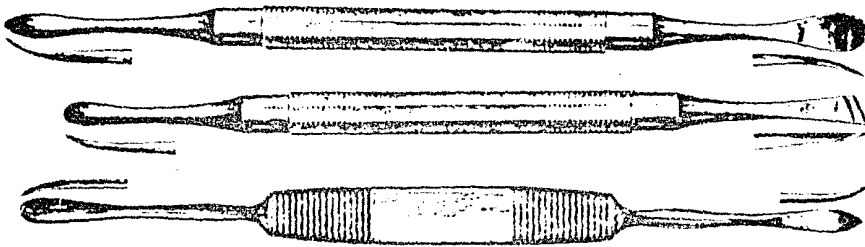


FIG. 18

PERIOSTOTOMO O
LEGRA

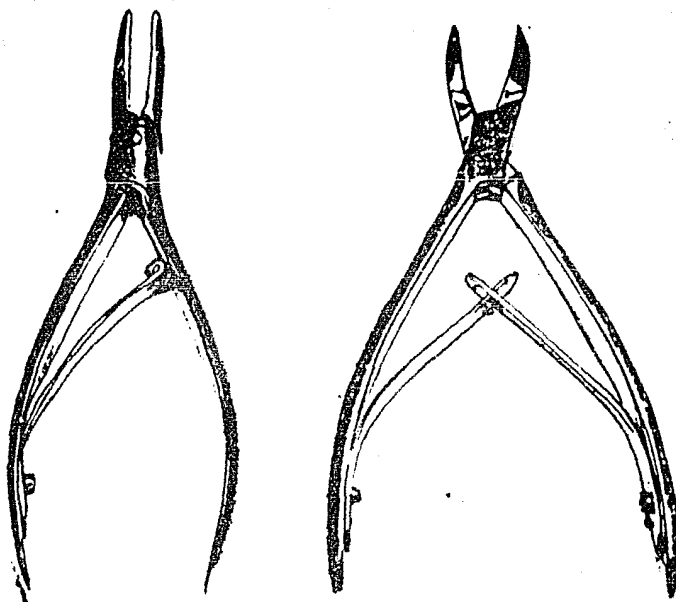


FIG. 19

ALVEOLOTOMOS O PINZAS GUBIAS

También es muy importante contar con:

- * ASPIRADOR
- * NEGATOSCOPIO
- * CHAROLAS para kry y suero
- * MESA PARA EL INSTRUMENTAL
- * MESA PARA EL ASISTENTE
tipo Finocheto
- * RECIPIENTE PARA DESPERDI-
CIOS
- * ILUMINACION

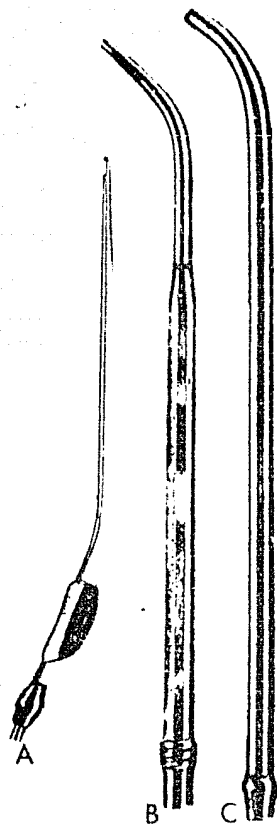


FIG. 20

EYECTORES O SUCCIONADORES

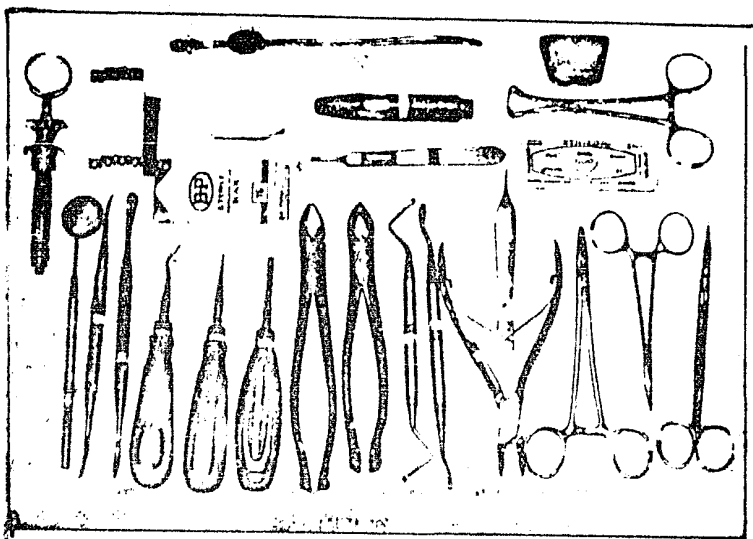


FIG. 21

EJEMPLO DE LA DISPOSICION DEL
INSTRUMENTAL EN LA MESA DE MA
YO

MATERIAL QUIRURGICO

Dentro de este grupo encontramos en primer lugar las ropas del cirujano que constan de: Una bata o delantal que se cierra por medio de cintas por la espalda, es larga hasta las rodillas, y las mangas también son largas, es necesario también un gorro o cubrecabeza el cual debe cubrir el pelo, y el cubreboca que cuyo objeto es la protección mutua, tanto para el operador como para el paciente, también es recomendable usar anteojos de protección.

Es preferible que las telas de las ropas y de las com

presas sean de hilo o algodón.

Las ropas de los asistentes deben de ser de igual forma que las de el operador. (Las ropas mayores las reservamos para las cirugías en Quirófano).

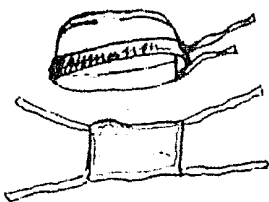


FIG. 22

GORRO Y CUBREBOCA

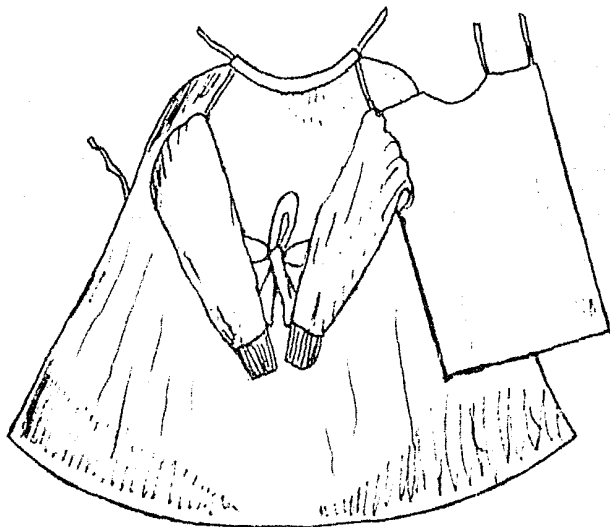


FIG. 23

BATA QUIRURGICA

Guantes: Toda operación necesita el máximo de seguridad en esterilización y ésto solo se puede lograr con el uso de guantes de goma estériles para el cirujano y para los ayudantes.

Es necesario también en la antisepsia de las manos, utilizar cepillos estériles individuales y no debe faltar cuando menos agua y jabón corriente y alcohol, puesto que éste paso, para todo cirujano es casi un rito y no debe romperse el círculo aséptico.

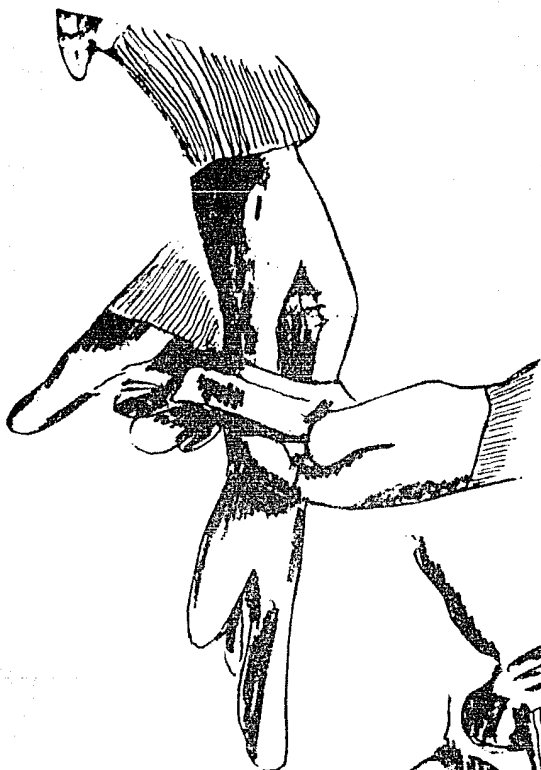
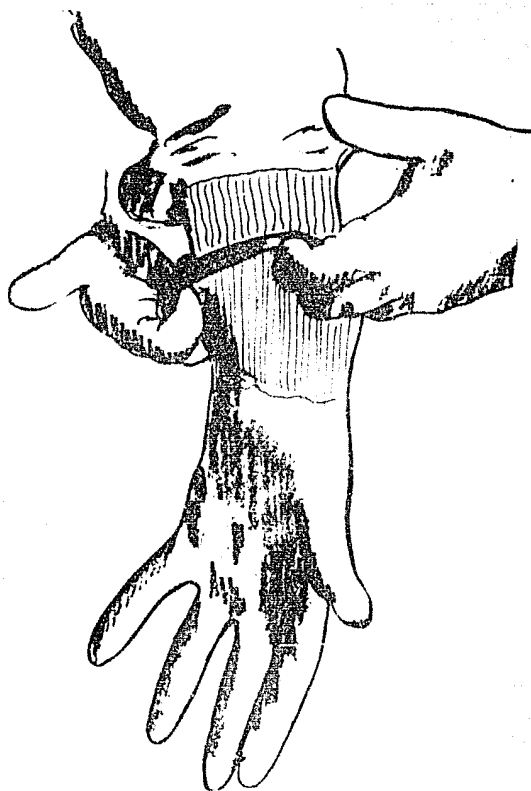


FIG. 24

COLOCACION DE LOS
GUANTES

FIG. 25

COLOCACION DE
LOS GUANTES



Compresas: Se denominan así a lienzos de hilo o algodón, generalmente cuadrados que sirven para cubrir las mesas del instrumental y del material así como al paciente y delimitar la zona quirúrgica.

Las compresas de las mesas no basta con que cubran la cubierta sino que deben colgar cuando menos 15 ó 20 cm. hacia los cuatro lados.

Para el paciente es necesario 3 compresas; una que cubre la cabeza, a manera de turbante, con objeto de cubrir el pelo. Otra que cubre todo el tronco del paciente, desde el cuello hasta las piernas y que cae hacia los lados y una tercer compresa que es la hendida la cual nos deja ya bien delimitada nuestra zona quirúrgica y bien cubierto al paciente.

Todas estas compresas son fijadas con las pinzas de campo.

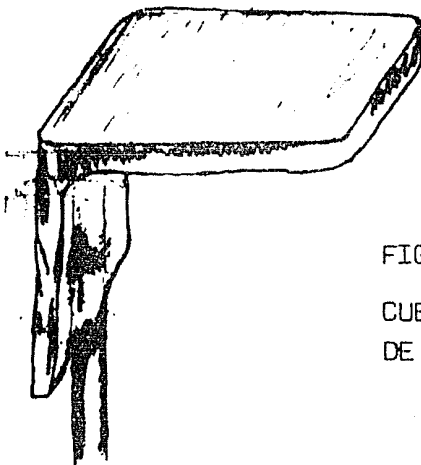


FIG. 26

CUBIERTA PARA LA MESA
DE MAYO

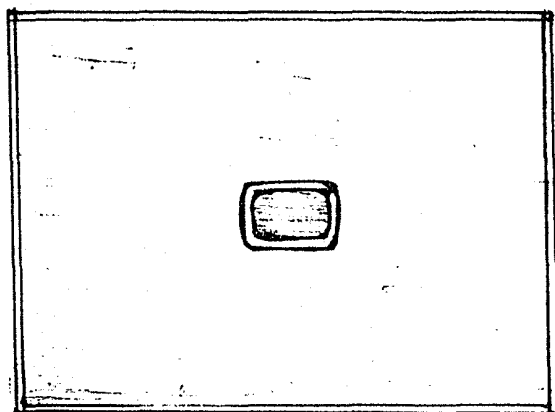


FIG. 27

COMPRESA HENDIDA



FIG. 28

COLOCACION DE LA COMPRESA
DE LA CABEZA CON LAS PIN-
ZAS DE CAMPO

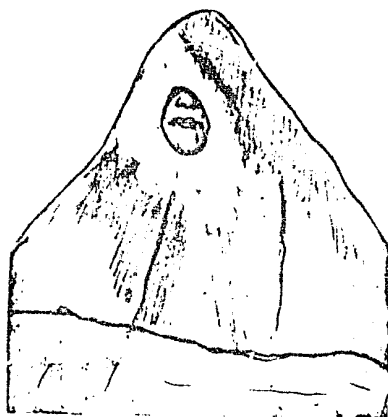


FIG. 29

COLOCACION DE LA COMPRESA
HENDIDA

Gasa: Dispuesta en pequeños trozos cuadrados de 5x5 - cm. y de 10x10 cm. las cuales es conveniente humedecerlas - en suero para una mejor manipulación y absorción.

Suero: Puede ser fisiológico, el cual solo es usado - para lavar y para humedecer las gasas.

Material de Sutura: En cirugía oral es más usual la - seda negra 000 y el catgut 000 y si la insición fue hecha - extraoralmente usaremos catgut 00000 para planos profundos - y nylon o dermalón 00000 para piel.

Es útil por si el caso lo amerita, tener a nuestra - disposición; Cemento Quirúrgico, Gel-foam, Tintura de yodo - o Mertiolato, Benzal, Kry, etc.

No debe olvidarse también que, el brazo o violín del - motor de baja velocidad debe ir cubierto por una funda esté - ril, al igual que la pieza de mano.

ESTERILIZACION

Es uno de los fundamentos de la cirugía moderna, toda - intervención exige que todos sus elementos que intervienen - en el acto quirúrgico, estan libres de microbios dentro de - estos elementos contamos:

Las manos y las ropas del cirujano y de los ayudantes, - compresas, instrumental e incluso la zona quirúrgica, que - es rica en flora microbiana y no debe excluirse de estos - principios.

Para lograr la esterilización nos valemos de agentes - físicos y químicos.

Los Agentes Físicos: como son el calor húmedo y el calor seco. Usamos el calor húmedo por medio del autoclave para esterilizar, las ropas de los operadores, compresas, - - guantes, gasas, material de sutura, instrumental, etc. todo esto debidamente empaquetado y con su papel testigo, es conveniente esterilizar cada ocho días los paquetes si no se - han usado.

Usamos el calor seco para esterilizar; jeringas, ins-
trumental de exodoncia, instrumental de exploración, eyecto
res, etc.

Por medio de la ebullición esterilizamos; cepillos para el lavado de las manos, tubos de goma, ligas, Pen-rose - o Ruber-dam, seda para sutura (Aunque actualmente ya vienen esteriles las suturas).

Por medio de agentes químicos; tenemos como ejemplo - al KAY que a nuestro parecer es lo mejor que hay actualmen-
te, lo podemos usar como esterilizante y como antiséptico, -
dependiendo del grado de concentración o dilución en que -
sea preparado, siguiendo las indicaciones del fabricante -
por medio de éste agente podemos esterilizar; agujas de je-
ringa, agujas para sutura, cartuchos de anestesia, hojas de
bisturí, tijeras, etc.

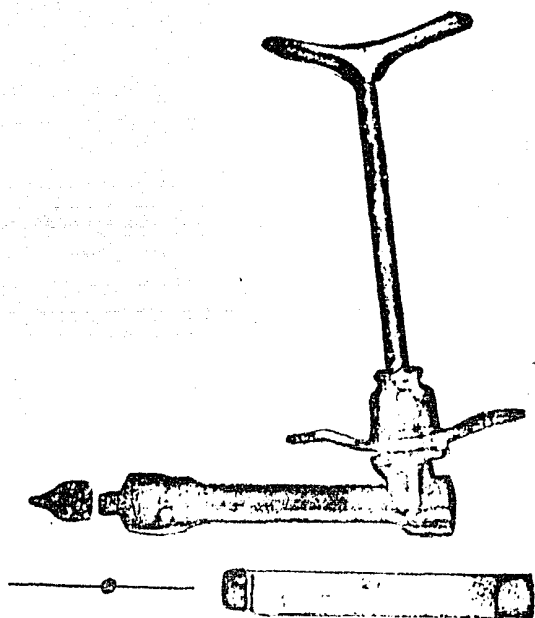


FIG. 30

JERINGA CARPULE,
CARTUCHO Y AGUJA

ANESTESIA

Las distintas maniobras que en cirugía deben realizarse para el tratamiento de las enfermedades provocan dolor, la supresión de éste ha sido una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra mediante el empleo de la anestesia, término que se emplea generalmente para designar éste procedimiento, pero que en realidad debe tener distintas acepciones. Anestesia es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad y analgesia es la supresión del dolor, conservando intacta la conciencia. En cirugía hay varios tipos de anestesia, Local, Regional, y General, estudiaremos las que corresponden a nuestra cirugía.

La anestesia local es la supresión de la sensibilidad por medios terapéuticos en una zona determinada, manteniéndose intacta la conciencia del paciente. Solo nos interesa el método que se logra por medio de la inyección de sustancias químicas las cuales al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periferidas, bloquean la transmisión del impulso doloroso hacia los centros superiores.

La anestesia local puede realizarse de varias maneras, encaminadas todas ellas a llevar la solución anestésica a las terminaciones nerviosas de la zona que queremos intervenir. El líquido anestésico puede depositarse; sobre la mucosa, por debajo de ella, por debajo del periosteo o dentro del hueso, la que generalmente usamos es la Submucosa profunda o supraparióstica.

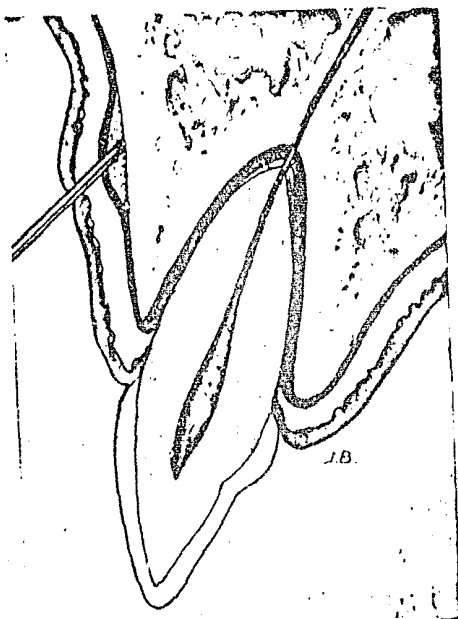


FIG. 31

INYECCION SUBPERIOSTICA

La anestesia troncular o regional, es la que se realiza llevando el anestésico a tener contacto con algún tronco o rama nerviosa importante. En nuestra especialidad son varios los troncos que privan de la sensibilidad a una zona o region de la cavidad bucal y los maxilares éstos están ligados casi exclusivamente a la distribución anatómica del nervio trigémino y para ser más exactos al nervio maxilar inferior y al nervio maxilar superior.

Mencionaremos algunas de éstas técnicas anestésicas, unas son de empleo diario en el consultorio, y otras están reservadas para actos quirúrgicos especialmente.

Regional del Nervio Dentario Inferior: Es rama terminal del Maxilar Inferior, el sitio de abordaje es en el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior, en las vecindades de este orificio debe depositarse el anestésico. Con ésta técnica obtendremos una anestesia de la mitad correspondiente del maxilar inferior, parte del carrillo y del labio inferior, y también parte de la lengua.

Nervios Dentarios Posteriores: El sitio de abordaje es a nivel de los ápices del 2º molar hasta tener contacto con la tuberosidad del maxilar, con ésta técnica conseguimos anestesia de los tres gruesos molares y encía correspondiente, con excepción de la raíz bucal del 1er. molar.

Nervio Dentario Anterior: El sitio de abordaje es a nivel del agujero infraorbitario, ésta técnica nos da anestesia desde el incisivo central hasta los premolares, labio superior, ala de la nariz y parte de la zona geniana.

Nervio Nasopalatino: El sitio de abordaje es el agujero esfenopalatino, esto nos da una anestesia de canino a canino.

Nervios Palatinos Posteriores: El sitio de abordaje es en los agujeros palatinos posteriores a nivel de la raíz palatina del tercer molar ésto nos da anestesia a los tres-gruesos molares.

Nervio Bucal: El sitio de abordaje es la cercanía de la desembocadura del conducto de Stenon, ésto nos da una anestesia de todo el carrillo y la encía de los organos dentarios inferiores por su parte bucal.

Nervio Dentario de los Incisivos Inferiores: El sitio de abordaje es a nivel del agujero mentoniano y nos da una anestesia desde premolares hasta el incisivo central del lado correspondiente.

Nervio Maxilar Superior: Puede ser por varias vías, - Supramalar, inframalar o anterior, el sitio de abordaje es la fosa pterigomaxilar ésta técnica nos da anestesia a toda la mitad del maxilar superior seno maxilar, dientes, bóveda palatina, paladar blando, etc.

Nervio Maxilar Inferior: El punto de abordaje es el agujero oval y nos da anestesia a toda la hemimandíbula correspondiente y tejidos vecinos, encía, carrillo, lengua, - piso de boca, etc.

Estas dos últimas técnicas no son del dominio del odontólogo general, y son de muy delicada ejecución, debe tenerse mucha antisepsia puesto que si con la punción llevamos gérmenes hasta la base del cráneo que es el sitio de abordaje, sería muy peligroso provocar ahí una infección y de consecuencias graves.

HEMOSTASIA

De los tres grandes postulados de la cirugía segura—mente el más importante es el de cohibir la hemorragia, palabra que denota la idea de la salida de tejido hemático —fuera de los vasos, originada por muy diversas causas.

Cuando la sección es en una arteria puede advertirse—claramente la salida del tejido hemático por la luz del cabo arterial a intervalos rítmicos coincidiendo con el bombeo cardíaco, si la sección ha sido en varios vasos arteriales se dificultará la localización de los cabos, pero a través de la masa hemática se observará la salida del flujo —rítmico.

Si la sección ha sido en una vena la salida del líquido es pasiva escurriendo continuamente, y obviamente el color del tejido hemático será un poco diferente.

Cuando la salida del líquido hemático es a través de muchos capilares, el flujo es constante, sin poderse determinar los puntos de salida esto invade a los tejidos proviniendo de muchas direcciones, a ésta característica se le —ha denominado hemorragia en capa.

Si nosotros hablamos de hemorragia, no podemos desli—gar la palabra Hemostásis que proviene del griego haima—sangre y stasis— detención, por lo tanto la hemostásis tie—ne como objeto cohibir la hemorragia.

Indudablemente que la coagulación está íntimamente ligada a la hemostásis, la sangre generalmente fuera de los —vasos tarda 10 minutos o menos en coagular, pero éste hecho está sujeto a múltiples circunstancias que aceleran o retardan la coagulación.

La hemostásis puede efectuarse espontáneamente, cuando la hemorragia proviene de pequeños vasos que se obliteran al retraerse o por acción del coágulo que obra a manera de tapón cerrando su luz, siempre y cuando el tiempo de coagulación sea normal, de lo contrario se recurrirá a medios terapéuticos que modifiquen ésta alteración.

Si la hemorragia es originada por la sección de un vaso de mayor calibre, la hemostásis no se efectuará espontáneamente sino que será lograda mediante el empleo de procedimientos que de acuerdo a la intensidad de la hemorragia se elegirán, éstos procedimientos pueden ser Químicos, Biológicos o Físicos;

Medios Químicos: Se basan en el empleo de farmacoquímicos denominados hemostáticos, que pueden ser clasificados en coagulantes y vasoconstrictores, los primeros favorecen a la formación del coágulo, entre éstos encontramos; Percloruro de hierro, Acido oxálico, Acido tánico, etc. Los segundos actúan disminuyendo la luz de los vasos, favoreciendo su obliteración como por ejemplo: La adrenalina, la Epinefrina, La Antipirina, etc.

Los Medios Biológicos: Son de origen orgánico como la espuma de fibrina, Gel foam, La albúmina, La gernetina, la celulosa, etc. todos ellos favorecen a la formación del coágulo y tanto éstos como los químicos son de aplicación tópica.

Los Físicos: Son los más importantes y también los más usados. La aplicación de baja temperatura actúa como vasoconstrictor y por eso se emplea como medio hemostático.

La carbonización de los tejidos formando una capa dura a manera de tapón se logra con el termocauterio o elec---

trofulgurador estos dos son medios físicos en los cuales se usan las altas temperaturas y son muy útiles.

La presión es el principal agente físico del cual se vale la cirugía para hacer hemostásis, ésto puede llevarse a cabo por la compresión digital directa sobre la herida o en el trayecto del vaso que sangra o bien con torniquetes o con una banda elástica de Esmarch.

Durante la intervención es muy común hacer hemostasia mediante la forcipresión con las pinzas especiales para tal finalidad, éstos procedimientos pueden ser considerados como medidas de emergencia que suelen proporcionar una hemostasia temporal, pero para obtener una hemostasia definitiva es por medio de la ligadura del vaso sangrante y solo en casos especiales como en la hemorragia en capa se aplicará - presión directa para cohibirla.

La ligadura de un vaso puede ser efectuada bajo tres condiciones. Que el vaso que está seccionado pueda ser pinzado: Que se efectúe la clásica ligadura previa como medio-preventivo para evitar la hemorragia excesiva durante la cirugia: Y la ligadura a distancia cuando no se pueden pinzar los cabos segmentados.

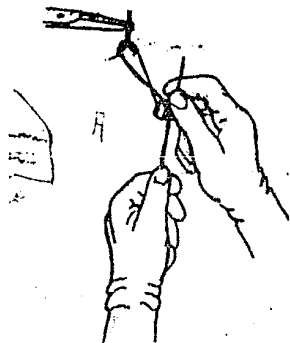


FIG. 32

MANERA DE LIGAR
UN VASO, QUE SI
SE PUEDE PINZAR

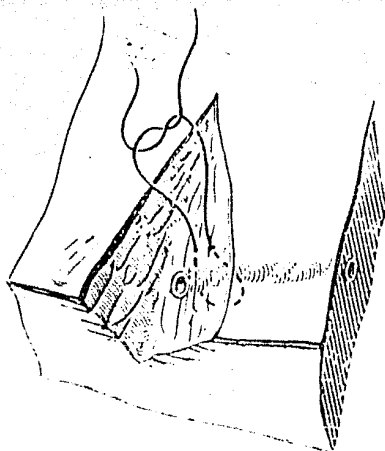


FIG. 33

EJEMPLO DE COMO
LIGAR UN VASO -
PROFUNDO QUE NO
SE PUEDE PINZAR

Existe otra técnica más delicada y laboriosa que es - la sutura de los cabos seccionados o el ingerto de un trozo de vena mediante unos tubillos de Vitalium, cosa que a nuestro parecer debe ser del dominio del cirujano cardiovascu- lar.

La Hemostásis transquirúrgica es de vital importancia y debe hacerse lo más rápidamente posible, tanto para abreviar el acto quirúrgico como para evitar la pérdida de tanpreciado líquido y para prevenir algún accidente o alguna - complicación postoperatoria.

TRANSOPERATORIO

Toda operación consta de varios tiempos: 1.- Diéresis de los Tejidos, 2.- La Operación propiamente dicha, 3.- Sí tesis de los Tejidos.

La Cirugía Bucal no se aparta de éstos canones solo- que por la índole del terreno a intervenir, la operación ad quiere una modalidad particular, por lo tanto una interven- ción de cirugía bucal se compone generalmente: 1.- Inci- - sión, 2.- Osteotomía y Ostectomía, 3.- La Operación propia- mente dicha, 4.- Tratamiento de la cavidad ósea y 5.- Sutu- ra.

Incisión: Es una maniobra mediante la cual se abren - los tejidos para llegar a planos profundos y realizar así - el objeto de la operación consideraremos que se hace princi palmente por medios mecánicos cortantes como el Bisturí.

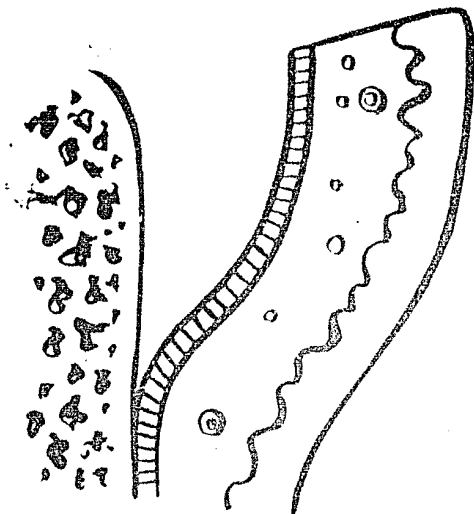


FIG. 34

Debe evitarse la disec- ción entre la mucosa y- el periostio, porque - ahí se localizan los va sos sanguíneos que rie- gan la superficie de la mucosa.

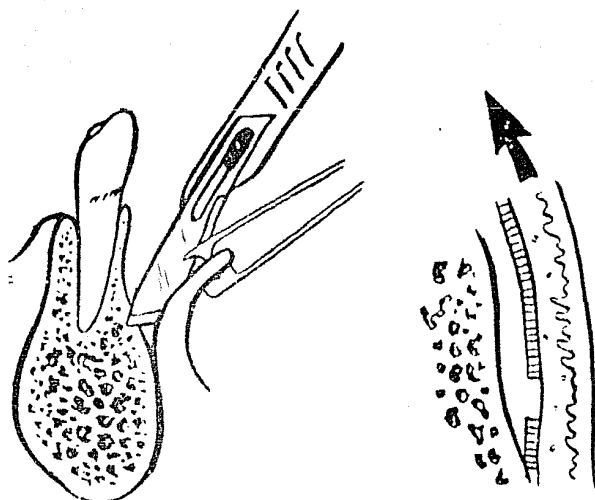


FIG. 35

Una incisión horizontal a través del periostio permite que la mucosa pueda estirarse.

La Incisión con bisturí debe ser previamente planeada y trazada para poder efectuarla en un solo tiempo, procurando así la laceración mínima de los tejidos. También podemos incidir con tijeras cosa que es muy común en la cirugía parodontal.

Dentro de la cirugía bucal se conocen varios tipos de incisiones las cuales se adaptan a la finalidad de cada operación como por ejemplo: La incisión de Partch, La Incisión de Newman, La Incisión de Wasmund, la Incisión Lineal, Incisión Angular, etc.

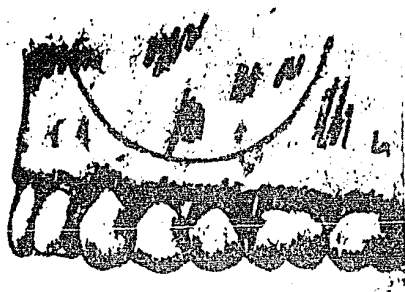


FIG. 36

Incisión en arco de Partsch.



FIG. 37

Incisión de Neumann.

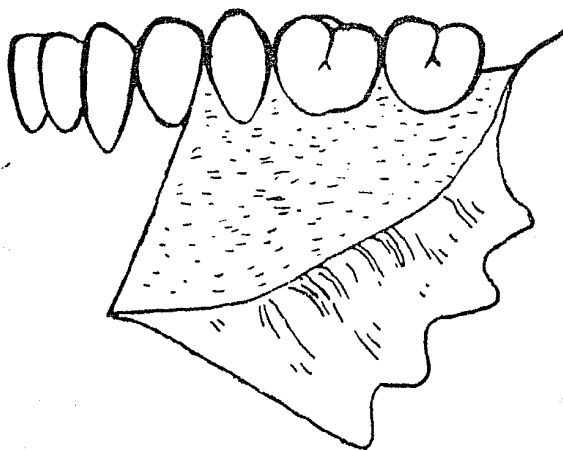


FIG. 38

Incisión Angulada.

Pero de acuerdo al criterio de cada cirujano y sin apartarse de las reglas establecidas es como se hará la incisión.

Condiciones que debe reunir una incisión: 1.- La incisión debe proporcionar una base ancha al colgajo lo cual da

rá una suficiente irrigación para evitar así trastornos de nutrición y necrosis del mismo.

2.- Debe proporcionar buena visualización y no debe oponerse a las maniobras operatorias.

3.- Debe ser lo suficientemente extensa para que descubra el campo operatorio, evitando desgarramientos y torturas de los tejidos. (Las incisiones económicas solo crean problemas).

4.- La incisión debe efectuarse en un solo tiempo o trazo y así favoreceremos a una buena cicatrización.

5.- El Trazo de la incisión siempre debe tener un soporte óseo durante y después de la operación, así los puntos de sutura también descansarán en un soporte óseo.

Una incisión se realiza para obtener un colgajo, el desprendimiento de éste debe realizarse en toda la extensión que requiera la operación, en algunas ocasiones la incisión debe encontrarse con algunos planos musculares de poco volumen o extensión (Mirtiforme, canino, Bucinador, cuadrado de la barba, etc.) en tales casos estas incisiones deben ser legradas y estos separados de tal modo que la superficie ósea quede al descubierto. Es conveniente legrar bien el periosteo con el fin de evitar sangrado excesivo. El colgajo podemos mantenerlo elevado mediante los separadores de Farabeuf operado por el asistente o por medio de hilos riendas sujetas a una pinza o a la compresa.

Osteotomía y Ostectomía: La osteotomía es la parte de la operación que consiste en incidir el hueso, y la Ostectomía es la extracción del hueso, esto puede llevarse a cabo mediante escoplos por presión manual o con pequeños golpes-

de martillo, también es posible efectuar la osteotomía por medio de pinzas gubias o alveolotomo.

Otra manera de realizar la osteotomía es con fresas - quirúrgicas de baja velocidad y terminando después la osteotomía con escoplos.

Es importante mencionar que nunca debemos dejar espículas óseas o superficies rugosas, debemos eliminarlas perfectamente con lima para hueso y lavar perfectamente para - que todas las "birutas" óseas sean desalojadas y quede limpio el campo operatorio.

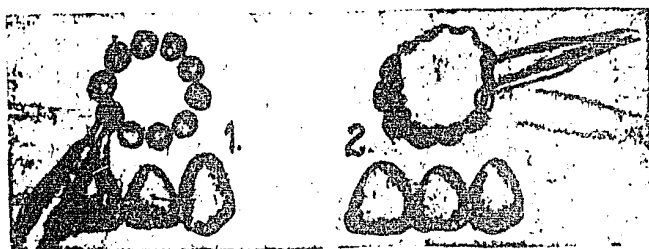


FIG. 39

Osteotomía con fresas. En el esquema 1, se realiza la preparación de la ventana ósea; 2, efectuada - aquélla se elimina la tapa ósea que cubre el objeto de la operación con un escoplo.

La Operación Propiamente Dicha: Puede denominarse así al tiempo de ejecución del principal objeto de la operación (La extracción de un Organo dentario, la enucleación de un quiste, la regularización de un proceso alveolar, una frenilectomía, etc.). Cada operación posee tiempos, características, medidas, instrumental, etc. específicos de ella, éste-punto debe ser tratado junto con cada tipo de intervención.

Tratamiento de la Cavidad Osea: Esto va en relación -- con el tipo de operación que se realice, algunas operacio-- nes requieren de un tratamiento especial de la cavidad -- ósea, ya sea por que el hueso esta afectado o por que la índole de la operación así lo exige, para evitar hemorragias o dolores postoperatorios. El tratamiento de la cavidad -- ósea se realiza mediante la aplicación de medicamento dentro de ella o colocando apósitos como gasa furasinada ó algún tipo de drenaje, ésto se deja a criterio del cirujano y al tipo de operación realizada.

Sutura: Es la maniobra que tiene por objeto reunir -- los bordes de los tejidos separados por la incisión, indispensable en todo tipo de cirugía e incluso hasta en algunas simples extracciones dentales.

Para ésto es indispensable el uso de un porta-agujas, aunque se pudiera realizar con las manos, tiene mas limpieza y más profesionalismo el emplec de éste instrumento, elcual debe ser tomado de la manera correcta y de igual forma ser operado, el porta-agujas sujeta firmemente a la aguja -- por su parte media y así facilita la ejecución de las puntadas.

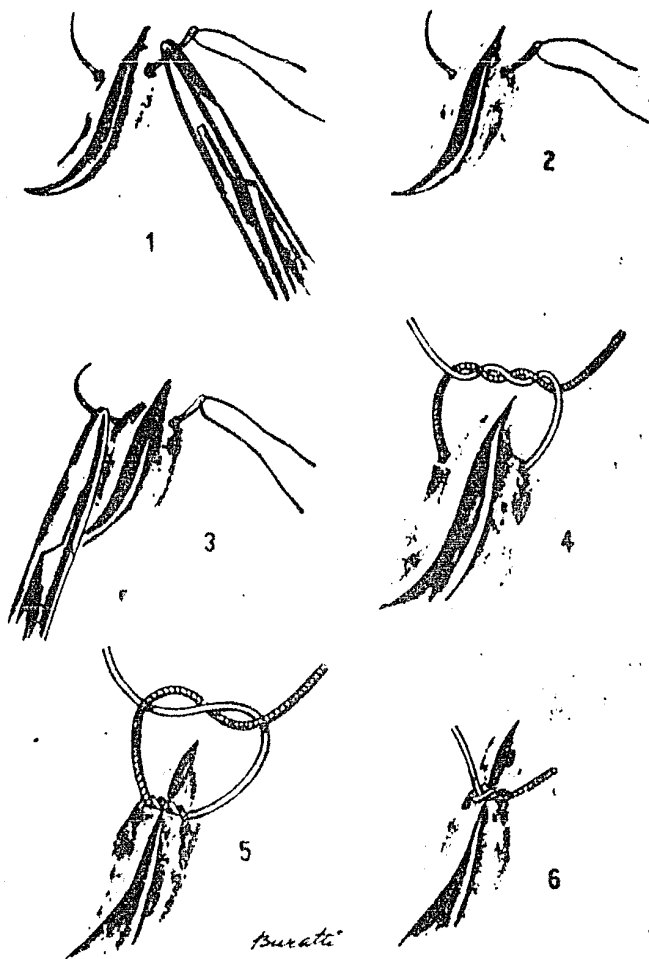


FIG. 40

Técnica de la sutura
de un punto aislado.

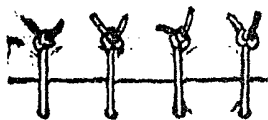


FIG. 41

Sutura hecha -
con puntos ais-
lados.

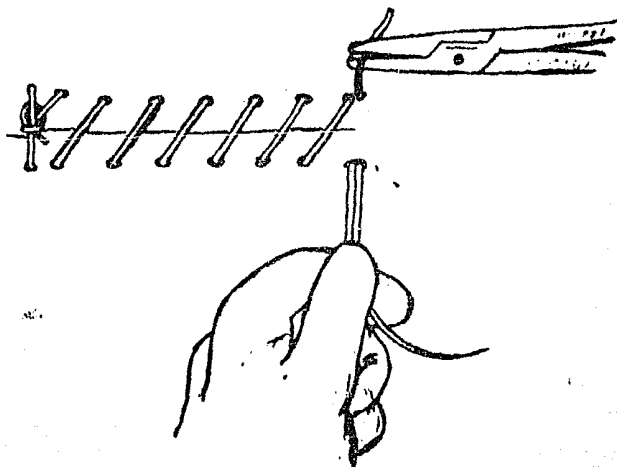


FIG. 42

Manera de hacer el -
surgete continuo.

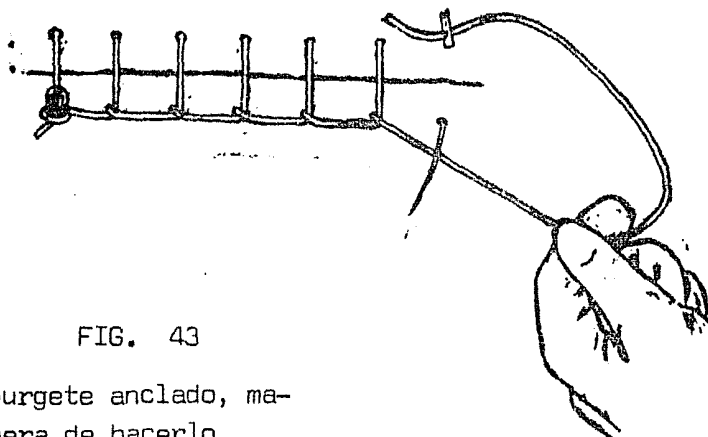


FIG. 43

Surgete anclado, ma-
nera de hacerlo.

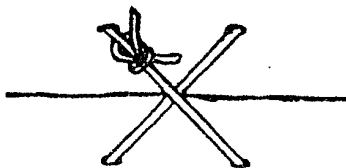


FIG. 44

Punto en X terminado.

Existen muchos tipos de puntos los cuales pueden hacerse manualmente o ayudados por el porta-agujas y dependiendo del tipo de incisión, del lugar, y de los tejidos será el tipo de sutura que se efectúe.

Dentro de la cirugía bucal es más frecuente utilizar el punto aislado, el punto en "U", el punto en "X", surgete continuo, surgete anclado, nudo de cirujano, punto de sar-noff, sutura de jareta, sutura intradérmica, sutura de marsupialización, etc.

POSTOPERATORIO

Se entiende como postoperatorio al conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños surgidos con motivo del acto quirúrgico y colaborar con la naturaleza en el rápido restablecimiento y recuperación del estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo, tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento de nuestro paciente una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención.

Los cuidados Postoperatorios deben referirse a la herida misma, al campo operatorio y al estado general del paciente.

Tratamiento Local Postoperatorio: Terminada la operación debe lavarse perfectamente la zona intervenida, con una solución salina pues los restos de sangre; tejido suelto o saliva, pueden entrar en putrefacción y favorecer a una infección.

La Fisioterapia postoperatoria más recomendada, es la aplicación casi inmediata de fomentos frios o helados lo más cercano posible a la herida generalmente usamos bolsas con hielo a intervalos de 15 minutos.

El papel de esta aplicación es múltiple, evita la congestión y los dolores postoperatorios, previene los hematomas y las hemorragias, por la vasoconstricción que provocan no permite que se difundan los edemas postoperatorios, estos fomentos deben aplicarse las 24 hrs. siguientes a la operación.

Los Fomentos Húmedo-calientes son recomendables utilizarlos después de dejar de usar los frios, con el objeto de provocar ahora una vasodilatación y por consiguiente una mejor circulación e irrigación de la zona operada, favoreciendo así al pronto restablecimiento y cicatrización de los tejidos.

Los cuidados de la herida deben ser básicamente de antisepsia si la herida es intraoral no existe mucho problema, pues la naturaleza es sabia y provee por si sola las condiciones necesarias para la buena cicatrización. Si la herida es extraoralmente es conveniente lavar y descortar la herida cada 24 hrs. con el fin de no favorecer a la for-

*
mación de una cicatriz queloide, que es poco estética.

Extracción de los puntos de sutura: Dependiendo del -
lugar de la herida o de la extensión de la misma será el -
tiempo que dejaremos los puntos. La eliminación de los pun-
tos es conveniente hacerlo lo más antiséptico posible, por-
eso es conveniente humedecer con una torunda con tintura de
yodo o de mertiolato la parte del hilo que va a pasar por -
los tejidos con objeto de no provocar infección.

Para eliminar los puntos nos valemos de una pinza de-
dissección o de curación y de tijeras para puntos, la manio-
bra debe efectuarse lo más cuidadosamente posible para no-
lastimar al paciente ni provocar alguna dehiscencia, después
de haber hecho ésto es conveniente lavar con una solución -
salina y aplicar algún antiséptico, si es en la cavidad bu-
cal se puede hacer algún ligero colutorio con un antiséptico
bucal.

Tratamiento General del Paciente: Se reduce a las in-
dicaciones postoperatorias que siempre debemos darle al pa-
ciente por escrito, puesto que verbalmente es muy fácil de-
olvidarlas y de no llevarlas a cabo.

Generalmente indicamos al paciente que:

Al llegar a su domicilio que guarde reposo por unas -
horas con la cabeza en alto.

Que se aplique los fomentos helados como ya indicamos
anteriormente y después los fomentos Húmedo-calientes.

Que no intente lavarse la herida ni hacer ninguna cla-
se de colutorios, si se ha dejado alguna gasa protectora -
que se la quite con cuidado una hora después.

Si llega a existir dolor prescribiremos algún analgésico con la periodicidad adecuada.

Si llega a haber sangrado más de lo normal que ponga un trozo de gasa limpia y que presione moderadamente durante 30 minutos.

La alimentación irá de acuerdo al tipo de intervención que se haya efectuado.

La Administración de antimicrobianos se deja a juicio de cada cirujano puesto que solo él sabe qué tan séptica o aséptica fué la intervención, y si es necesario prescribir el antimicrobiano como preventivo o no.

CIRUGIA CORRECTORA DE TEJIDOS BLANDOS.

CAPITULO IV

FRENILECTOMIAS

EXTIRPACION DEL FRENILLO LABIAL:

El frenillo labial es un repliegue de la mucosa bucal, que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores, algunos frenillos no terminan a este nivel sino que se extienden hasta el borde alveolar o lo rodean, e incluso pueden llegar hasta la papila interdientaria.

Desde el punto de vista Ortodóntico, es uno de los principales factores etiológicos de los diastemas interincisales, en tales casos lo más recomendable es diagnosticar y tratar la anomalía tempranamente, durante la infancia.

Desde el punto de vista protético, éste puede ser un obstáculo para la buena elaboración de la prótesis, y además con los movimientos normales del labio, puede contribuir al desalojamiento de ésta.

Histológicamente, el frenillo está constituido por 3-capas:

1a.- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.

2a.- La túnica propia, consistente en tejido conjuntivo con hileras de tejido fibroso elástico amarillento y tejido fibroso blando.

3a.- La capa submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

Se han elaborado distintas clasificaciones de las hipertrofías del frenillo bucal, pero que a nuestro juicio - son valederas para los tratamientos Ortodónticos, cosa que para la preparación protética no lo son.

La solución de la interferencia de un frenillo bucal-hipertrófico, solo la encontramos mediante la remoción quirúrgica de éste.

Se han propuesto varias técnicas, desde 1933 Feders--piel con su técnica de incisión oval circunscribiendo el - frenillo, en 1935 L. Hirondel y Aranowicz, idean la técnica incidiendo con tijeras, también en 1935 Wassmund describe - la técnica que abarca una ostectomía para la corrección de diastemas, Ries Centeno también describe su técnica, mediante el desplazamiento de un colgajo, muchos más han descrito y publicado sus técnicas cosa que a nuestro parecer han que dado fuera de uso y son poco prácticas.

Para la Freniléctomia bucal describiremos una técnica que a nuestro juicio es de las más prácticas y de las más - actualizadas.

Técnica del Dr. Harry Archer: Para ésta técnica usa--mos anestesia local previa antisépsia de la región, con dos pinzas hemostáticas se toma el frenillo formando una "V" - con las puntas de la pinza, las cuales deben ser sujetadas--por el asistente, la incisión la hacemos por medio de bisturrí con hoja # 11 incidiendo por debajo de las pinzas, lo--grando así la extirpación del frenillo, es importante que - el asistente no traccione los tejidos al momento de la incisión, solo los mantendrá sujetos.

Después de haber hecho ésto procedemos a la afronta--ción de los bordes de la herida, quedando ésta de una forma

lineal y suturamos empleando seda negra 000 ó 0000 con puntos aislados, verificando que los tejidos no queden con demasiada tensión.

Puesto que se trata de una intervención de menor grado, no es necesario poner apósito, solo colocaremos una gasa por un término de una o dos horas la cual podrá ser retirada después, a las 24 hrs. y 48 hrs., haremos limpieza de la herida con algún antiséptico.

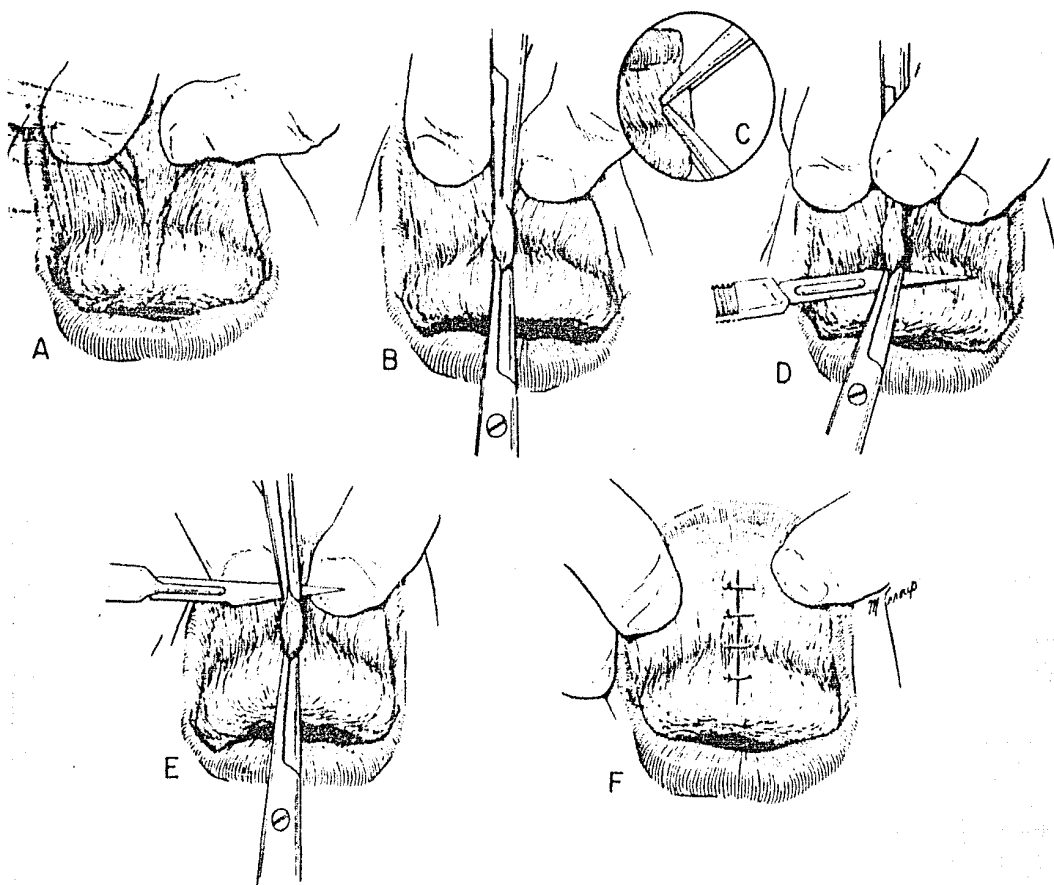


FIG. 45

FRENECTOMIA LABIAL.

Técnica del Dr. O. Kruger: Esta es mediante una Zeta plastía, la cual consta de una incisión en forma de "Z", el desprendimiento de los tejidos para poder ser desplazados, - después procedemos a suturar invirtiendo el orden de los - dos triangulos como se aprecia en la fig. (46), esta técnica proporciona el desplazamiento de los tejidos sin su eliminación.

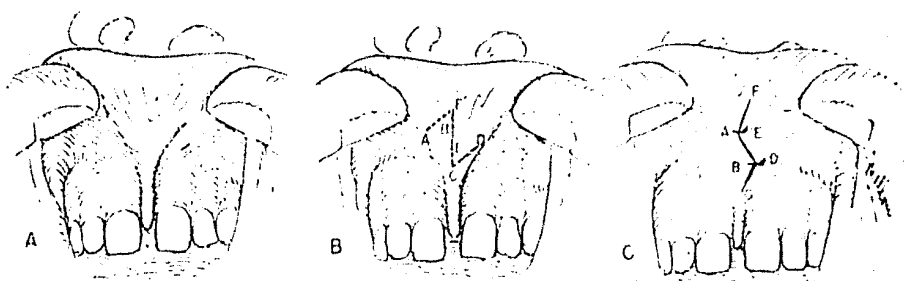


FIG. 46

FRENECTOMIA POR ZETAPLASTIA.

ANQUILOGLOSIA:

Denominamos anquiloglosia a la fusión de la lengua al piso de la boca, la anquiloglosia parcial o "lengua atada" - es la condición más frecuente, y suele ser el resultado del frenillo corto o insertado muy cerca de la punta de la lengua. Esto provoca una restricción de los movimientos lingua les, los pacientes con este defecto presentan dificultades fonéticas bien conocidas, principalmente la pronunciación - , de ciertas consonantes y diptongos, aunque algunos casos de anquiloglosia parcial se han corregido por si solos, la mayoría deben ser tratados quirúrgicamente mediante la frenec tomía.

Desde el punto de vista protético puede ser éste un -
obstáculo para la colocación o para la elaboración de la -
prótesis, así como también desalojarla constantemente.

La anestesia que vamos a usar es local, bloqueando al
nervio lingual bilateralmente, después de haber hecho ésto,
colocamos un hilo rienda en la punta de la lengua, es conve
niente sujetarlo a las compresas o que lo sostenga el asis-
tente, con el objeto de traccionar la lengua hacia arriba y
poder efectuar la intervención sin problemas, puesto que la
lengua es un músculo demasiado fuerte y algunos pacientes -
no tienen control sobre ella.

La Técnica a seguir es la misma que para el frenillo-
bucal, mediante dos pinzas hemostáticas, tomamos el freni-
llo en forma de "V" teniendo cuidado de dejar libre el cam-
po para el acceso del bísturi, también al afrontar los bor-
des de la herida nos dará una línea, la cual suturaremos, -
teniendo cuidado de no puncionar alguna de las glándulas -
sublinguales o algún tronco grueso de la arteria ranina, -
después de ésto colocamos un pequeño trozo de gasa, previa-
limpieza de la herida, el cual lo mantendremos ahí por un -
lapso de 2 hrs. Damos las indicaciones postoperatorias con-
venientes así como nueva cita para la revisión de la heri-
da, para su limpieza y retirar los puntos de sutura.

CAPITULO V

HIPERPLASIA DE LA MUCOSA VESTIBULAR:

Esto no es más, que la proliferación de la mucosa como respuesta a un mecanismo irritativo constante, ocasionado generalmente por la mala adaptación de las dentaduras, - éstos crecimientos crean una verdadera patología de los zurcos vestibulares, éstos procesos tienden hacia la forma tumoral y persisten y crecen mientras perdure el factor etiológico.

Muchos autores los han denominado como fibromas del - zurco vestibular, otros como hiperplasia de la mucosa, el - tratamiento de éstas alteraciones consiste en la remoción - quirúrgica de ellas y en la eliminación del factor etiológico.

En cuanto a la técnica quirúrgica, es muy sencilla, - usamos una anestesia local circunscribiendo al fibroma, lo - traccionamos mediante una pinza hemostática, con objeto de - visualizar perfectamente la base de implantación de éste, y - determinar el trazo de la incisión, algunos autores reco- - miendan poner previamente a la incisión, los hilos de sutu- - ra con el objeto de no perder tiempo en ésto y cohibir la - hemorragia inmediatamente, cosa que dejamos al criterio de - cada cirujano y a la extensión de la lesión, lo que sí es - importante, es cohibir bien la hemorragia y mantener una - presión moderada con un trozo de gasa después de la opera- - ción, puesto que es frecuente que se produzcan hematomas - por la abundante irrigación que tienen este tipo de lesio- - nes, también es necesario tener en cuenta, si se debe o no - suturar, puesto que el afrontamiento de los bordes, puede - alterar la profundidad del zurco o puede dejar muy tensos a - los tejidos, entonces es conveniente dejar solo un apósito-

de gasa con una ligera presión extraoral.

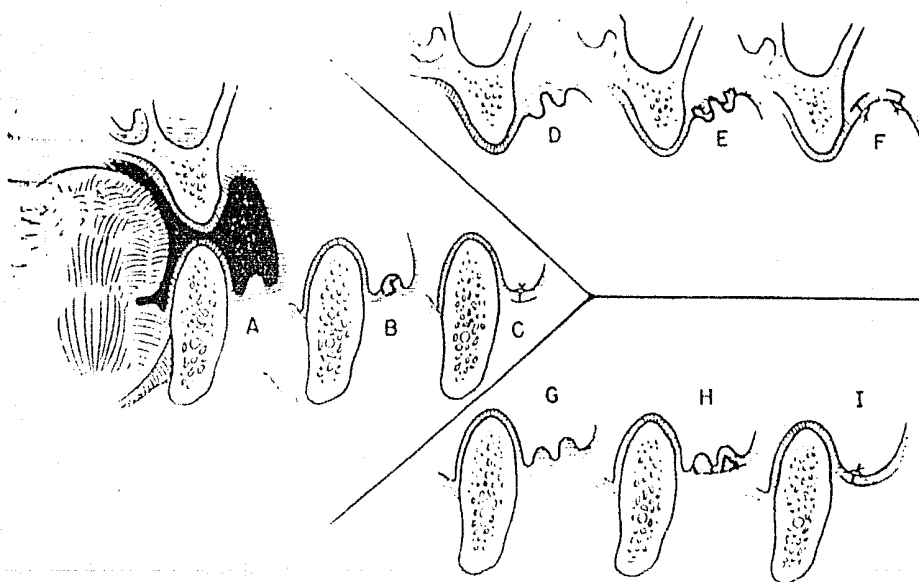


FIG. 47

Diferentes tipos de Hiperplasias y su reducción.

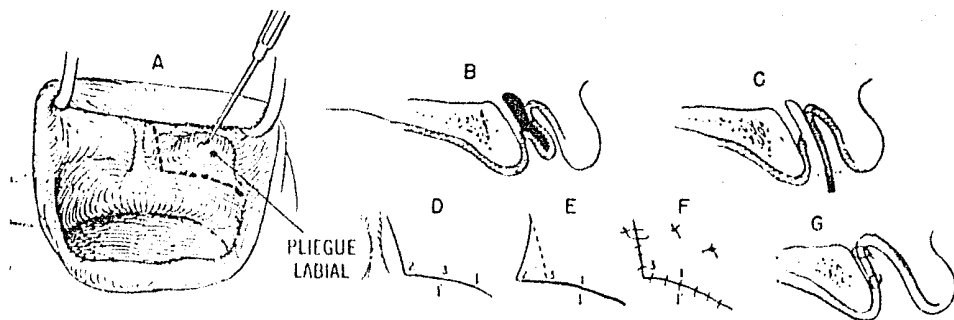


FIG. 48

Una de las técnicas para la eliminación de las hipertrófias vestibulares.

Cuando se trata de una hipertrofia de menor tamaño,-- la extirpación podemos efectuarla por medio de tijeras o -- por electrocauterio.

Debemos indicar al paciente que no debe volver a -- usar su prótesis en esas condiciones puesto que puede ha-- ber recidiva.

CAPITULO VI

FIBROMATOSIS DEL PALADAR:

Es un fibroma difuso que afecta a los tejidos gingivales, algunos autores han dicho que es de origen hereditario, otros lo describen como un trastorno endocrino, esta alteración se manifiesta como una proliferación densa, difusa, lisa o nodular de los tejidos palatinos y se manifiesta a temprana edad.

El tejido habitualmente no está inflamado sino de color normal y suele ser tan firme y denso que es capaz de impedir la erupción dental normal.

Este tipo de alteración, por su localización es evidentemente un obstáculo para la elaboración de la prótesis superior.

La Técnica quirúrgica a seguir consiste, en una mucoplastia palatina, por medio de una punta de electrobisturí adecuada, a la cual le podemos dar la forma conveniente, con esto procedemos a la remoción del abultamiento mucofibroso, después de haber hecho esto, lavamos la herida con algún antiséptico y colocamos un apósito de gasa furasínada o con Oxido de Zinc y Eugenol y fijamos éste apósito por medio de hilos suturados al reborde alveolar o por medio de una placa base fabricada previamente, de acrílico o de algún otro material con el objeto de que nos ayude a mantener el apósito mientras dura el proceso de epitelización.

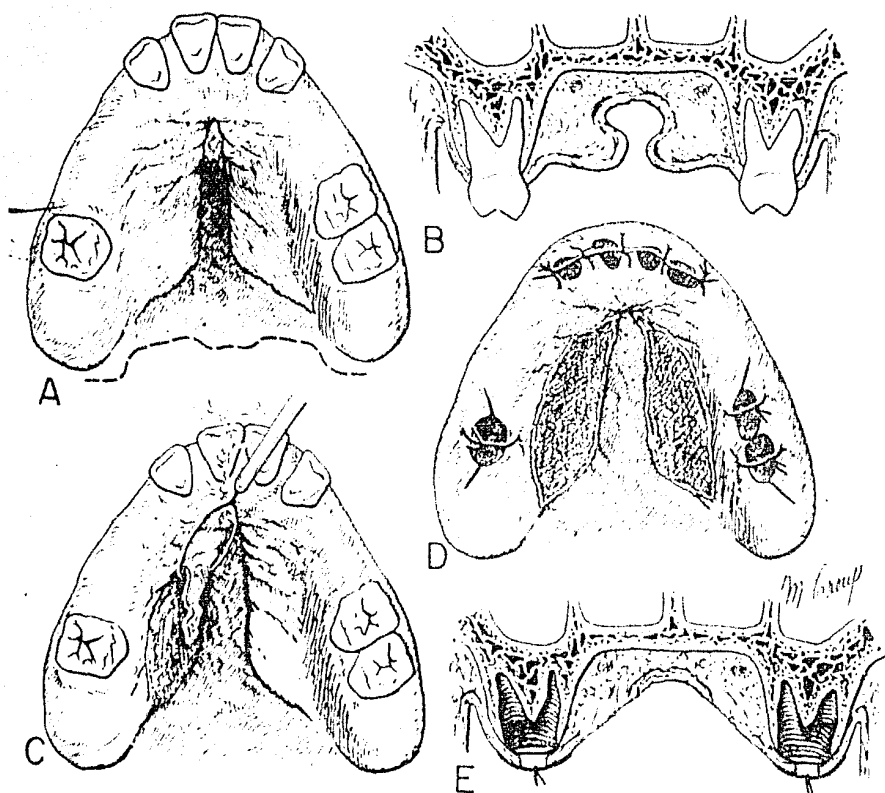


FIG. 49

Esquematzación de una Fibromatosis del paladar, y su eliminación por medio del electrobisturí.

CAPITULO VII

PAPILOMATOSIS VERRUCOSA DEL PALADAR:

También conocida como hiperplasia inflamatoria papilar, generalmente se localiza en la mucosa palatina, está asociada en la mayoría de los casos a dentaduras mal adaptadas y a un estado deficiente de higiene bucal. Puesto que muchas personas poseen dentaduras que podían calificarse de mal adaptadas y nunca han generado una papilomatosis, los pacientes que presentan esta alteración deben tener factores predisponentes aún no identificados.

Esta lesión se presenta como una cantidad de proyecciones papilares dispuestas en estrecha proximidad, a menudo involucran todo el paladar duro y le dan un aspecto verrucoso, cada papila rara vez mide más de un milímetro o dos de diámetro, el tejido muestra grados diversos de inflamación pero es raro encontrar ulceraciones.

Otros autores, asocian estas lesiones a superficies rugosas de la placa y a que los pacientes no se las quitan ni de día ni de noche, por lo tanto una mala higiene de la placa, esto desencadena la papilomatosis.

La inflamación cedería, si el paciente dejara de usar la prótesis, pero no la papilomatosis, tampoco la construcción de una nueva prótesis o la compostura de la misma, no eliminan a la lesión.

El único tratamiento, es la remoción quirúrgico-eléctrica de ella.

Algunos autores las han descrito como precancerosas cosa que no está comprobado.

Es necesario incidir con el eléctrocauterio hasta el-
periosteo y eliminar las papilas en su totalidad, con el ob-
jeto de evitar recidivas. Después de la cirugía es conve- -
niente proteger la superficie palatina cruenta, podemos la-
var con Oxido de Zinc y Eugenol para después colocar la pró-
tesis previa corección de la superficie rugosa o de su re--
base, indicando al paciente que no se la quite durante las-
72 hrs. próximas. Cuando ya ha epitelizado la superficie pa-
latina se elaborará una prótesis nueva o la compostura de -
la vieja, es conveniente indicar al paciente que no las use
durante las noches, y que tenga la higiene adecuada, y man-
tenerlo en observación durante 1 ó 2 años con objeto de evi-
tar recidivas.

CAPITULO VIII

HIPERPLASIA DEL MUCOPERIOSTEO DE LAS CRESTAS DE REBORDE ALVEOLAR:

Es frecuente encontrarlo en pacientes que han usado - sus prótesis durante muchos años, sin haber tenido ningún - ajuste o rebase, ésto también es frecuente en pacientes cuya colocación de la prótesis fue inmediata a las extracciones, sin la alveoloplastia conveniente, también puede deberse a una resorción marcada de los procesos alveolares - - - óseos.

Algunos autores la definen como Mucosa Hipermóvil, la cual podemos diagnosticar fácilmente y corroborarlo mediante la palpación.

La remoción quirúrgica de este tipo de anomalía debe efectuarse puesto que la prótesis debe tener un soporte firme y no flácido.

La técnica quirúrgica es sencilla y consiste en la - eliminación del tejido flácido de todo el proceso alveolar, ésto es una regularización de proceso, a nivel de tejido - blando unicamente, se toma el mucoperiosteo flácido con una pinza y se tracciona suavemente, luego se hace una doble in ci si ón a lo largo de reborde, sobre la zona principal de soporte hablando protéticamente y se unen entre si en los extremos, extirpando así el tejido sobrante, una vez hecho - esto, procedemos a afrontar los bordes y a suturarlos, en - éste caso es factible utilizar un surgete continuo o anclado o bien puntos aislados.

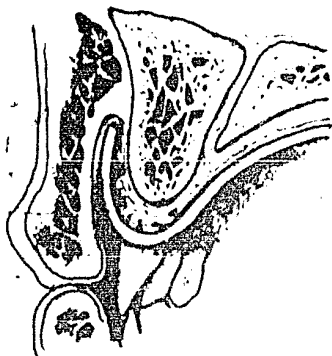


FIG. 50

" A "

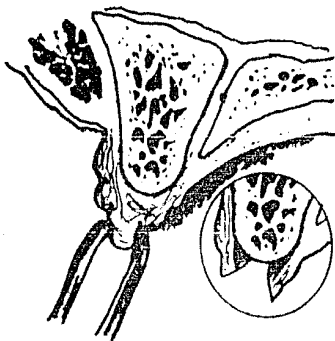


FIG. 50

" B "



FIG. 50

" C "



FIG. 50

" D "

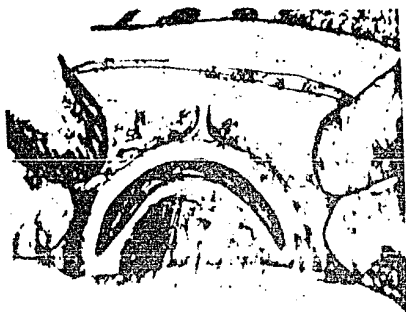


FIG. 50

" E "

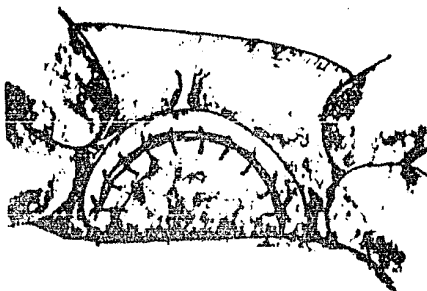


FIG. 50

" F "

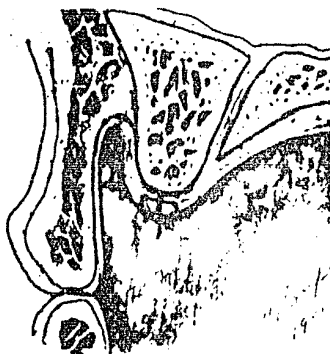


FIG. 50

" G "

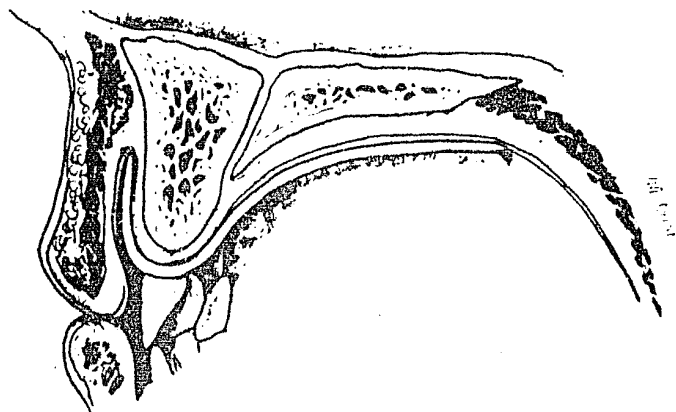


FIG. 50

" H "

CAPITULO IX

FIBROMATOSIS DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y DE LA REGION -
DE LOS TERCEROS MOLARES EN EL MAXILAR INFERIOR:

Se debe al engrosamiento de mucoperiosteo en estas zo
nas, generalmente lo encontramos en pacientes edentulos, és
ta fibromatosis nos reduce el espacio entre el maxilar su--
perior y el inferior, y dificultan o imposibilitan la colo--
cación de éstas. Siendo necesaria la remoción quirúrgica de
éstas alteraciones, siguiendo la misma técnica que describimos
para el capítulo VIII hiperplasia del mucoperiosteo de-
las crestas del reborde alveolar.

Es menester recordar, que ésta técnica se emplea, --
cuando solo con la remoción quirúrgica de los tejidos blan-
dos, obtenemos el espacio suficiente para la colocación de-
las prótesis.

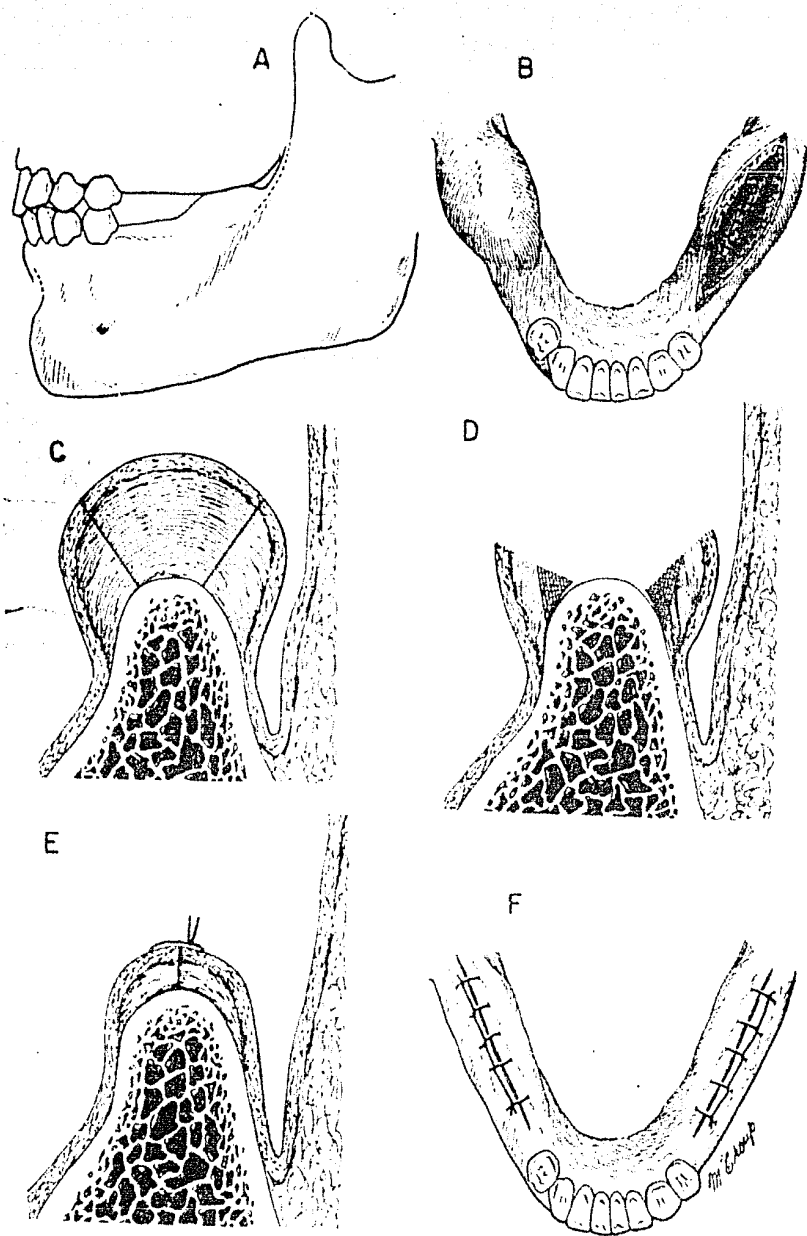


FIG. 51

Ejemplo de la eliminación de la fibromatosis de la región de los terceros molares en el maxilar inferior.

CAPITULO X

PROFUNDIZACION DE LOS ZURCOS VESTIBULARES Y LINGUAL DE LOS-MAXILARES:

Las opiniones de los protesistas a este respecto ha sido unánime, ellos dicen que todas las inserciones musculares que se opongan a la colocación de la prótesis, deben ser modificadas.

Para lograr ésto, se han descrito muchas técnicas, las cuales las han clasificado como; vespibuloplastías con epitelización secundaria, vestibuloplastías por adelantamiento de la mucosa, y vestibuloplastías con injertos epiteliales. Muy poco se puede hacer, en los pacientes cuya resorción ósea es muy marcada, aunque pudieramos profundizar el vestiblo hasta el borde inferior de la mandíbula por ejemplo, estaríamos limitados por dos forámenes mentonianos, y además el campo de la reposición ósea está muy limitado y no muy bien comprobado.

Método de Kazanjian:

Se hace una incisión transversal sobre la mucosa en la cara interna del labio, la distancia entre el borde alveolar y la incisión está determinada por la profundidad del zurco que se quiera obtener, la incisión se hace solo a nivel de mucosa, la cual se levanta por disección con bisturí, hasta su base en el reborde alveolar, como se observa en la fig. (51'). La profundidad del zurco se obtiene mediante disección con bisturí respetando el periosteo.

Cuando se ha obtenido suficiente profundidad, se baja el colgajo adosándolo perfectamente al periosteo, y suturando cuidadosamente el borde mucoso del colgajo con el perios

teo del fondo del zurco, para ésto es conveniente usar catgud 000.

Para mantener la profundidad obtenida, se hace presión con un tubo de hule, como puede ser un cateter uretral, con una aguja recta y con hilo doble, de preferencia dermalón 000 ó 0000 se sujeta el tubo y se pasa la aguja ensartada, desde el fondo del zurco hasta la piel, donde se anuda a un pequeño trozo de algodón o de gasa, para mantener fijo el tubo es necesario hacer un mínimo de tres suturas de éste tipo, dos en los extremos y una en el centro, la herida se cubre con tintura de benjuío y se coloca un vendaje externo durante tres días, el tubo y las suturas se retiran al séptimo día, después de haber hecho esto es conveniente tomar las impresiones necesarias y elaborar la prótesis tan pronto como sea posible.

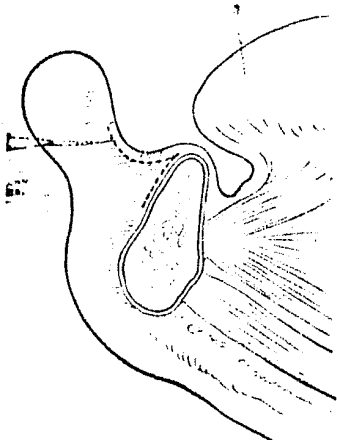


FIG. 51'A

Método de Kazanjian. La incisión se hace a través de la mucosa hasta la superficie interna del labio.

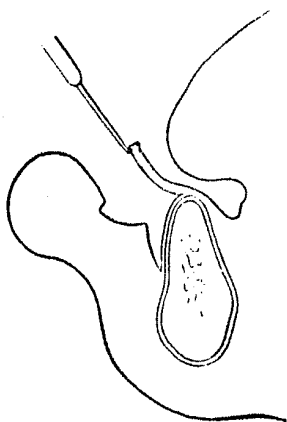


FIG. 51'B

La mucosa se separa hasta una base sobre la cresta de la apófisis alveolar. Se mantiene el colgajo fuera del campo operatorio, mientras se profundiza el vestíbulo por disección suprapariosteica.

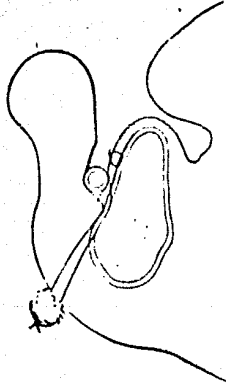


FIG. 51'C

El colgajo mucoso se sutura al periostio. Un tubo de caucho o de polietileno se mantiene en su lugar, en el fondo del nuevo vestíbulo, por sutura circunferencial alrededor de rollos de algodón.

Método de Clark:

La técnica de Clarck está adaptada especialmente para la parte anterior de la mandíbula, en los casos en los que interviene el músculo mental o borla de la barba.

La incisión se hace sobre el reborde alveolar, mediante disección cortante despegamos la mucosa desde la incisión hasta el borde del bermellón, respetando el periosteo, mediante disección con bisturí profundizamos un poco el vestíbulo, incidiendo las incersiones musculares, después con nylon de un solo filamento y con puntos de colchonero se sujeta el borde mucoso del colgajo y se fija en el fondo del zurco, pasamos la aguja hasta la piel y la fijamos en un rollo de algodón o de gasa, de ésta manera hacemos los puntos necesarios para fijar el colgajo en su lugar, la superficie ósea cubierta de periosteo se deja a que experimente granulación y epitelización, previa colocación de tintura de benjuí.

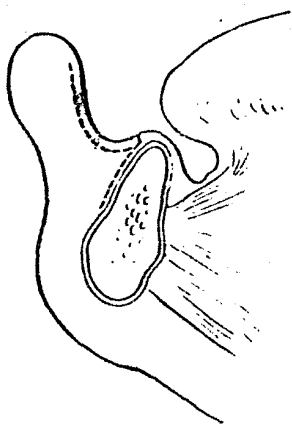


FIG. 52

Técnica de Clark. La incisión—
se hace ligeramente en direc—
ción labial al borde del arco—
alveolar. La profundidad del —
vestíbulo se obtiene por la di
sección suprapariosteal. La mu—
cosa del labio se separa desde
el borde de la incisión hasta—
el borde bermellón.

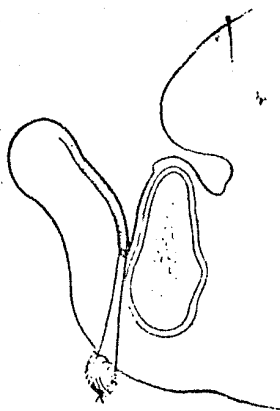


FIG. 53

El colgajo mucoso se mantiene—
sobre la herida por suturas me
dias que llegan a la superfi—
cie de la piel.

Existe también la técnica por adelantamiento de la mucosa, o Vestibuloplastia submucosa, mencionaremos la técnica de Wallenius y Owall, la cual consiste en hacer una incisión a lo largo del reborde alveolar, como si fuéramos a -iniciar la técnica de Clarck, después procederemos a levantar un colgajo únicamente mucoso, lo más amplio y profundo posible.

Es importante mantener el periosteo intacto, después procederemos a colocar los hilos de sutura que nos dará la fijación en el fondo del vestíbulo, éstos hilos debemos --prenderlos de la parte más profunda del periosteo con objeto de que nuestro zurco, quede lo más profundo que sea posible, después de haber colocado nuestro hilo de fijación, -procederemos a afrontar los bordes de la herida y a suturarlos, una vez hecho esto, comenzamos a anudar los hilos de -fijación con objeto de dar una nueva posición al colgajo y con esto un vestíbulo más amplio, a nuestro parecer debemos vigilar que los tejidos no queden demasiado tensos, cosa -que podría favorecer al fracaso de la técnica.

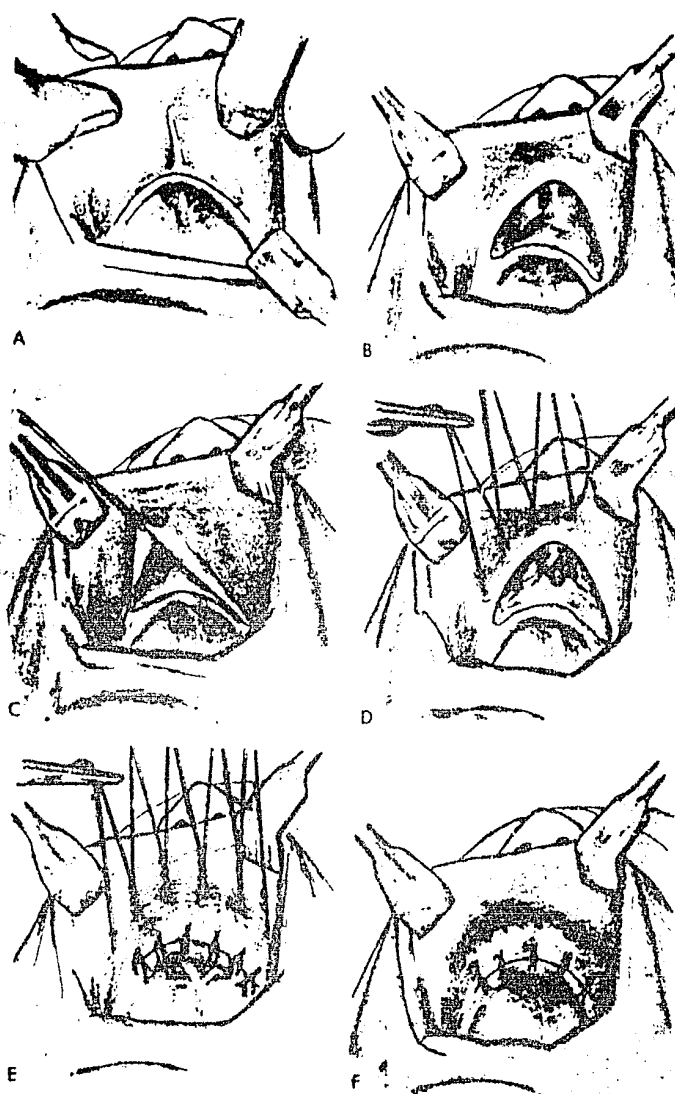


FIG. 54

Método de Wallenius y Owali.

Técnica de Obwegeser:

La Técnica de Obwegeser, consiste en practicar una pequeña incisión sobre la línea media aproximadamente de 1 - cm. ó dos, sólo a nivel mucoso después mediante disección - roma, con unas tijeras pequeñas se hace todo el desprendi- miento de la mucosa, tanto la que cubre el reborde alveolar como la de la cara interna del labio, con objeto de darle - una nueva incersión a la mucosa, por medio de puntos de su- tura, un tubo de goma fijado extraoralmente o una placa ba- se de acrílico provisional.

Cualquiera de estas maneras de fijar la mucosa en su- nueva posición debemos dejarlas cuando menos siete días, - después de esto se procederá a la elaboración de la próte- sis definitiva.

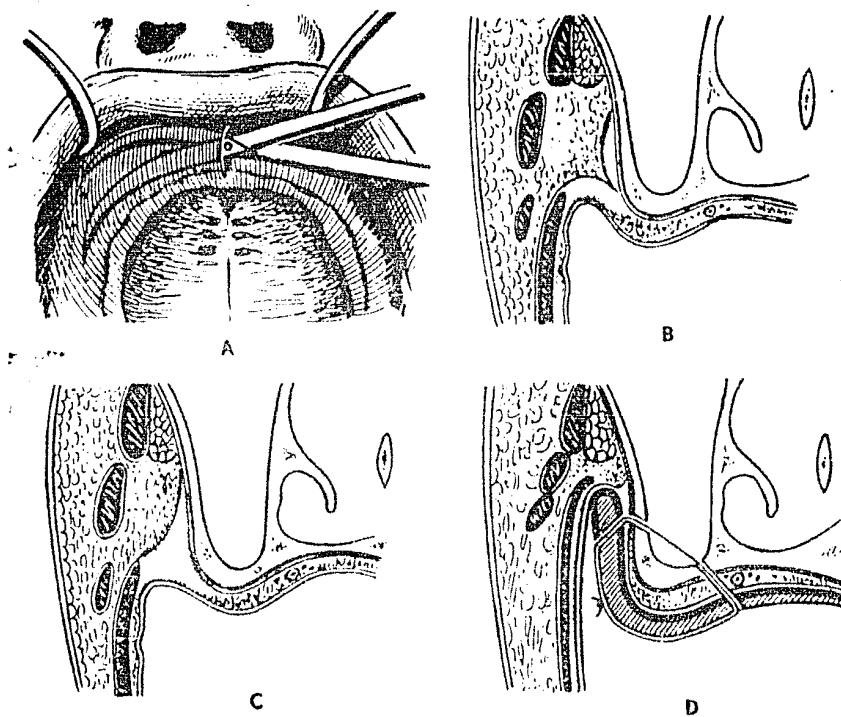


FIG. 55

Técnica de Obwegeser.

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO LINGUAL

Método de Trauner:

Cuando con otras técnicas en las regiones bucal y labial de la mandíbula, no se ha obtenido una profundidad suficiente en el vestíbulo, Trauner aconseja la reposición del músculo milohioideo.

La incisión se hace cerca del reborde en el lado lingual, desde la región de molares hasta la región del canino, se hace la disección roma supraperiostica y se lleva ~~a~~ abajo hasta el músculo milohioideo, se coloca una pinza curva de Kelly por debajo del músculo y se corta, la mucosa lingual y el músculo se toman con un punto de nylon el cual se lleva hasta la piel y se fija con un pequeño rollo de algodón, se colocan tres suturas, y la superficie ósea puede ser cubierta por un injerto epitelial o mucoso, o también puede dejarse a que granule espontáneamente.

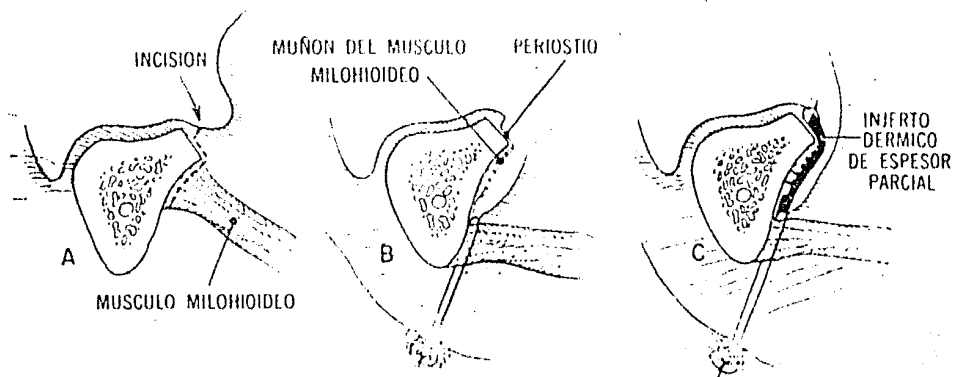


FIG. 56

Método de Trauner.

Método de Caldwell:

Caldwell ha desarrollado una modificación del método de Trauner, para permitir la reducción de la línea oblicua-interna, ésta reducción es muchas veces necesaria, (Tema - que se tratará posteriormente).

La incisión se hace hasta el periosteo sobre el rebor de alveolar. Se desincerta el músculo milohioideo de la cresta y ésta se quita con un cincel o escoplos, se fija un cateter de caucho en el vestibulo lingual sobre la mucosa - intacta, por medio de suturas que se llevan hasta la piel - y se fijan en un rollo de algodón, después se afrontan los-bordes de la herida y se suturan.

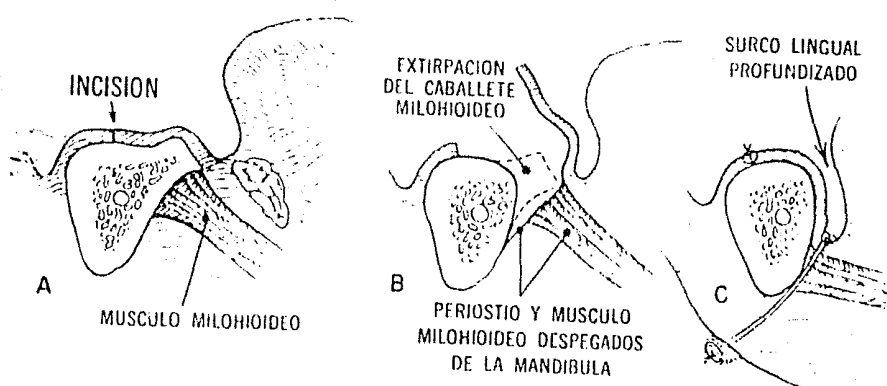


FIG. 57

Método de Caldwell.

DESPLAZAMIENTO QUIRURGICO DEL NERVIO MENTONIANO:

El objeto de ésta técnica es proteger al nervio mentoniano de las profundizaciones de vestíbulos, y de evitar - que éste sea presionado excesivamente por las prótesis definitivas, ya que podría ocasionar una parestesia y posteriormente un problema más serio.

El primer paso es dejar al descubierto el agujero mentoniano, teniendo cuidado de no lesionar al paquete, en ésta técnica, si debemos levantar el colgajo junto con el periosteo, la dificultad y la delicadeza de éste procedimiento, estriba en el extremo cuidado que se debe tener para no dañar al paquete.

Usamos un explorador con objeto de separarlo ligeramente del forámen y dejar libre el acceso para hacer la osteotomía, con fresa quirúrgica y motor de baja velocidad, - la osteotomía se hace hacia abajo, del grosor y la extensión conveniente para colocar al nervio en su nueva posición, después de llevar al nervio a su nuevo nicho, adosamos el colgajo al hueso y suturamos.

El paciente puede referir postoperatoriamente ligera parestesia, de lo cual no hay que alarmarse, pues ésta irá desapareciendo paulatinamente y recobrará su función.

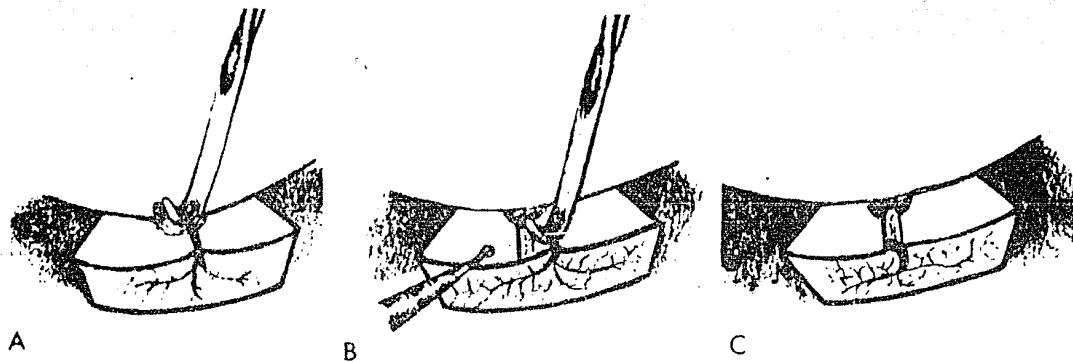


FIG. 58

Desplazamiento quirúrgico del
Nervio Mentoniano.

VESTIBULOPLASTIA CON INJERTOS EPITELIALES:

Durante años se han utilizado injertos de piel para -- cubrir heridas de la cavidad bucal, en la preparación plástica de traumatismos o tumores.

Cuando en cirugía preprotética hay una cantidad inadecuada de mucosa, que puede ser desplazada para profundizar el zurco vestibular, el agregado de piel libre o injertos -- mucoso, puede hacer la diferencia entre el fracaso y el éxito.

Principios del injerto de piel:

- 1.- El injerto de piel debe tomarse de alguna zona -- sin pelos (nalgas o cara interna del muslo).
- 2.- Es preferible un injerto fino a uno grueso.
- 3.- El receptor o huésped debe hallarse libre de infecciones.
- 4.- La zona receptora debe tener buena irrigación.
- 5.- Antes de colocar el injerto la zona receptora debe tener buena hemostasia.
- 6.- El injerto se coloca sobre el periosteo, no sobre el hueso.
- 7.- El injerto debe cubrir toda la zona cruenta y debe ser inmovilizado hasta que se produzca la cicatrización.

Para un injerto mucoso se aplican los mismos principios con excepción de la zona donadora.

Se han ideado férulas de previa preparación, para mantener la zurcoplastia en su lugar y también proteger a su vez al injerto.

Para lograr la fijación de las férulas se puede hacer mediante un alambrado circunferencial, como se ve en la fig. (59).

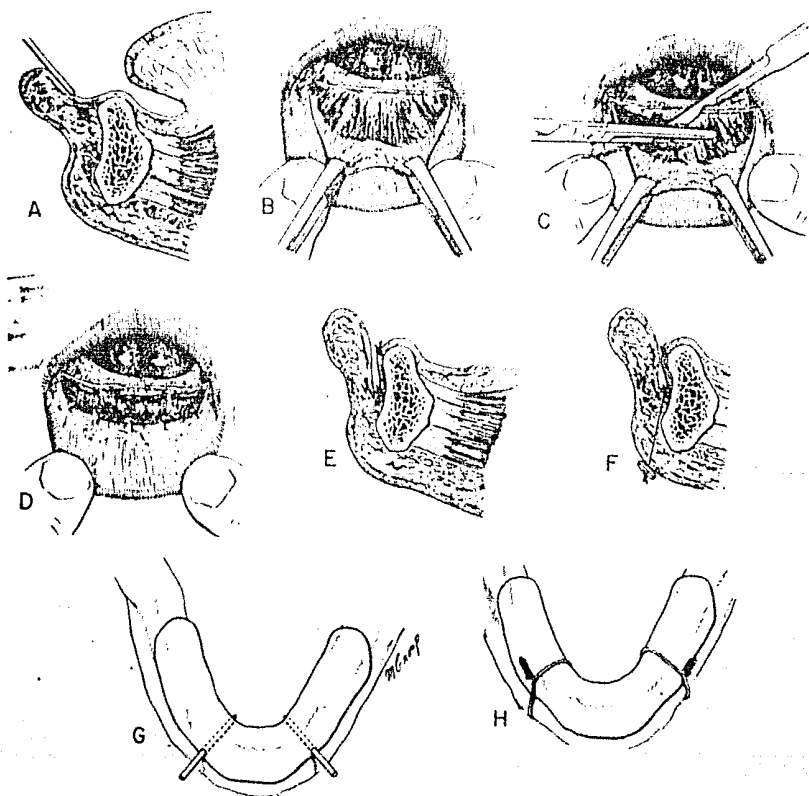


FIG. 59

Profundización del zurco colocando in jerto, sujetando y protegiendo median te una placa base de acrílico con - - alambrado circunferencial.

CIRUGIA CORRECTORA DE LOS TEJIDOS DUROS

CAPITULO XI

EXERESIS DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS Y PROTUBERANCIAS QUE INTERFIEREN EN LA COLOCACION DE LA PROTESIS

Alveoloplastia:

Definiremos a la alveoloplastia como la técnica quirúrgica que se encarga de la remoción de las crestas óseas, de los tabiques interdentarios, después de una extracción.

A éste respecto muchos autores opinan, que no es necesario hacer ninguna remoción ósea, después de las extracciones; otros aseguran que sí, nosotros compartimos la idea de remodelar éste proceso óseo.

Alveolectomía:

Es la técnica quirúrgica que más comunmente conocemos, como regularización de proceso, ésta técnica la empleamos cuando se presentan los pacientes ya con mucho tiempo de habérseles hecho las extracciones y presentan una irregularidad de proceso como puede advertirse en la fig. (60-A).

La técnica consiste, en hacer una incisión a lo largo del reborde alveolar, desprendemos los colgajos, sin extendernos demasiado, hacia bucal y hacia lingual, con objeto de visualizar perfectamente la región ósea que queremos regularizar, por medio de pinzas gubias hacemos la alveolectomía necesaria, hasta que a nuestro juicio haya quedado más o menos uniforme, después lo corroboramos mediante la palpación digital y donde encontramos pequeñas irregularidades, espículas, o bordes muy afilados, procedemos a limar, hasta dejar lo más alisado posible nuestro proceso, una vez hecho ésto, lavamos perfectamente con una solución salina, con el

objeto de extraer toda la limalla ósea y dejar bien limpio nuestro -
 campo operatorio, después procedemos a afrontar los bordes del colga-
 jo, si al hacerlo existiese un sobrante del tejido, debe recordarse -
 hasta que los bordes afronten perfectamente sin exedentes, después -
 procedemos a suturar.

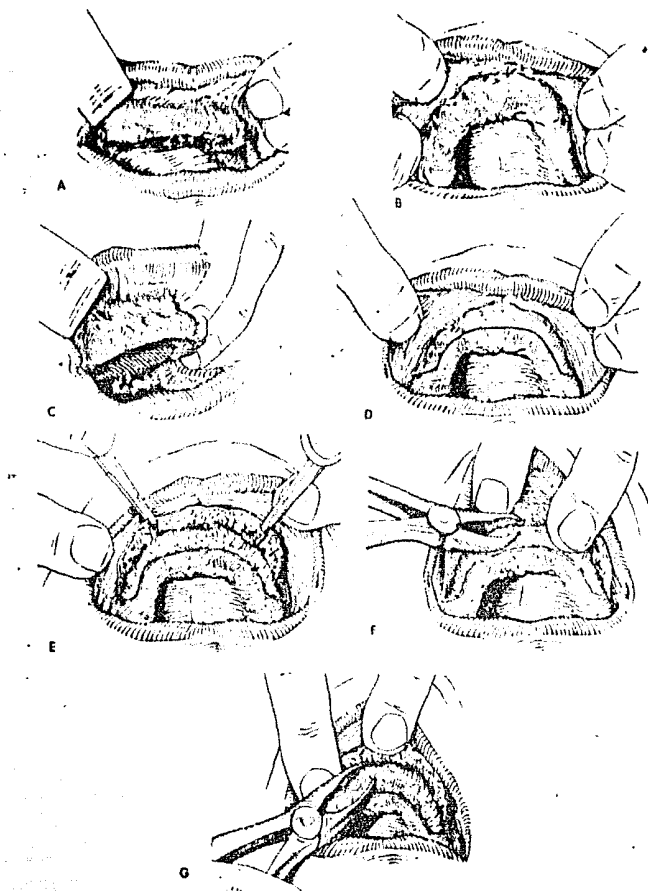


FIG. 60

" A "

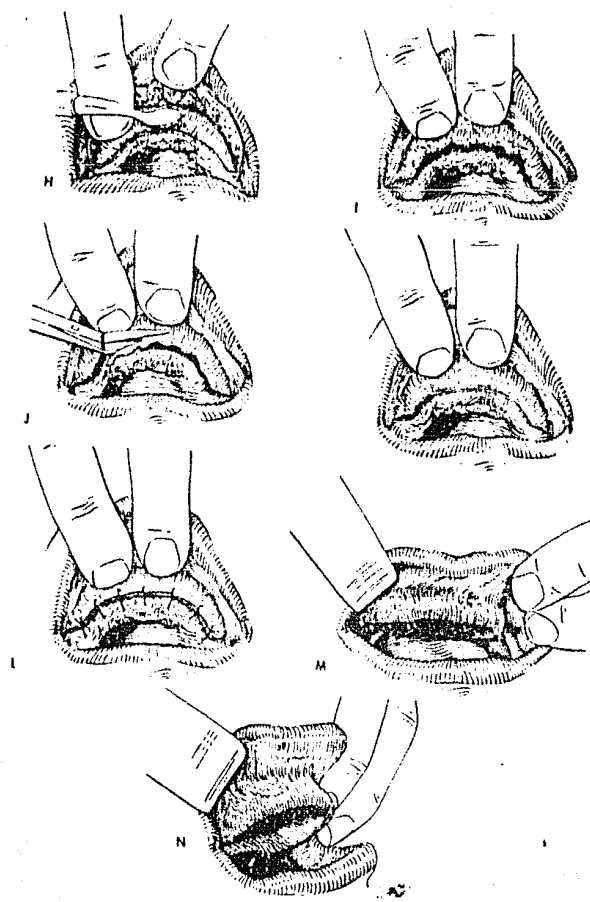


FIG. 60

" B "

Secuencia de una al
veolectomía o regu-
larización de proce-
so

Alveolotomía:

Es la técnica en la cual, no solo se busca la remodelación de la superficie de los procesos alveolares, sino - que se busca una modificación de todo el proceso, esto es - llevado a cabo mediante el corte parcial o total de los alveolos, ésta técnica es más usual para la corrección de prognasia y para el resalte o superposición horizontal del re--borde, técnica que describiremos posteriormente.

CAPITULO XII

REBORDES ALVEOLARES AFILADOS EN SIERRA O FILO DE CUCHILLO:

Las apófisis alveolares agudas o afiladas en desdenta dos se advierten por palpación y cuando el paciente intenta usar prótesis.

Esto es una de las causas más comunes de las incomodi dades de las prótesis, la masticación comprime al mucope -- riósteo contra las crestas alveolares afiladas y ésto provo ca dolor.

Muchas veces el Clínico cree que los rebordes se en--
cuentran adecuados para la construcción de la prótesis, por
que la cubierta mucosa se encuentra redondeada, ocultando--
la existencia de una cresta afilada, la técnica a seguir es
la misma que describimos para el capítulo de alveolectomía.

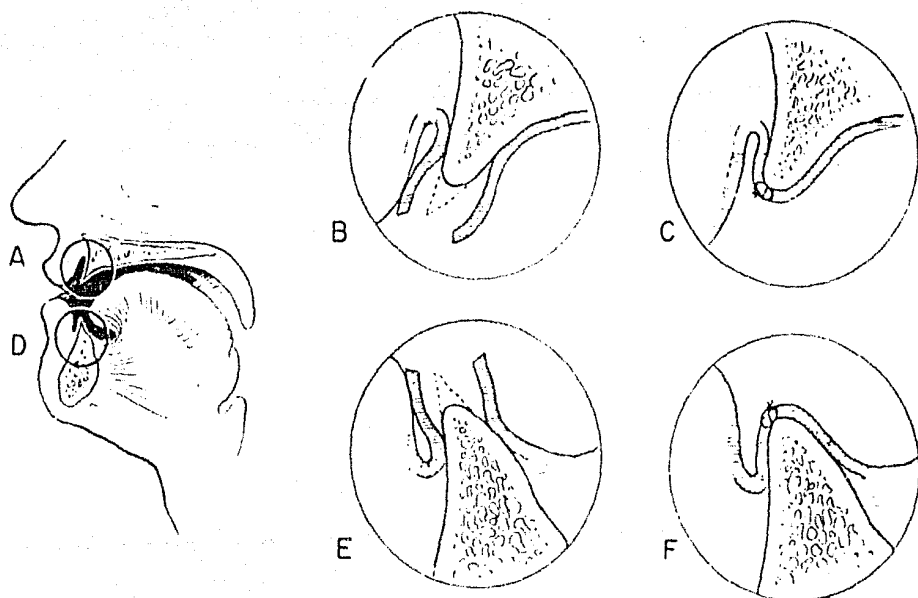


FIG. 61

Remoción de un re-
borde alveolar agu-
do.

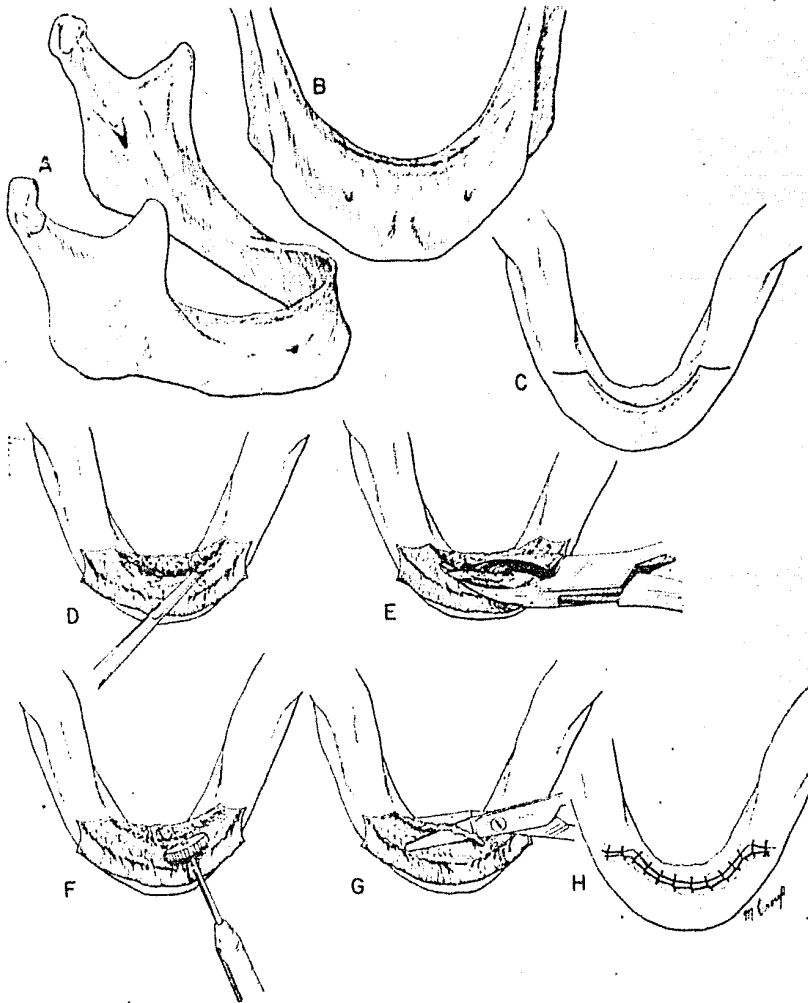


FIG. 62

Modelación de un -
reborde alveolar -
en forma de sierra.

CAPITULO XIII

BALCON LINGUAL:

CRESTAS MILOHIOIDEAS AFILADAS O RETENTIVAS:

No suelen causar muchas molestias, pero pueden ser incomodas para determinados pacientes, al usar su prótesis inferior, o bien si son muy retentivas, pueden ser un obstáculo para la elaboración de la prótesis ésto lo solucionamos mediante la remoción quirúrgica de éstas.

Se hace una incisión a lo largo de la cresta alveolar a nivel de los molares, llegando hasta la zona de premola--res o canino, con el objeto de levantar un colgajo amplio - que nos facilite la visualización del campo operatorio, una vez dejado al descubierto la cresta milohioidea, dejando - intacta la parte del mucoperiosteo bucal, procedemos a la - osteotomía, ya sea con cincel o escoplo, pinza gubia, o un--fresón con motor de baja velocidad, no olvidando limar des--pués nuestra superficie, procurando así una superficie sin--espículas ni aristas afiladas, después lavamos perfectamen--te con alguna solución salina, llevamos el colgajo a su lu--gar y si al hacer ésto tuvieramos un excedente de tejido mucoperiostico, hacemos la remoción necesaria de éste y sutu--ramos, es importante adherir firmemente el colgajo sobre el hueso, como se dice comunmente (planchar el colgajo) con el fin de evitar hematomas, o bolsas subperiosticas que difi--culten la cicatrización.

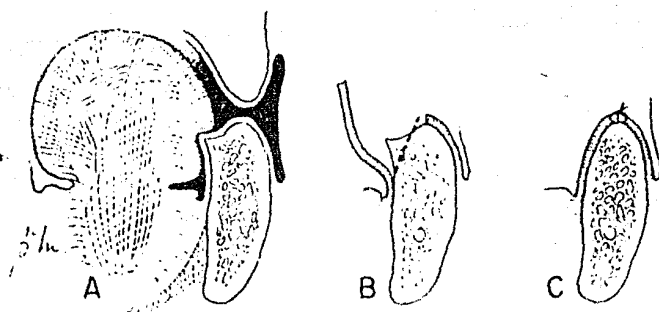


FIG. 63

Eliminación de una
Cresta Milohioidea
retentiva.

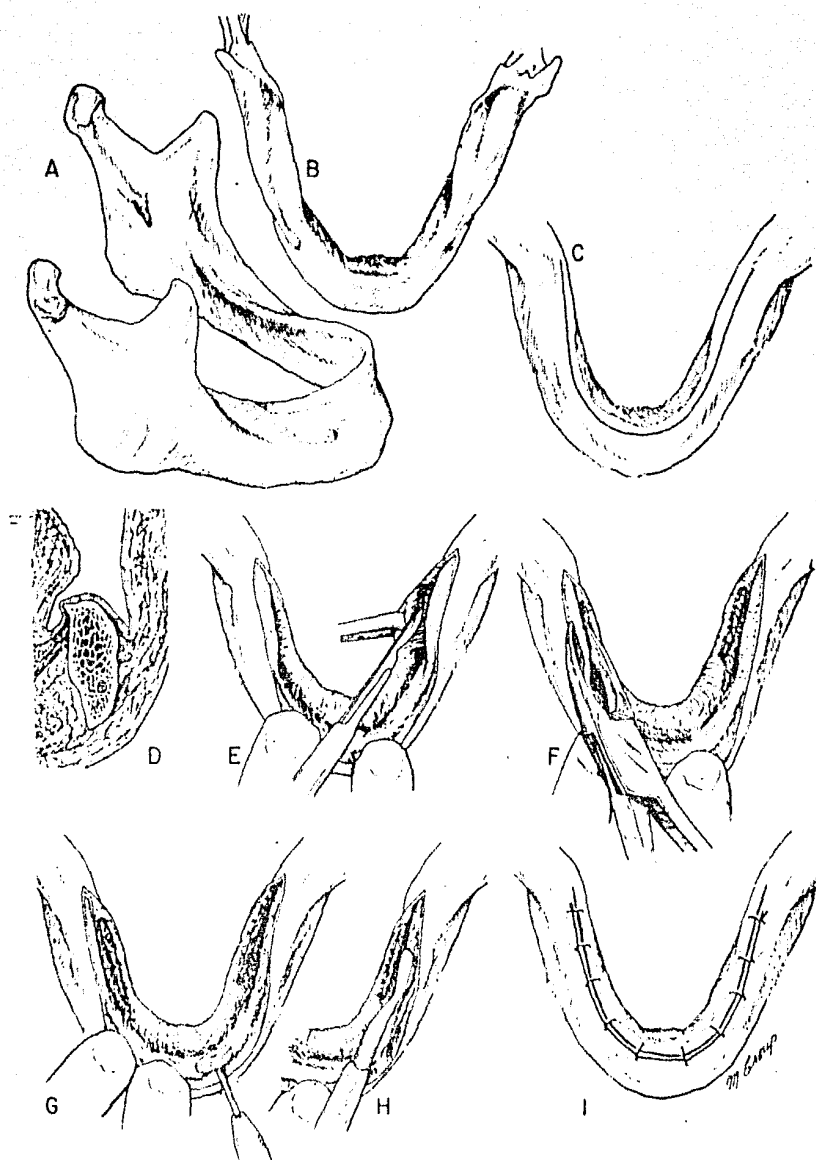


FIG. 64

Modelación de las
crestas milohioi-
deas retentivas.

CAPITULO XIV

REDUCCION DEL RESALTE O SUPERPOSICION HORIZONTAL DEL MAXILAR SUPERIOR:

Esta técnica es aplicada a los pacientes que presentan una pronasia o prognatismo maxilar, (Over-jet) lo cual dificultaría, en 1er. lugar, la colocación de la prótesis, por la superficie tan retentiva que ofrece y también la articulación de las piezas dentarias de la prótesis.

Esta técnica es aplicable tanto a pacientes dentados como a edéntulos. Para ésto es conveniente tomar una cefalometría lateral de cráneo, donde podemos trazar, diseñar y estudiar, hasta donde llegar con la osteotomía para obtener éxito en la operación.

Para ésto es recomendable utilizar anestésia infraorbitaria de ambos lados, que podemos reforzarlos con unos puntos en la espina nasal, fosas caninas y en el forámen efenopalatino, después procedemos a hacer la incisión sobre el reborde alveolar, si existiesen organos dentarios, éstos se contornean haciendo la incisión de Newman y se procede a desprender el colgajo mucoperiostico, después si existen dientes, se hacen las extracciones convenientes, y si no los hay, se sigue con la osteotomía por medio de pinzas guías, ésto se hace tratando de respetar la dimensión vertical del proceso lo más posible, y tratando de respetar la dimensión vertical del proceso lo más posible, y tratando de resecar el excedente horizontal, que es la finalidad de la operación, para corroborar si la cantidad de hueso que hemos resecado es la suficiente, podemos indicar al paciente que cierra la boca para observar la relación que guarda con el maxilar inferior, ayudados también por nuestra cefalometría.

Una vez obtenida la remoción suficiente, procedemos - a limar toda la superficie del proceso con el objeto de dejarlo lo más regular posible. Lavamos perfectamente, teniendo cuidado de no dejar espículas sueltas o aristas que puedan causar dolor postoperatorio o al usarse la prótesis, -- después procedemos a afrontar los bordes de los colgajos y a recortar los excedentes de mucosa, tanto de la palatina - como de la vestibular.

Después suturamos y damos las indicaciones postoperatorias necesarias.

Esta técnica es aplicable también para aquellos procesos alveolares inferiores que presentan una superposición - horizontal y que ofrecen una zona retentiva.

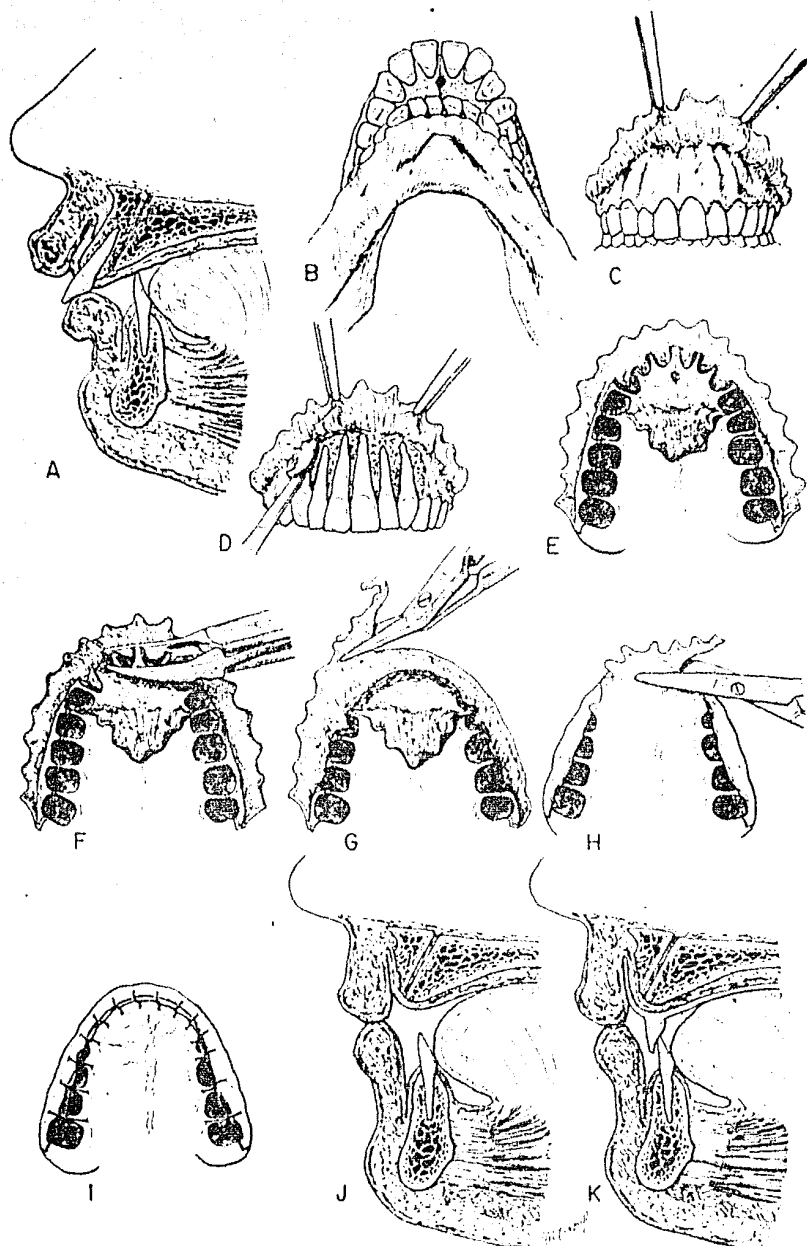


FIG. 65

Secuencia de una eliminación
de resalte o superposición -
horizontal del maxilar supe-
rior.

CAPITULO XV

ELIMINACION DEL TORUS PALATINO:

OSTEOMA PALATINO:

Es una exostosis de la bóveda palatina situada en el-
rafé medio, de crecimiento lento, han sido sugeridas numero
sas teorías, pero aún falta una explicación convincente de-
esta lesión bucal.

El torus palatino puede presentarse a cualquier edad-
e inclusive en la primera década, parece alcanzar su inci-
dencia máxima a los 30 años, ciertas razas como los indios-
norteamericanos y los esquimales presentan una incidencia -
mucho mayor que la demás población.

El torus palatino se presenta, como una saliente en -
la línea media del paladar, que puede asumir una diversidad
de formas que el Dr. Thoma las clasificó así:

- a) Torus plano
- b) Torus nodular
- c) Torus fusiforme
- d) Lobulado

La mucosa que lo recubre, está intacta pero ocasional-
mente aparece blanquecina, la cual puede ulcerarse por trau-
matización, el torus en sí puede estar compuesto por hueso-
compacto y hueso esponjoso, por lo tanto es observable en -
el estudio radiográfico.

Esta anomalía no produce ningún trastorno y no es pa-

togénico.

Protéticamente, existe diversidad de criterios, algunos afirman que no son un obstáculo para la elaboración de la prótesis, por lo tanto no hay necesidad de extirparlo, a su vez otros opinan al igual, que nosotros. El torus debe extirparse, puesto que la deglución en una de sus faces es llevada a cabo por la presión de la lengua sobre el paladar cosa que es molesta e incomoda para el paciente, por la magnitud del abultamiento, también contribuye a una mala fonación.

La técnica quirúrgica consiste en: Se infiltra el -- anestésico en los agujeros palatinos posteriores y en el forámen esfenopalatino.

Después procedemos a incidir la fibromucosa palatina, con una incisión que puede ser de dos tipos, dependiendo de la extensión de la lesión, puede ser recta sobre la línea media con liveratrices hacia los lados en sus extremos, o bien puede ser semicircular rodeando a la exostosis, para hacer ésto debemos tener en cuenta el recorrido de los paquetes vasculares, con objeto de no lesionarlos, después procedemos a desprender el colgajo a los colgajos, suturandolos con hilos riendas a las compresas o a la mucosa del reborde alveolar, con el fin de que no interfieran en los movimientos de la ostectomía, dependiendo del tipo de torus de que se trate, también de la proximidad del piso de las fosas nasales, será el instrumental que utilizaremos y la técnica para extirparlo.

Si es un torus con base de implantación angosta y no muy próximo al piso de las fosas nasales, podemos extirparlo por medio de escoplo y martillo.

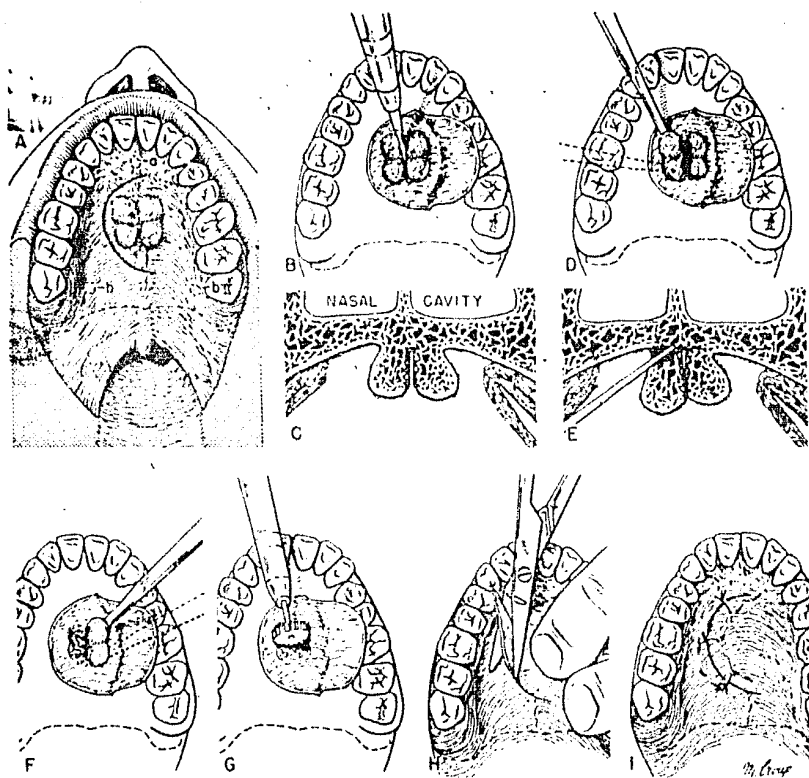


FIG. 66

Eliminación de un-
torus nodular.

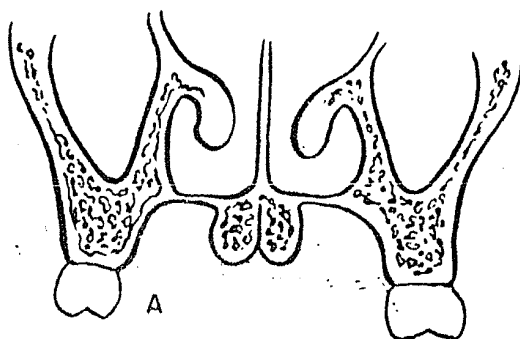


FIG. 67

Ejemplo de dos torus palatinos con diferente proximidad al seno maxilar.

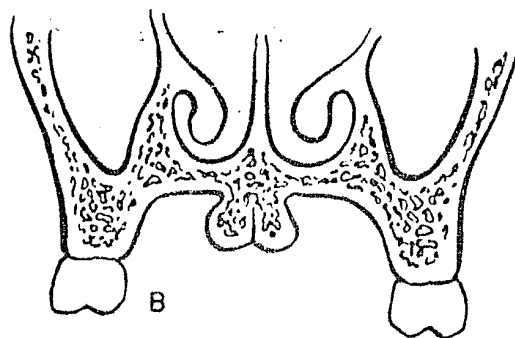
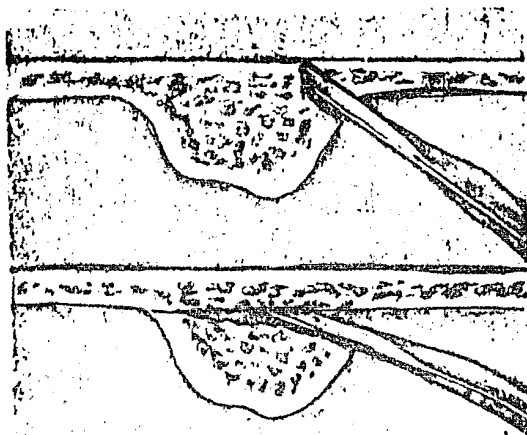


FIG. 68

Uso incorrecto y correcto del escoplo.



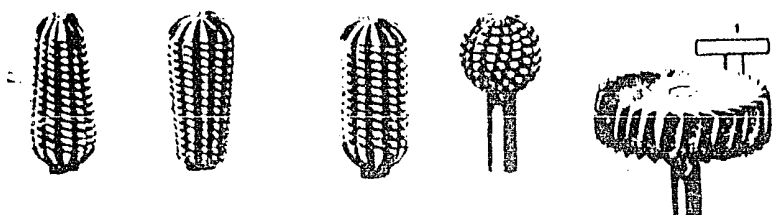


FIG. 69

Algunos fresones que
podemos utilizar.

Si el torus es multinodular y el piso de las fosas es tá próximo a la base del torus, podemos seccionarlo, haciendo unas canales con fresa quirúrgica, con el objeto de quecuando usemos el escoplo, podamos irlo resecando por secciones, así mismo protegiendo al piso nasal.

Por el contrario si se trata de un torus con demasiada proximidad al piso de las fosas, el uso de escoplos, significaría un grave peligro y correríamos el riesgo de fracturar o perforar el piso de las fosas nasales, por lo cual debe utilizarse un freson quirúrgico y motor de baja velocidad, para una eliminación muy cuidadosa.

Después de haber efectuado la extirpación procedemos a alisar la superficie por medio de lima, con unas tijeras eliminamos la fibromucosa sobrante y afrontamos los bordes planchando el colgajo, después, saturamos, es aconsejable utilizar aguja atraumática e hilo delgado como seda 0000 con el fin de no desgarrar la mucosa durante la sutura.

Es conveniente ejercer cierta presión sobre los colga

jos con el objeto de obtener una mejor cicatrización, esto se puede obtener por medio de un apósito de gasa furasínada o con alguna tintura, y fijandola con alambres entre los organos dentarios o mediante una placa base provisional de acrílico, ésta presión es aconsejable mantenerla por 7 días,

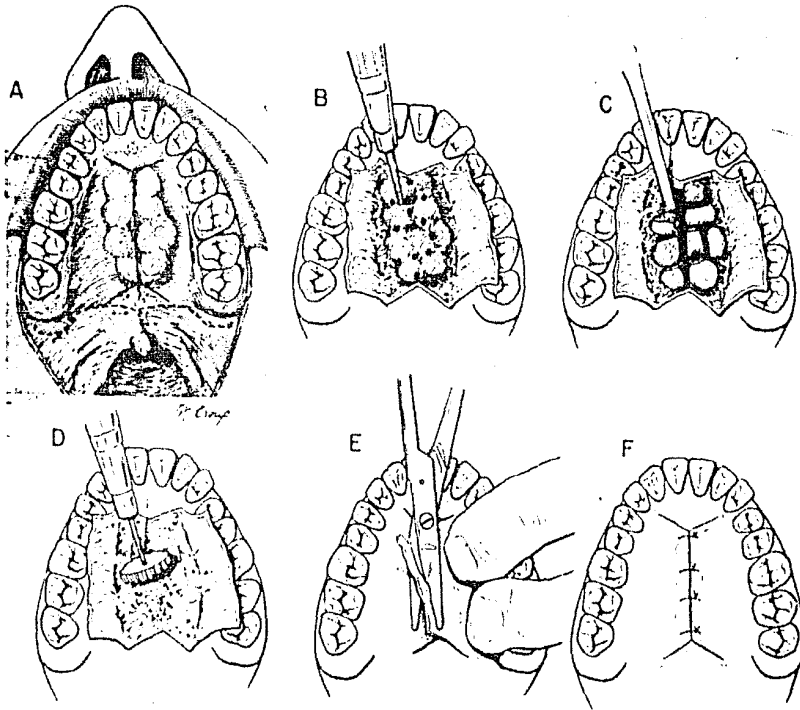


FIG. 70

Eliminación de un -
torus multinodular.

CAPITULO XVI

EXOSTOSIS PALATINAS POSTERIORES:

Para llevar a cabo ésta técnica, es necesario tener - presente el recorrido de los paquetes vasculares de los agujeros palatinos posteriores y del paquete esfenopalatino, - puesto que la incisión no debe dañarlos,

La incisión la hacemos sobre el reborde alveolar a nivel de los molares hasta el canino donde se hace una livre tr iz hacia el rafé con el objeto de esquibar el recorrido - de los paquetes, otra faceta muy importante, es el desprendimiento del colgajo, el cual debe hacerse con mucha cautela, puesto que se corre el riesgo de seccionar el paquete - palatino posterior, una vez hecho el colgajo se elimina la exostosis, por medio de escoplo o por medio de fresa o fresón, despues pulimos la superficie, planchamos el colgajo y suturamos.

Afortunadamente, éste tipo de alteraciones no son muy frecuentes y las más de las veces, no es un factor determinante que impida la elaboración de la prótesis.

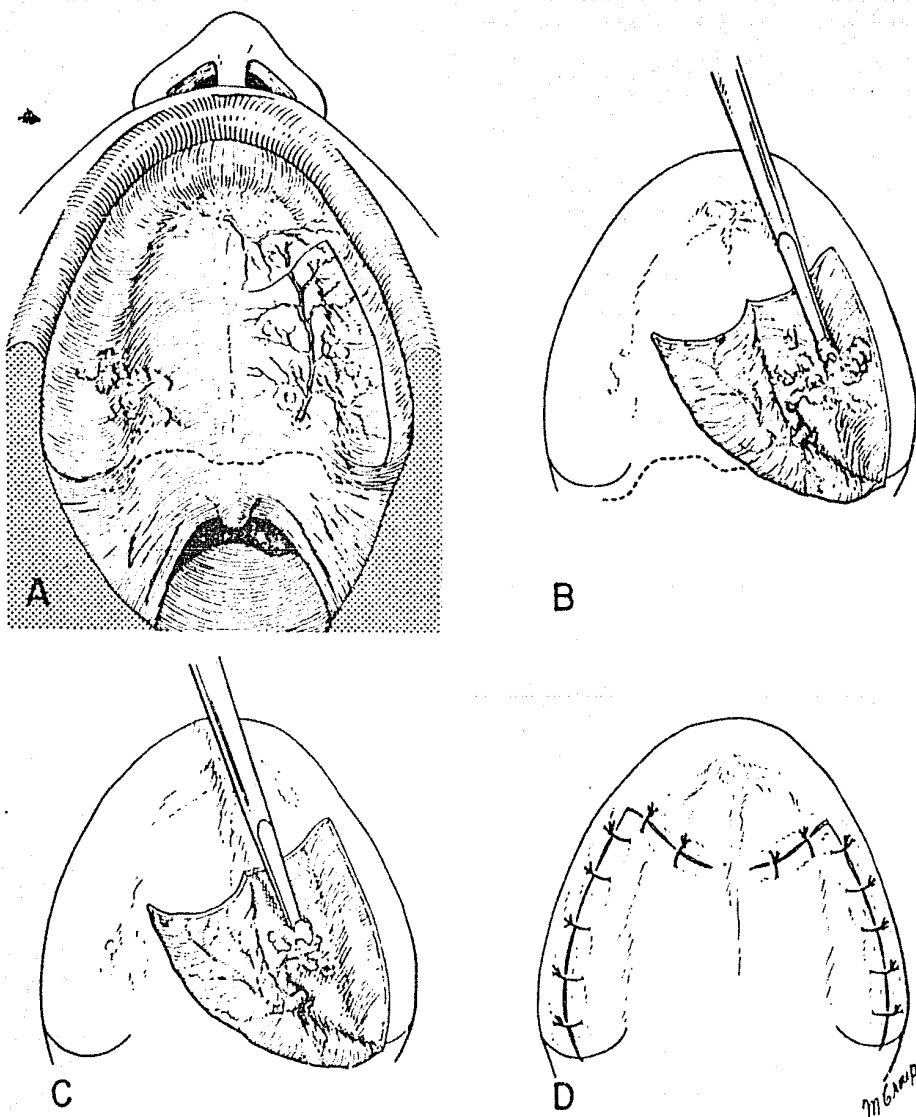


FIG. 71

Eliminación de las exostosis
palatinas posteriores.

CAPITULO XVII

ELIMINACION DEL TORUS MANDIBULAR:

OSTEOMA MANDIBULAR:

La eliminación de torus mandibular no es complicada, pero vale la pena hacer unas recomendaciones, la incisión - sobre la cresta del reborde alveolar, debe ser nítida y extenderse hasta el hueso, después procedemos a levantar el - colgajo mucoperiostico, dejando al descubierto el torus, al cual se le hacen unas canales en su base, por medio de fresa quirúrgica, para terminar su extirpación con cincel y un golpe firme de martillo después limamos perfectamente y por medio de irrigación y de aspiración eliminamos el polvo - óseo, de la cavidad, adherimos bien el colgajo, y suturamos por la disposición del músculo milohioideo es factible que se provoquen hematomas, por lo cual al suturar debemos cerciorarnos de no dejar flojo el colgajo y que éste quede -- bien suturado con la mucosa que dejamos intacta en la parte bucal.

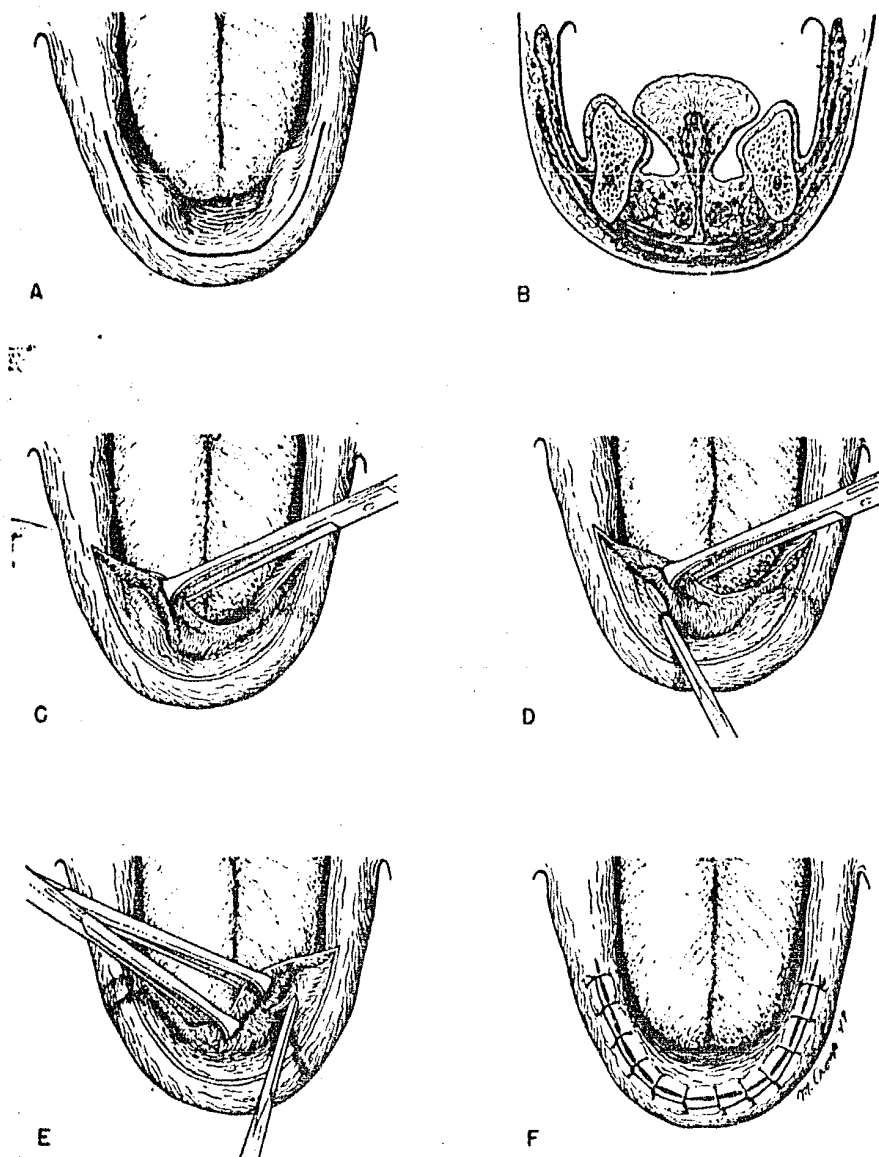


FIG. 72

Remoción del torus mandibular.

CAPITULO XVIII

HIPERTROFIAS OSEAS DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y DE LA REGION DE LOS TERCEROS MOLARES EN EL MAXILAR INFERIOR:

Este tipo de hipertrofias cuando son en sentido oclusal, provocan una reducci3n del espacio, entre el maxilar superior y el inferior, impidiendo la construcci3n de la pr3tesis.

Cuando se trata de una hipertrofia lateral, 3sto forma una zona retentiva, lo cual obstaculiza la elaboraci3n de un buen sellado perif3rico, lo mismo ocurre cuando las hipertrofias son en el maxilar inferior, aunque es m3s raro encontrarlas.

La T3cnica a seguir es la misma que hemos descrito para los procesos alveolares irregulares, se hace la incisi3n, se desprende el colgajo, se hace la ostectom3a, con pinza gubia, escoplo, freson, etc. y se sutura,

Lo que es importante tener en consideraci3n, es la proximidad de los senos maxilares, para el caso de las tuberosidades, por el peligro que representa hacer una perforaci3n o una comunicaci3n bucosinusal, lo cual provocar3a una patolog3a y otro tipo de intervenci3n para corregir el da3o, por lo tanto es recomendable hacer un estudio radiogr3fico previo a la operaci3n, para ver la proximidad entre el antro de Highmore y la tuberosidad.

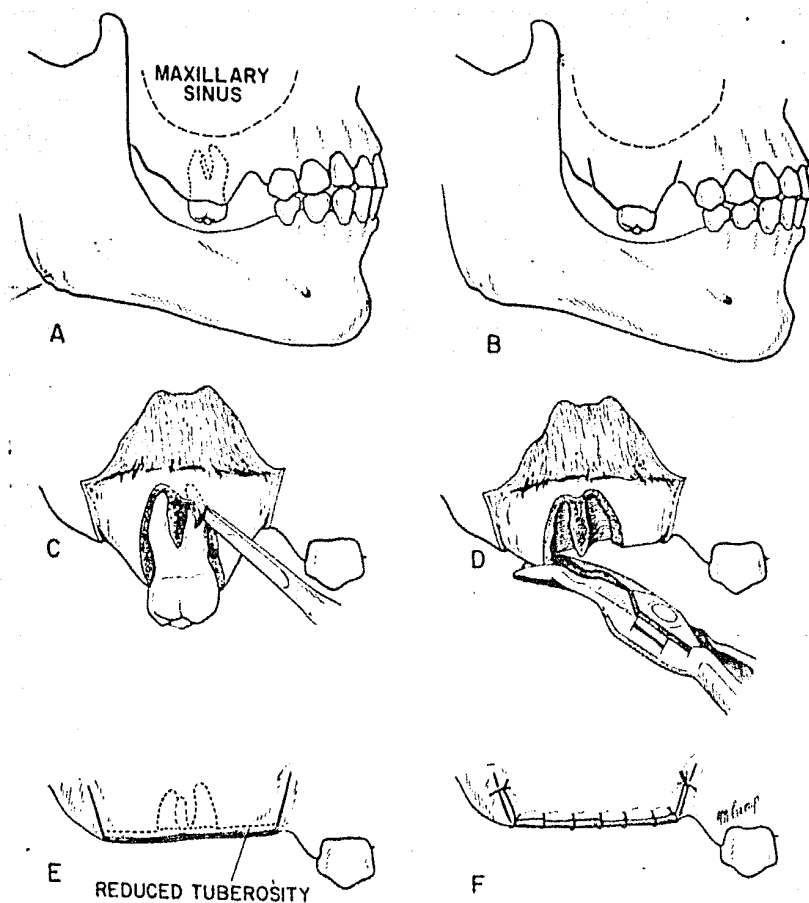


FIG. 73

Reducción de una hipertrofia
ósea de la tuberosidad del -
maxilar.

CAPITULO XIX

PROTESIS INMEDIATA:

Es el procedimiento que consiste en colocar la prótesis inmediatamente después de las extracciones y la regularización del proceso, es imprescindible la preparación previa de la placa.

Fundamentalmente existen dos métodos para la construcción de prótesis inmediata a) Extrayendo los dientes posteriores antes de la elaboración de la prótesis y b) Elaborando la prótesis antes de hacer una sola extracción.

Ventajas de la prótesis inmediata; las ventajas son múltiples, solo citaremos las principales: El paciente no necesita pasar un período de tiempo desdentado, con los inconvenientes que desde el punto de vista estético, psicológico y fisiológico acarrea éste estado.

Las condiciones estéticas no necesitamos mencionarlas.

Las Psicológicas: Van en función con la adaptabilidad del paciente a su prótesis.

Las Fisiológicas; se refieren a varios puntos de interés, el proceso cicatrizial debajo de la prótesis, se realiza con mayor facilidad, hay menor reabsorción del hueso alveolar, la fisiología muscular no está alterada ni la dimensión vertical, y se mantiene en juego la articulación temporomandibular. La Prótesis inmediata, actúa como un apósito para controlar la hemorragia, promueve la cicatrización protegiendo a los alveolos expuestos, el paciente acepta más fácilmente la extracción de sus dientes, y no interrumpe sus quehaceres, y psicológicamente él se siente más tranquilo.

lo.

La prótesis inmediata es factible realizarla, sobre un diente, sobre toda la arcada o sobre ambas.

La elaboración de la prótesis va de acuerdo a la técnica que el profesional prefiera ó acostumbre.

Es aconsejable utilizar una anestesia lo más lejos posible de la zona por intervenir, con el objeto de no edematizar demasiado los tejidos lo cual dificultaría la buena adaptación de la placa, podemos utilizar infiltrados infra-orbitarios para el maxilar superior y regionales para el inferior, podemos colocar unos pequeños puntos de anestesia directamente sobre la región como medio hemostático.

Después hacemos las extracciones y su rigurosa alveoloplastia.

Para la sutura es conveniente utilizar un material de calibre delgado como cat-gud 0000 o seda 0000 con el objeto de que la compresión de la placa sobre la sutura, no lastime a la herida, una vez hecho esto lavamos la herida con una solución salina.

Después colocamos sobre la placa previamente esterilizada, una ligera capa de cemento quirúrgico y procedemos a su colocación, el paciente debe mantenerse puesta durante las proximas 24 hrs., al término de éstas debemos quitar la placa, lavar la herida y la prótesis, y sumergiendola en algún antiséptico volver a colocarla con o sin cemento quirúrgico.

Los puntos de sutura podemos extraerlos 4 ó 5 días después de la intervención.

La única desventaja que eixste en ésta técnica, es la dificultad que presenta la elaboración de la prótesis, (refiriendonos a que la prótesis se elabora sobre un modelo de trabajo, arbitrariamente corregido).

Hay personas en las que se presentan reacciones óseas externadamente severas, independientemente del desajuste que pudiera presentar la prótesis. Estos individuos con tendencia a los cambios y modificaciones óseas necesitan una estrecha supervisión y necesitan ser examinados frecuentemente, con el objeto de rebasar su prótesis tan pronto como - aparezcan signos de movilidad y falta de ajuste que puedan causar irritación crónica, tanto las prótesis inmeditas como las no inmediatas deben ser rebasadas.

Ninguno de los problemas hasta ahora discutidos tienen una embergadura y unas dimensiones tan grandes como las escases de bordes óseos, que constituye el obstáculo más serio para la construcción de las prótesis dentarias. A pesar de los avances conseguidos, tanto en el tipo de intervenciones como en el material de construcción de las prótesis, - unos bordes anatómicamente inadecuados, constituyen un serio desafío, tanto para el cirujano como para el protesis--ta.

Para la corrección de estas anomalías se han descrito diferentes técnicas, como son la profundización de vestíbulos.

Todos éstos tipos de intervenciones tienen una limitación marcada por la altura de la mandíbula, es evidente que por medio de las técnicas de profundización de vestíbulos, - podemos conformar un nuevo vestíbulo, pero éste nunca podrá estar por debajo del borde inferior de la mandíbula.

Los Drs. Boyne y Cooksey han expresado que: Todos los procedimientos que ayudan a la extensión de los bordes alveolares no sirven para restituir el hueso mandibular perdido, sino que solamente realizan una función compensadora.

CAPITULO XX

INJERTOS OSEOS:

El contraste con las intervenciones que intentan aumentar los bordes óseos mediante manipulaciones de los tejidos blandos, se encuentran otras en las que se persigue un incremento óseo mediante injertos.

Han sido varios los autores que han aportado sus experiencias clínicas y experimentales, pero los resultados poco numerosos de las experiencias realizadas hasta la fecha, hacen que estos procedimientos debamos considerarlos en un plano experimental.

Ginestet: Describe una técnica en la cual se realiza un tunel entre el mucoperiosteo y el hueso alveolar, se hace la incisión en la línea media o a nivel de los incisivos laterales, y como si fuéramos a hacer la técnica de Obwegeser por adelantamiento de la mucosa para la profundización del vestíbulo, se elabora el tunel, levantando el periosteo, cuando ya está hecho, tomamos el injerto, de cresta iliaca, previa modelación de éste.

Después se introduce en el tunel y se fija mediante placa base de acrílico o alambrado circunferencial.

CAPITULO XXI

IMPLANTES MAGNETICOS:

También se han estudiado y experimentado los implantes magnéticos.

Se emplea para ello dos pequeños magnetos de larga duración y de gran potencia y se sitúan bilateralmente en la región de molares.

Se hace una pequeña incisión y se talla un nicho para el magneto, en la dentadura se colocan los magnetos de distinta polaridad, en forma que coincidan exactamente sobre los implantados. La retención es efectuada por atracción magnética.

Esta técnica también la consideramos dentro de un plano experimental.

CAPITULO XXII

PROTESIS POR IMPLANTES SUBPERIOSTICOS:

El campo de la prótesis completa presenta a la profesión muchos problemas difíciles, pero el más desconcertante ha sido, el caso de las dentaduras inferiores imposibles.

Mucho se ha progresado para resolver por lo menos en parte nuestros problemas protéticos mayores, pero todavía queda a pesar del conocimiento superior y las técnicas excelentes, esas mandíbulas incapaces de tolerar las presiones de las prótesis más científicamente construídas..

El uso de dentaduras completas implantadas, para devolver la función a las bocas desdentadas, es una ciencia completamente nueva.

Durante años la pérdida extensa de tejido duro en el cráneo, han sido conseguidas utilizando éstos implantes metálicos. En años recientes también se han utilizado estos implantes metálicos, para inmovilizar huesos fracturados y movilizar articulaciones anquilosadas.

En cirugía oral se han utilizado aparatos de fijación externa e interna para corregir fracturas de mandíbulas, muchas veces los cirujanos dentistas han colaborado con los neurocirujanos, para corregir defectos graves de los huesos craneanos y faciales. El principio de usar metales no irritantes de la combinación Cromo-níquel cobalto ha sido bien establecida en cirugía general.

La cirugía oral no se aparta de estos principios, para elaborar los implantes subperiósticos para la colocación

de prótesis.

Para estar en condiciones de diseñar una dentadura implantada es fundamental conocer su descripción y sus partes componentes.

El implante consiste de las partes siguientes:

Implante o subestructura:

- a) Borde periférico
- b) Puntales primarios
- c) Puntales secundarios
- d) Agujeros para tornillos
- e) Espigas
- f) Pilares.

Dentadura Implantada o Superestructura:

- a) Armazon de la superes- -
trutura
- b) Attachments de las
superestructuras
- c) Conectores de las
superestructuras
- d) Material de unión de la
superestructura.

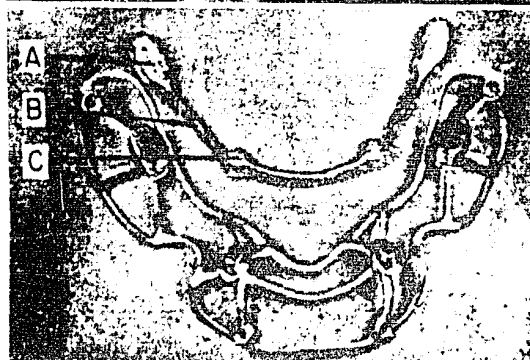


FIG. 74

de prótesis.

Para estar en condiciones de diseñar una dentadura implantada es fundamental conocer su descripción y sus partes componentes.

El implante consiste de las partes siguientes:

Implante o subestructura:

- a) Borde periférico
- b) Puntales primarios
- c) Puntales secundarios
- d) Agujeros para tornillos
- e) Espigas
- f) Pilares.

Dentadura Implantada o Superestructura:

- a) Armazon de la superes- - tructura
- b) Attachments de las superestructuras
- c) Conectores de las superestructuras
- d) Material de unión de la superestructura.

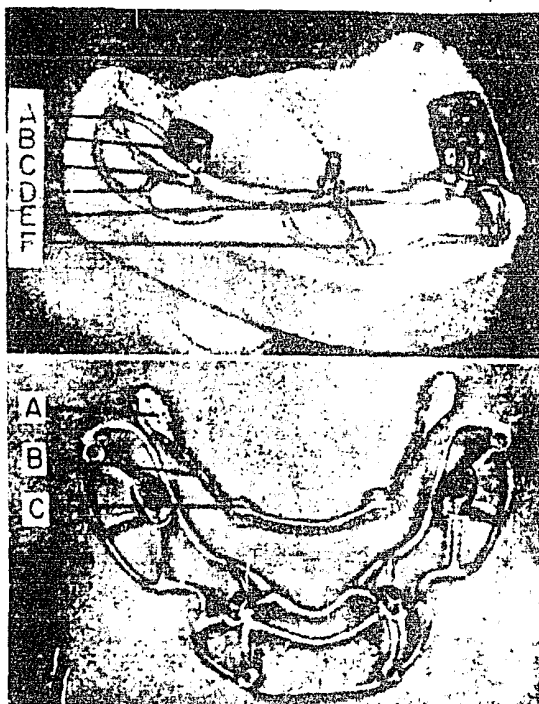


FIG. 74

TECNICA QUIRURGICA:

- Consta de varios pasos:
- 1.- Elección del paciente y disposición de él.
 - 2.- Impresión directa del maxilar.
 - 3.- Diseño de implante y construcción.
 - 4.- Inserción del implante.
 - 5.- Colocación de la prótesis.

Una vez llevado a cabo el primer paso, procedemos con el acto operatorio.

Maxilar inferior: Se hace una incisión sobre el reborde alveolar, de la región de molares a la región del lado opuesto, dando liveratrices hacia bucal y lingual en los extremos, se levantan los colgajos, tanto bucal como lingual, tratando de no lesionar al periosteo, pero desprendiendolo junto con la mucosa, debe tenerse también presente los forámenes mentonianos, sujetamos después los colgajos con hilos riendas para que no interfieran en la toma de impresión. Tomamos el portaimpresión y lo probamos directamente sobre el proceso para hacerle las correcciones necesarias para obtener una buena impresión.

Luego procedemos a llenar la cubeta de impresión y la tomamos, después llevamos los colgajos a su lugar y suturamos.

Diseño del implante:

Para realizar el diseño deben tomarse en cuenta factores anatómicos, protéticos y de soporte.

El borde periférico no debe superextenderse más allá de la línea oblicua interna, también debe librar los forámenes mentonianos.

Los espacios entre los puntales no deben ser demasiado pequeños.

Los pilares deben de estar colocados sobre la línea principal de soporte, y en la zona de los primeros molares y de los caninos.

Los orificios para los tornillos deben de colocarse estratégicamente, con el objeto de que cuando sean introducidos, no vayan a lesionar al conducto dentario y por consiguiente al nervio, éstos se colocan en número de tres, dos a nivel de molares y uno en la línea media.

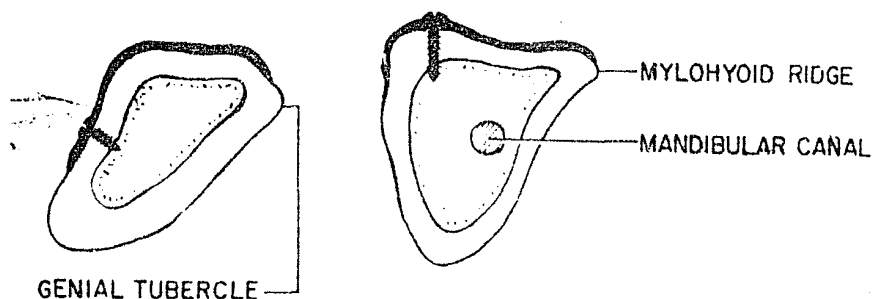


FIG. 75

Manera correcta de colocar los tornillos.

Una vez obtenido el implante procedemos a la incisión de éste.

Quitamos los puntos de sutura, levantamos los colgajos y los insertamos en su lugar previa esterilización, lo fijamos con sus tornillos y suturamos los colgajos. Los cuidados postoperatorios deben ser los mismos cuidados que para cualquier intervención.

A los ocho días retiramos los puntos de sutura y lo mantenemos en observación durante un mes, pasado este tiempo procederemos a la realización de la Prótesis.

Para los implantes superiores, se siguen los mismos pasos con excepción de el trazo de la incisión y del Diseño del implante.

La incisión se hace desde la tuberosidad siguiendo el reborde alveolar hasta la zona de caninos ahí se hace otra incisión de canino a canino pasando por la bóveda palatina, con el objeto de respetar al forámen esfenopalatino.

El diseño sigue las mismas bases que el implante inferior, pero éste lleva su estructura hasta la bóveda palatina.

Mencionaremos algunas de las causas del fracaso de las dentaduras implantadas:

Violación de los principios del implante.

Abuso del implante por el paciente.

Uso de aleaciones o materiales no pasivos.

Falta completa de compresión del diseño.

Borde periférico sobreextendido en la zona milohioidea.

Falta de fijación original.

Interespacios pequeños.

Mal diseño de las espigas pilares.

Colocación incorrecta de los pilares.

Incapacidad del operador.

Impresión inadecuada del hueso.

Mantener los tejidos abiertos por demasiado tiempo.

Implante incorrectamente asentado.

Trauma al nervio mentoniano.

Línea de incisión incorrecta.

Falta de adaptación del implante al hueso.

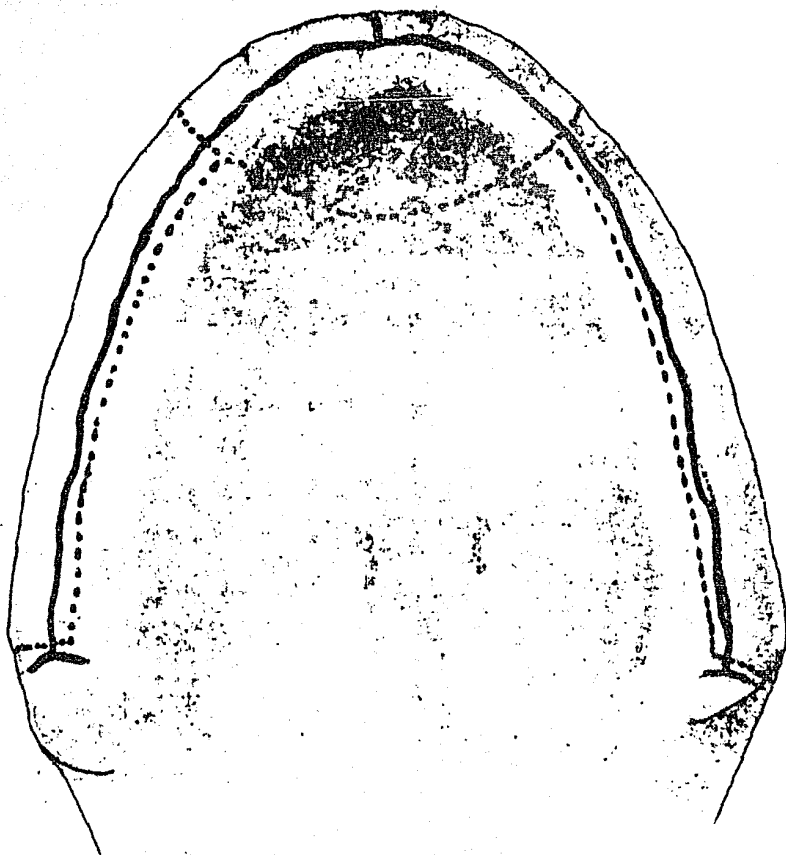


FIG. 76

Dos maneras de hacer la incisión, la más actualizada es la de la línea punteada, y además protege al paquete esfenopalatino.

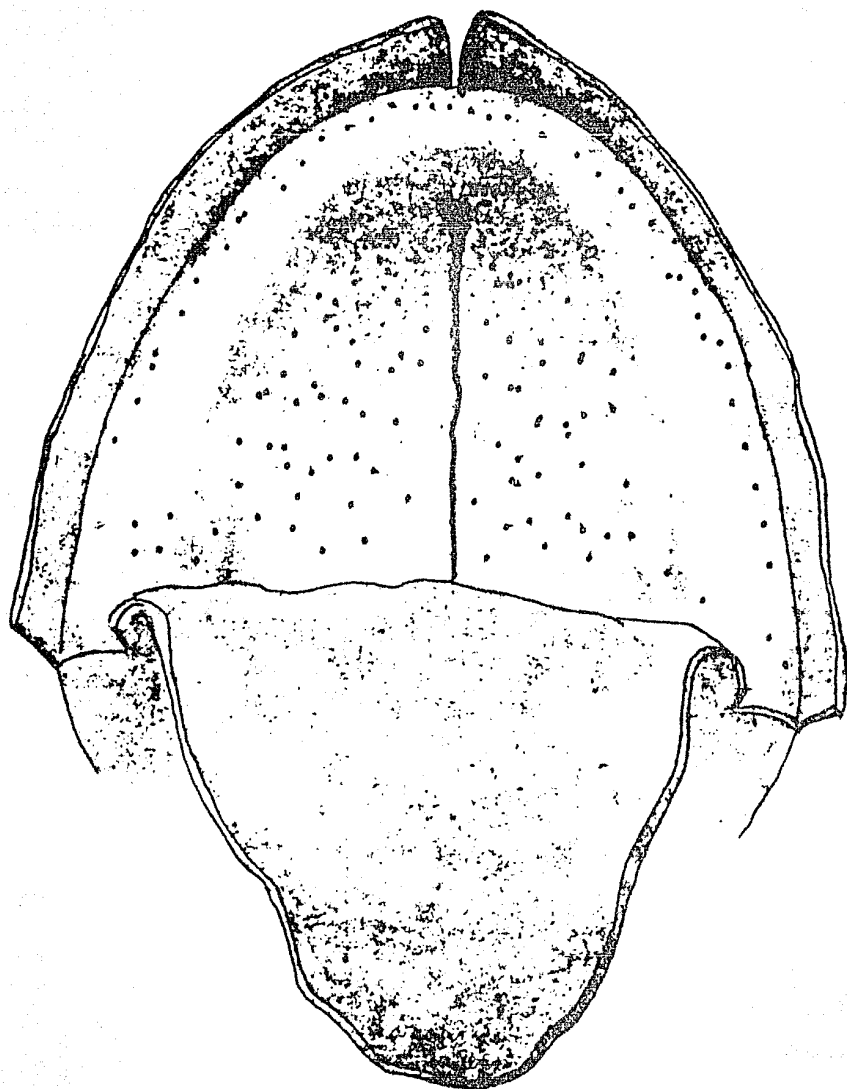


FIG. 77

El colgajo levantado

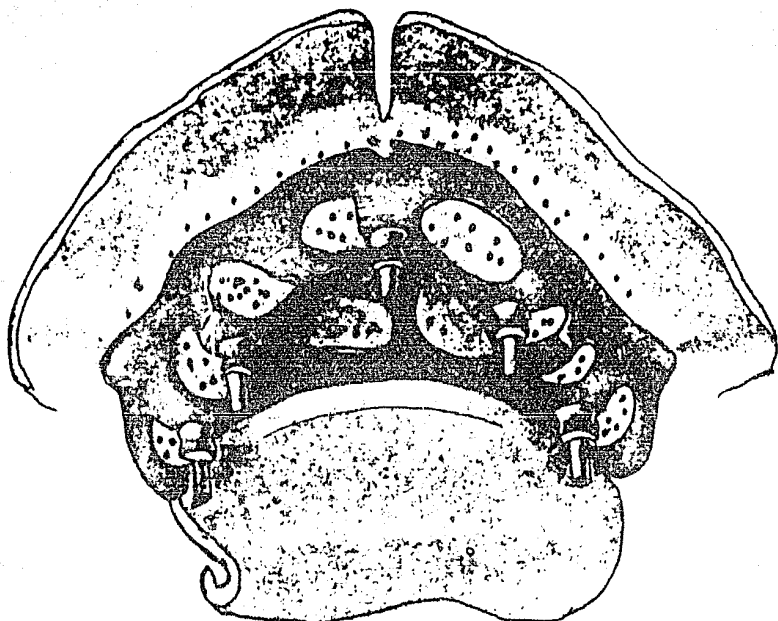


FIG. 78

El implante adap-
tado.

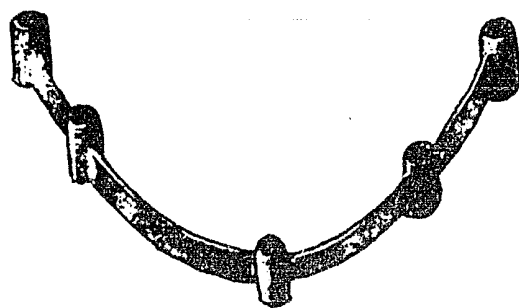
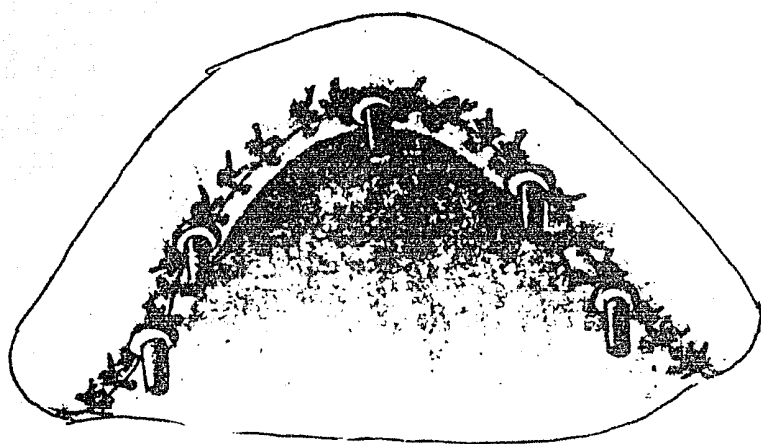


FIG. 79

SUTURA

CAPITULO XXIII

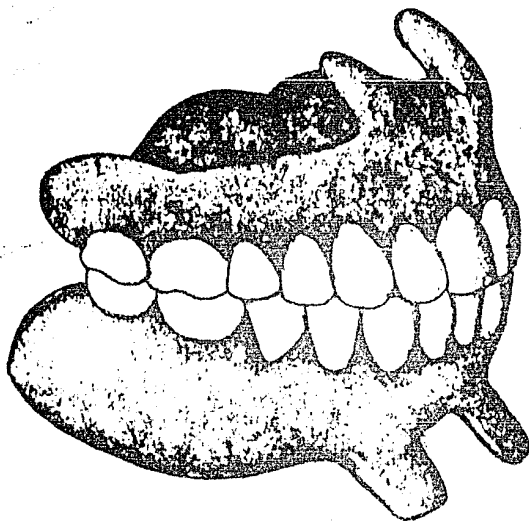


FIG. 80

PRONG DENTURE O PROTESIS POR ENCHUFE:

Consiste en la elaboración de una prótesis como la de la fig. (80) con unas prolongaciones anteriores, dos para la Placa superior dos para la inferior.

Estas prolongaciones se enclavan en unas bolsas preparadas quirúrgicamente con anterioridad, habiendoseles injertado tejido epitelial, y manteniendose dentro de ellas unas replicas de las prolongaciones fijadas con acrilico rápido a una pequeña placa base de acrilico suturada al reborde alveolar, las replicas de las prolongaciones se mantienen dentro de las bolsas con dos finalidades.

a) Que mantengan presionado y fijo al injerto mientras éste cicatriza y b) Que no permitan que las bolsas se colapsen.

Las bolsas superiores se realizan entre la mucosa del piso de las fosas nasales y éste piso, el acceso se hace con una pequeña incisión de 1 cm. en el fondo del zurco ves tibular.

Las bolsas inferiores se hacen también a nivel de los incisivos laterales pero con una dirección dorso-ventral sin modificar la anatomía de los tejidos blandos, también se aborda por medio de dos incisiones pequeñas las cuales se profundizan mediante disección roma y después colocamos los injertos, con sus respectivas replicas de las prolongaciones.

Debe indicarse al paciente que no debe quitarse la prótesis por lapsos muy prolongados, por que corre el riesgo de que las bolsas se colapsen y después ya no pueda colocarse la prótesis.

También debe indicarsele la manera correcta de hacer el aseo de las bolsas y de sus prótesis.

C O N C L U S I O N

De todo lo expuesto en éste trabajo, debemos considerar, que la rehabilitación bucal de los pacientes desdentados, juega un papel importante dentro de nuestro campo de actividad profesional, y que los problemas y obstáculos que existen para la colocación de las prótesis, se presentan en un alto porcentaje, a los cuales el Cirujano Dentista de práctica general, no debe rehuir sino darles solución.

A manera muy personal una de las satisfacciones más grandes que recibí durante la carrera fué: Ver sonreír de felicidad a un paciente edéntulo con sus nuevas prótesis.

También espero que además de cumplir con los intereses personales sea útil este trabajo.

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

Tratado de Cirugía Oral.

Walter C. Guralnick D. M. D.

Salvat Editores, S.A. Ed. 1971.

Atlas de Cirugía Estomatológica y Maxilofacial

G. Ginestet. H. Frezieres.

J. Pons y M. Palfer Sollier.

Cirugía Bucal Preprotética

Thomas J. Starshak D.D.S. M.S.D.

Ed. Mundi 1974.

Cirugía Bucal.

Dr. Emmett R. Costich.

Dr. Raymond P. Whitte Jr.

Ed. Interamericana 1974.

Tratado de Cirugía Bucal.

Dr. Gustavo O. Kruger.

Ed. Interamericana 1960.

Oral and Maxillo Facial Surgery

Volumen I

W. Harry Archer. B.S. M.A. D.D.S.

Ed. Saunders Company 1975.

Clínica y Cirugía Maxilofacial

Gerard. Maurell

Ed. Alfa Tomo I. 1959.

Cirugía de Cabeza y Cuello

Dr. G. Palacio.

Ed. Interamericana.

Revista del Circulo Argentino de Odontología
Revista No. 144 - 145
Sep. - Dic. 1973.

Dentaduras Implantadas
Gereshkoff Aaron
Buenos Aires, Edit. Panamericana
Ed. 1961.