

276
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCIONES MULTIPLES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
OLGA LETICIA SOLANO GARCIA

No. 70
Carlos M. Gonzalez Becerra

ASESOR DE TESINA:

DR. CARLOS M. GONZALEZ BECERRA



CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES:

Sería poco agradecerles con toda una vida lo que han hecho por mi; mil gracias por haberme depositado; toda la confianza y el apoyo que a lo largo de toda una carrera me alentó a seguir adelante, gracias por su cariño, amor y comprensión en los momentos duros y alegres de mi vida, les viviré eternamente agradecida.

Los quiero Mucho.

A MIS HERMANOS:

Por darme ánimos, siempre que lo necesité.

A MIS SOBRINOS:

Jorge, Florian, Sahuri, Smyrna, Elihú, Areli, Dany, Luisito, Joarite, Pepito, Gaby, Sergio y Christian
Los Adoro.

A MI ESPOSO:

A ti Alejandro, por apoyarme en todo momento e impulsarme siempre que perdí el entusiasmo.

Te Amo.

A MI BEBE:

A tí que estas por llegar a nuestras vidas y que te espero anhelosamente, me impulsaste a terminar este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	2
CAPITULO I.- ARTICULACION ALVEOLODENTARIA	4
A).- Encfa	
B).- Alveolo Dentario	
C).- Organo Dentario	
D).- Periodonto	
E).- Elementos Celulares	
F).- Vasos Sanguineos	
G).- Nervios	
CAPITULO II.- EXTRACCION	10
CAPITULO III.- HISTORIA CLINICA	11
A).- Diagnostico Clinico	
B).- Diagnostico Radiográfico	
CAPITULO IV.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL, Agentes: Físicos y Químicos	15
CAPITULO V.- PROTESIS INMEDIATA	19
A).- Indicaciones y Contraindicaciones	
B).- Ventajas y Desventajas	
CAPITULO VI.- ALVEOLOPLASTIA	22
CAPITULO VII.- ALVEOLECTOMIA	31
CAPITULO VIII.- REGULARIZACION DE PROCESO	33
CAPITULO XI.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS	34
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

El Cirujano Dentista debe tener conocimientos de las técnicas quirúrgicas específicas, posibles complicaciones y manejo de estas.

Durante la práctica diaria, el Odontologo se enfrenta a diferentes complicaciones que podrían ser simples o complejas.

Ningún Odontologo debe exponerse a realizar intervenciones a ciegas ya que muchos de los riesgos en la práctica pueden ser previsibles con la evaluación física. La regla principal en el establecimiento de una evaluación médica básica en el que sólo se determina el factor riesgo antes de pasar al tratamiento odontológico.

El Odontologo esta obligado a actualizarse por beneficio propio y de sus pacientes en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas en el consultorio.

La prevención de una emergencia grave es el servicio más importante que el Odontologo puede prestar a sus pacientes.

La mayoría de quienes reciben tratamiento dental son pacientes ambulatorios que aparentan gozar de buena salud. En este y en todos los casos se debe hacer una evaluación clínica completa que debe comprender:

A) Historia Clínica

B) Estudio Radiográfico

C) Análisis de Laboratorio (necesarios)

Mediante el estudio radiográfico y el examen clínico visual acompañado de un interrogatorio exhaustivo determinaremos si esta indicada o contraindicada dicha extracción.

A N A T O M I A

ARTICULACION ALVEOLODENTARIA

La articulación alveolodentaria, consta de elementos blandos: encía y periodonto y elementos duros: hueso y órganos dentarios, el primero es extensible en tanto que el segundo es inextensible. La extracción dentaria es una maniobra cuyo fin es separar éstos elementos.

Para luxar y extraer un órgano dentario, es necesario distender y dilatar el alveolo, el periodonto se desgarrar en toda su longitud y a expensas de la elasticidad del hueso alveolar el órgano dentario puede abandonar, dirigido por el instrumento apropiado, la resistencia ósea que lo aloja.

ENCLIA

La membrana mucosa bucal posee tres componentes:

- A) *La mucosa masticatoria cubre el paladar duro y el hueso alveolar.*
- B) *La mucosa especializada cubre el dorso de la lengua.*
- C) *La membrana mucosa de revestimiento cubre el resto de la mucosa bucal.*

La encía es la porción de mucosa bucal que cubre y que se encuentra adherida al hueso alveolar y región cervical de los órganos dentarios. La encía normal es de coloración rosa salmón, posee un puntilleo escaso o abundante y no exhibe exudado ni acumulación de placa. Suele terminar en sentido coronario en forma de filo de cuchillo con respecto a la superficie del órgano dentario.

La encía posee tres partes: encía marginal libre, encía interdentaria y la encía insertada, las cuales describiremos a continuación.

1.-*Encía marginal libre:* Se extiende desde el margen más coronario de los tejidos hasta la endidura gingival.

2.-*La encía interdentaria:* Llena el espacio interproximal, desde la cresta alveolar hasta el área de contacto entre los órganos dentarios y la encía insertada.

3.-*La encía insertada:* Se extiende desde el surco gingival hasta la línea mucogingival del fondo de saco vestibular y piso de la boca.

ALVEOLO DENTARIO

Las raíces de los órganos dentarios se encuentran incrustadas en los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula, éstos se desarrollan al formarse los órganos dentarios. El hueso alveolar fija el órgano dentario y sus tejidos blandos de revestimiento y elimina las fuerzas generadas por el contacto intermitente de los órganos dentarios, masticación, deglución y fonación.

Los alveolos dentarios, en órganos dentarios de anatomía normal, tienen la forma de uno, dos y tres conos, según sean las raíces de cada órgano dentario.

El alveolo óseo a expensas del cual se práctica la extracción dental, está constituido por tejido óseo, que varía en su disposición y arquitectura para los distintos órganos dentarios y de acuerdo con la edad de los pacientes.

En los jóvenes es de gran elasticidad, lo que permite su distensión sin fracturar sus paredes, sin embargo en los ancianos existe una mayor mineralización del hueso con pérdida de elasticidad; que dificulta los movimientos que hay que imprimir al órgano dentario a extraer y compromete por lo tanto la integridad del mismo alveolo o del órgano dentario.

El alveolo está constituido por tejido óseo esponjoso, recubierto en su cara periodóntica y en sus caras externa e interna (bucal y palatina o lingual y proximales) por tejido compacto.

Los alveolos del maxilar inferior son más compactos que los del maxilar superior ya que poseen una cortical externa más gruesa y menos tejido esponjoso. En los molares inferiores la densidad de ambas tablas es uniforme, pues tienen equivalente cantidad de tejido esponjoso.

ORGANO DENTARIO (DIENTE)

La porción radicular constituida por cemento en su cara externa es la que forma parte de la articulación alveolodentaria. El cemento forma la interface entre la dentina radicular y los tejidos conectivos blandos de ligamento periodontal. La disposición cuantitativa y cualitativa del cemento, origina las distintas modalidades que pueden encontrarse en este tejido, de las cuales dependen en parte las modificaciones de la porción radicular que constituyen en muchas ocasiones trabas para la extracción (cementosis).

El cemento carece de inervación, aporte sanguíneo directo y drenaje linfático; cubre la totalidad de la superficie radicular, y en ocasiones parte de la corona de los órganos dentarios.

PERIODONTO

El ligamento de unión entre el órgano dentario y el alveolo lo constituye el periodonto cuyo espesor aproximado es de 0.50 mm. Las fibras del periodonto mantienen suspendido al órgano dentario en el alveolo, cuando hay presión sobre él todas las fibras o una parte de ellas se ven sometidas a tensión.

La fibras pueden clasificarse desde la porción cervical al ápice:

- a) **Fibras gingivales:** Son aquellas cuya inserción inferior se realiza a nivel del cuello del órgano dentario.

- b) **Fibras crestodentales:** Parten de la cresta alveolar y van a insertarse en el cemento, por debajo de la inserción de la fibras gingivales.

- c) **Fibras alveolodentales horizontales:** Se dirijen horizontalmente desde la pared alveolar al cemento dentario. Ocupa una escasa porción del periodonto.

- d) **Fibras alveolodentales oblicuas:** Aproximadamente, diez veces más numerosas que las anteriores, se dirijen oblicuamente hacia el ápice radicular, desde el alveolo al cemento, ocupando la mayor parte del periodonto.
Tiene como función transformar las presiones que recibe el órgano dentario en tracción sobre el alveolo, lo cual resulta muy benéfico para la extracción, ya que el hueso resiste mejor las tracciones que las presiones.

- e) **Fibras apicales:** Abiertas en abanico, se irradian desde la vecindad del ápice, a la pared alveolar.

ELEMENTOS CELULARES

Los elementos celulares consisten en fibroцитos, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos y los islotes epiteliales parodontarios de Malassez.

VASOS SANGUINEOS

El periodonto está ricamente vascularizado, sus vasos provienen y desembocan en los vasos de las paredes alveolares y de la encía. La ruptura de estos vasos, en las maniobras de extracción, llena el alveolo de sangre, la cual provee los elementos naturales necesarios para la cicatrización de la herida.

NERVIOS

También su origen, en los nervios del hueso y de la encía.

EXTRACCION

La articulación alveolodentaria está formada por encía, hueso, órgano dentario y periodonto. El fin de la extracción dentaria es la maniobra para separar estos elementos, luxar y extraer el órgano dentario.

La forma anatómica de los alveolos dentarios es de uno, dos o tres conos, según estén ocupados por una, dos o tres raíces y sus ejes mayores convergen hacia un punto que puede considerarse próximo a la cara triturante o masticatoria del órgano dentario.

El alveolo varía de forma y está adaptado a las distintas modalidades, desviaciones, patológicas y de las raíces dentaria.

Histológicamente el periodonto es un tejido conjuntivo fibroso, blanco nacarado, constituido por fibras, elementos celulares, vasos y nervios. Las fibras mantienen suspendido al órgano dentario en el alveolo, así que la presión ejercida sobre el órgano dentario se transforma en la tracción aplicada al hueso alveolar.

Durante las maniobras de la extracción se provoca la ruptura de estos vasos y se llena el alveolo de sangre, la que va a proveer los elementos necesarios naturales para la cicatrización de la herida. Los nervios tienen su origen en los nervios del hueso y de la encía.

HISTORIA CLINICA

La realización de la historia clínica, tiene como propósitos esenciales; Obtener datos para estar seguros de que el tratamiento elegido no influirá en el estado general del paciente.

Determinar la posible presencia de alguna enfermedad o ingesta de medicamentos que puedan entorpecer el pronóstico del paciente.

La historia clínica es un factor muy importante en el diagnóstico odontológico pues por medio de ella podemos conocer el estado de salud del paciente.

La historia clínica debe contener todos los datos necesarios.

Primeramente obtendremos datos que serán la ficha de indentificación del paciente. Nombre, edad, estado civil, domicilio, número de teléfono, ocupación y lugar de nacimiento.

Examen bucal.- Realizaremos una revisión detenida de la cavidad oral, para obtener un diagnóstico y plan de tratamiento. Labios, mucosa, lengua, paladar, articulación y estado higiénico de la boca.

Padecimiento actual.- Se anotará el motivo de la consulta; si hay dolor, inflamación, todos los síntomas y molestias del paciente.

Estudio de aparatos y sistemas.- Es de vital importancia, pues a base de una serie de preguntas, formuladas a nuestro paciente; se obtienen datos que determinan con exactitud su estado físico.

Para esta revisión, se pregunta al paciente, si sufre síntomas que sean susceptibles de indicar alguna enfermedad de los sistemas cardiovasculares, renal, digestivo, respiratorio, nervioso o de algún órgano del cuerpo.

Estados fisiológicos de la mujer

Si el paciente es de sexo femenino: Cuestionaremos sobre las características de su período menstrual, el antecedente de su sangrado excesivo debe alterar sobre la posibilidad de hemorragias asociadas al tratamiento dental, el aumento de la tensión también está frecuentemente asociada con el período menstrual y en algunos casos requerirá la administración de tranquilizantes.

Preguntar si esta embarazada.- El embarazo es una contraindicación relativa al tratamiento dental de elección, particularmente durante el primer trimestre. Se recomienda la interconsulta con el médico de la paciente previa al tratamiento dental.

Pruebas de laboratorio.

Por lo general se manda biometría hemática, tiempo de sangrado, coagulación, pruebas de glucosa en la orina.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO CLINICO

Para valorar acertadamente el diagnóstico es necesario tener el conocimiento preciso de su salud, así como de la manifestación clínica bucal actual, lograremos esto. Por medio de un cuidadoso interrogatorio con el que elaboraremos una historia clínica.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Los rayos "X" son un factor determinante para llegar a un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado para el paciente.

Mediante el auxilio de las radiografías detectamos las afecciones que no se aprecian a simple vista, lo que viene a completar el diagnóstico clínico. Por ejemplo, la mayoría de las enfermedades que se desarrollan en la cavidad bucal acontecen a los huesos del maxilar y la mandíbula y el único medio que se tiene para "VER" son los registros radiográficos.

La radiografía preoperatoria deberá mostrar toda la estructura radicular y ósea (hueso alveolar) circundante al órgano dentario. La interpretación radiográfica es de vital importancia y para lograrlo nos valemos del negatoscopio. Lo que se busca básicamente en la radiografía es:

- ⇒ *Número y forma de raíces*
- ⇒ *Extensión cariosa*
- ⇒ *Fractura o resorción radicular*
- ⇒ *Hipercementosis*
- ⇒ *Anquilosis*
- ⇒ *Organos dentarios impactados*
- ⇒ *Esclerosis ósea y patológica*
- ⇒ *Abcesos periapicales agudos y crónicos*
- ⇒ *Quistes periapicales*

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL AGENTES FISICOS Y QUIMICOS

Mantener la asepsia, es una disciplina fundamental en cualquier especialidad quirúrgica, proporcionando protección tanto al paciente como al Cirujano Dentista y a sus ayudantes.

Toda intervención quirúrgica exige para su éxito rigurosa asepsia y antisepsia del instrumental del operador y del paciente.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL

La limpieza de los instrumentos quirúrgicos desempeña un papel determinante en la intervención quirúrgica, ya que con ellos se efectúan incisiones, heridas expuestas, desgarres en un medio ampliamente irrigado, no exento de microbios y fácil asiento de infecciones, por lo tanto, el instrumental debe encontrarse en óptimas condiciones, esterilizado.

Los métodos de esterilización para los instrumentos y los materiales empleados en cirugía bucal, incluyen:

AGENTES FISICOS	AGENTES QUIMICOS
Calor húmedo	Hexaclorofeno
Calor seco	Fenol
Radiación	Benzal
	Yodo
	Alcohol

AGENTES FISICOS

CALOR HUMEDO

Posee gran poder de penetración, permitiendo eliminar rápidamente las proteínas microbiana vivas, porque el vapor mata las bacterias rápidamente cuando estas se encuentran húmedas y por la forma de distribuir este calor uniformemente en todas partes del recipiente de esterilización.

CALOR SECO

La aplicación de este método es el más simple para esterilizar el instrumental y el material sin que sufra daños en si mismo debido al calor, la temperatura recomendable es de 160 grados a 175 grados centígrados.

RADIACION

La radiación ultravioleta se usa comunmente como agente esterilizante. Se ha demostrado que su acción se debe a la producción de peróxido en el medio, actuando como agente oxidante. Algunas de las radiaciones más penetrantes como los rayos "X", pueden tener un efecto más directo, dado que ionizan y por lo tanto, inactivan a los contribuyentes de las células a través de los cuales pasan estos rayos.

AGENTES QUIMICOS

Son medios que se utilizan para desinfectar, inhibir o anular la función de crecimiento de los microorganismos presentes en el instrumental y en el sitio a intervenir.

Como sustancias químicas que pueden usarse como desinfectantes, entre ellas están: *Hexacloroformo, fenol, benzal, yodo y alcohol.*

HEXAFLOROFENO

Sustancia concentrada en jabón, se utiliza principalmente en la limpieza de la manos, la acción del hexafluorofeno tiende a quedarse en la superficie de la piel y por lo tanto se prolonga el tiempo de exposición de los microorganismos al desinfectante, lo que ayuda a su destrucción.

FENOL

Desinfectante que se emplea para la fricción de la jeringas, piezas de mano. Seca con lentitud y es eficaz en cierto grado para destruir a los microorganismos.

BENZAL

El cloruro de benzal como concentrado antiséptico y germicida es esporicida (agente que destruye esporas) y antimicótico (que previene o inhibe el crecimiento de los hongos, sin que lesione las membranas de las células tisulares), siendo útil, también, para la desinfección del instrumental en frío al 1:100 tal como en su presentación (sin diluir).

ALCOHOL

En concentraciones altas es tóxico para las células, pero el alcohol de frotación puede ser considerado un agente germicida de elección a una concentración al 70%, el cual se utiliza para la frotación de la piel y para la desinfección del instrumental, pero no es tan eficaz como agente de frotación, porque se evapora rápidamente.

PROTESIS INMEDIATA

DEFINICION.- Son aquellas que se confeccionan antes de las extracciones de los órganos dentarios y se colocan inmediatamente después del acto quirúrgico.

INDICACIONES: La Prótesis Inmediata esta indicada en los siguientes casos:

- 1.- Cuando el estado de salud del paciente permita hacer las extracciones de los órganos dentarios necesarios.
- 2.- Cuando la irregularidad del proceso no requiera un tratamiento quirúrgico extenso.
- 3.- Hay generalmente menos dolor porque la prótesis hace las veces de férula de protección sobre las zonas operadas.
- 4.- En pacientes jóvenes para mantener el espacio que deja la pérdida prematura de los órganos dentarios.
- 5.- Cuando existan órganos dentarios superiores e inferiores que nos servirán de guía para no perder la relación vertical.
- 6.- En personas que no desean estar desdentadas, por causarles trastornos en su vida social.

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.
- 2.- Cuando el paciente no se halla preparado para valorar las implicaciones de este tipo de atención o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que ello involucra.
- 3.- La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.
- 4.- Las Prótesis Inmediatas requieren mayor servicio de mantenimiento. En pocos meses generalmente se requiere un rebase de la prótesis, y ocasionalmente, si esto fuera necesario, la construcción de prótesis nuevas.

La Prótesis Inmediata presenta ciertas Ventajas y Desventajas para su construcción.

VENTAJAS

- 1.- El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización, situación especialmente desagradable para las personas cuya profesión les obliga al trato con el público.
- 2.- El dolor postoperatorio disminuye y evita posibles infecciones debido al aparato protésico que lo protege.

- 3.-Facilita al paciente para aprender a manejar el aparato protésico.
- 4.-El color, forma, dimensión y colocación de los dientes sustitutos serán más precisos guiándolos por las existentes.
- 5.-Se puede conservar la relación céntrica, dimensión vertical y la relación intermaxilar gracias a las bicúspides y demás órganos dentarios existentes.
- 6.-La regeneración ósea que se presenta por el estímulo que ejerce el aparato protésico.

DESVENTAJAS

- 1.-Constantes visitas del paciente al consultorio.(para control de chequeo)
- 2.-Después de que existe la cicatrización se presenta cierta reabsorción ósea razón por la cual es necesario un ajuste.
- 3.-Mayor costo de este tipo de prótesis.

ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia consiste en la eliminación de hueso, de tejido blando o de ambos, tras extracciones de órganos dentarios múltiples, para modelar el proceso alveolar, con la finalidad de facilitar la confección de prótesis.

La alveoloplastia no es por tano reseca hueso sino dar al mismo una forma adecuada para convertirlo en soporte de prótesis.

OBJETIVOS

Modelar el reborde alveolar sobre la base de condicionamientos biomecánicos, de modo que su forma permita distribuir las fuerzas masticatorias sobre la mayor superficie posible.

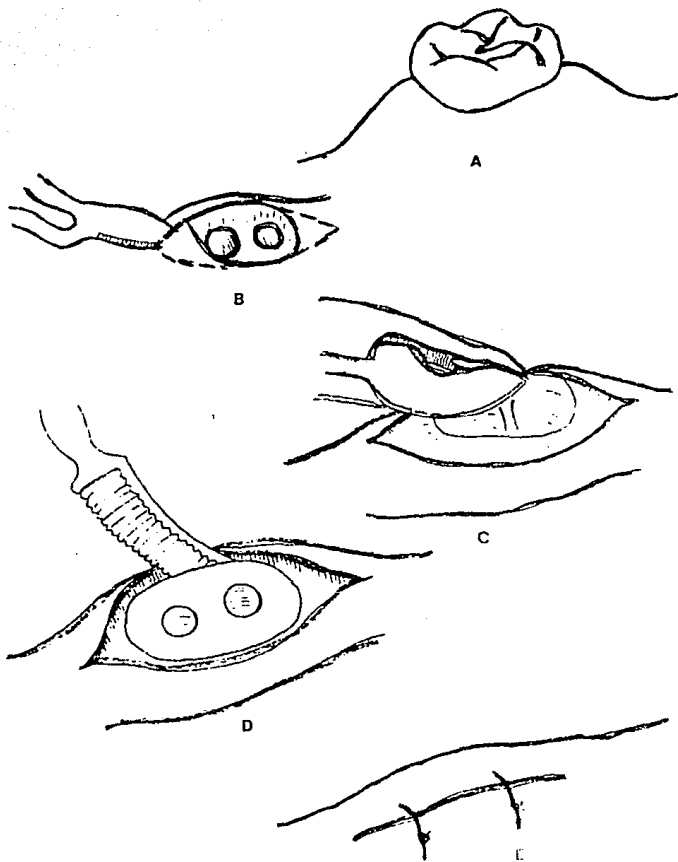
En pacientes jóvenes, es preciso reseca la menor cantidad de hueso posible.

El hueso esponjoso se reabsorbe en mayor cantidad y con mayor rapidez que el hueso compacto.

La prótesis debe ir apoyada sobre hueso cortical.

ALVEOLOPLASTIA SIMPLE

Se realiza una incisión gingival fusiforme que incluya los márgenes de la cavidad alveolar. Se despega entonces la mucosa junto con el periostio, en sus vertientes vestibular y lingual, y se elimina hueso con una gubia alisándolo después con una lima para hueso y reponiendo la mucosa que es suturada.



ALVEOLOPLASTIA CORTICAL VESTIBULAR

Se utiliza para remodelar el reborde alveolar anterior de la arcada superior en aquellos casos en que los incisivos superiores presentan axialidad normal.

La técnica es lograr una satisfactoria anestesia local, se infiltra la submucosa con una solución anestésica que lleve adrenalina en una disolución al 1:200,00. Se hace una incisión en la porción del reborde alveolar, se despega entonces un colgajo mucoperióstico, con una gubia, se reseca de forma biselada la porción más prominente del hueso alveolar, tras lo cual el lecho óseo es alisado y regularizado con una lima.

Posteriormente se repone la mucosa y el periostio y se sutura.



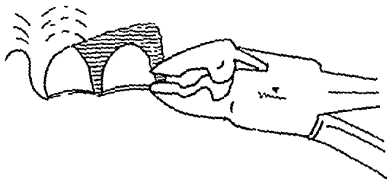
A



B



C



D

ALVEOLOPLASTIA DE DEAN

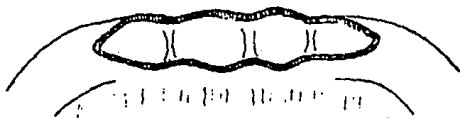
Está indicada cuando los órganos dentarios anteriores superiores presentan un resalte.

Tras extraer los órganos dentarios se resecan las papilas gingivales, y mediante fresas quirúrgicas o con pinzas gubias se resecan los tabiques óseos interalveolares, intercununicando así los alvéolos de todos los órganos dentarios extraídos.

Posteriormente, mediante fresas de fisura, se realizan sendas osteotomías en la cortical vestibular del alvéolo de los caninos dándoles a las mismas una forma de "V"

Enseguida se pone la cortical vestibular a la palatina mediante presión digital, y se sutura la mucosa, con material no absorbible y puntos sueltos separados entre sí.





A



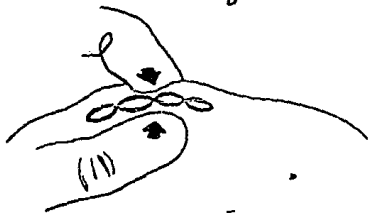
B



C



D



E



F

ALVEOLOPLASTIA DE OBWEGESER

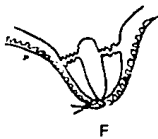
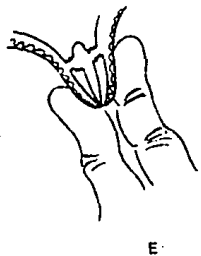
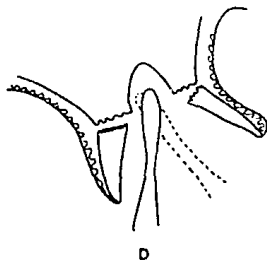
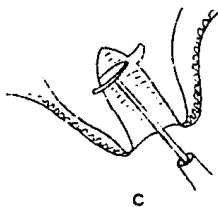
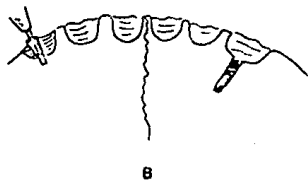
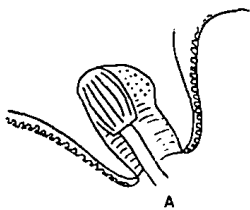
Está indicada en los casos de protrusión premaxilar. Se realiza, antes de la cirugía, un modelo de yeso, sobre el que se diseña una férula acrílica.

Después de haber realizado las extracciones, se conectan entre sí los alveolos eliminando el hueso interradicular mediante gubias o fresas.

Con una fresa para hueso, se agrandan las cavidades alveolares y las zonas de comunicación entre las misma, se cortan las corticales vestibular y palatina, a nivel de los límites distales de los alveolos.

Se introduce en la cavidad alveolar un pequeño disco montado en una pieza de mano, seccionando parcialmente la cortical palatina en sentido transversal.

Posteriormente se introducen dos periostótomos dentro de los alveolos fracturando mediante movimientos imprimidos a los mismos, la cortical vestibular hacia el lado labial y la cortical palatina hacia la vertiente homónima, se modela el reborde alveolar con los dedos y se sutura la mucosa.



ALVEOLECTOMIA

Se denomina extracción con alveolectomía la operación mediante la cual se elimina un órgano dentario de su alojamiento óseo, previa resección de la tabla de hueso que lo cubre.

La alveolectomía se puede definir como la reducción apropiada del alveolo, primordialmente, para la colocación de una prótesis.

INDICACIONES

Casos que clínicamente aconsejan la extracción o extracciones con alveolectomía. La extracción debe ser resuelta con un estudio radiográfico previo.

- 1.- Organos dentarios en posición anómala (heterotópicos, ectópicos, parcialmente retenidos).
- 2.- Organos dentarios portadores de piezas de prótesis (pivots, jacket crowns).
- 3.- Organos dentarios con coronas profundamente destruidas por caries.
- 4.- Organos dentarios fracturados en intentos quirúrgicos previos.
- 5.- Alveolos hipercalcificados en personas adultas. Esclerosis óseas, se descubre por el examen radiográfico.

6.-Organos dentarios que presentan anomalías radiculares de forma, de número y de dirección; cementosis, dilaceraciones.

TECNICA DE LA ALVEOLECTOMIA

La aplicación del método de la extracción con la alveolectomía es suprimir parte de la tabla alveolar que protege al órgano dentario. Por lo tanto hay que incidir la fibromucosa gingival, eliminar el tejido óseo de la tabla externa y practicar la enucleación del órgano dentario u órganos dentarios.

Vías de acceso. La vía de elección para la extracción con alveolectomía de los órganos dentarios normalmente implantados es siempre vestibular. La palatina o lingual no tiene ninguna indicación, el camino es malo, la vestibular.

REGULARIZACION DE PROCESO

La regularización de proceso, es un acto quirúrgico que tiene por objeto eliminar crestas o bordes salientes, Esta regularización, se efectúa en procesos con órganos dentarios en procesos edentulos (sin órganos dentarios).

La técnica para la regularización de proceso (edentulos) consiste en:

Realizar un trazo en la mucosa, incisión horizontal con el bisturí , de distal hacia mesial de la parte superior del proceso, es decir por encima del mismo, con objeto de desprender el colgajo. Esta incisión, debe combinarse con una incisión oblicua que va del borde superior del proceso hasta el fondo de saco por la parte vestibular o externa, haciendo el colgajo con dos incisiones oblicuas, una hacia mesial y otra distal.

Realizar la osteotomía. Se lleva a cabo con fresa quirúrgica procurando cortar únicamente el hueso requerido.

Alisar las irregularidades del tejido óseo con una lima para hueso, llevando el colgajo a su lugar y pasando un dedo sobre él, para comprobar que no queden bordes filosos.

Limpia la cavidad, con suero fisiológico estéril retirando todos los restos del tejido óseo.

Realizar la sutura. Se llevan los colgajos a su posición y se procede a suturar con puntos separados.

Citar al paciente de 4 a 8 días después, para retirar los puntos de sutura.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Se le recomienda al paciente los siguientes cuidados:

- ⇒ Higiéne oral esmerada
- ⇒ Dieta blanda o incluso líquida, según su tolerancia.
- ⇒ Control del dolor mediante analgésicos o antiinflamatorios no esteroides.
- ⇒ No se prescribe antibióticos de forma rutinaria.
- ⇒ El material de sutura se retira a los 7 días.

CONCLUSIONES

La colocación de prótesis inmediata por extracciones múltiples, en situaciones indiscutiblemente obligadas se ha reafirmado en la actualidad como norma necesaria a efectuarse, siempre que se nos presente un paciente propicio para esta clase de tratamiento en nuestro consultorio.

Tenemos al alcance los conocimientos y materiales necesarios para proporcionar atención a nuestros pacientes.

La boca, además de realizar las funciones específicas (hablar, comer, sonreír etc..) es un instrumento de expresión y de impresión en la personalidad de cada individuo.

BIBLIOGRAFIA

Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización y Cirugía Bucal en la práctica Dental.

DR. MARTÍN J. DUNN

1980

Prótesis para el desdentado total

CARL O. BOUCHER

Editorial Mundi

Cirugía Buco Maxilo Facial

GUSTAVO KRUGER

Editorial Panamericana

1986

Cirugía Bucal Patológica y Clínica Terapéutica

GUILLERMO RIES CENTENO

1987

Cirugía Oral
J.S. LOPEZ ARRANZ
Editorial Interamericana
1991

Manual de Exodoncia
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SUA 1990