

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

155

ZET

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GUIÓN LITERARIO.

REGULARIZACIÓN DE PROCESO ALVEOLAR EN PACIENTES CON
EXTRACCIONES MÚLTIPLES.

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EXODONCIA DECIMOQUINTA
PROMOCIÓN.

ASESOR DE TESIS:

C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA:

REVISIÓN DE GUIÓN Y ASESOR EN VIDEO:

C.D. REBECA CRUZ GONZÁLEZ CARDENAS
CARLOS ROBLES BONILLA

PRESENTAN:

GRANADOS RUANO SAID EDGARDO
NÚÑEZ SALDAÑA ANTONIO ALBERTO
REYES GONZÁLEZ FCO. JAVIER

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

INTRODUCCION _____	2
GENERALIDADES _____	3
INDICACIONES _____	3
CONTRAINDICACIONES _____	4
CLASIFICACION _____	4
HISTORIA CLINICA _____	5
INSTRUMENTAL _____	5
ASEPSIA Y ANTISEPSIA _____	6
TECNICA DE ANESTESIA _____	7
TECNICA QUIRURGICA PARA LA REGULARIZACION DE PROCESO ALVEOLAR _____	8
SUTURAS _____	10
INDICACIONES POSOPERATORIAS _____	10
CONCLUSIONES _____	11
BIBLIOGRAFIA _____	12

La Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Odontología, a través del Departamento de Circuito Cerrado Audiovisual, y el Decimoquinto Seminario de Titulación de Exodoncia, presentan el siguiente video:

REGULARIZACIÓN DE PROCESO ALVEOLAR EN PACIENTES CON EXTRACCIONES MÚLTIPLES.

INTRODUCCIÓN.

La rehabilitación de un paciente mediante aparatos protéticos deberá comenzar por la preparación de la zona desdentada en donde se logrará reunir características ideales tales como: la ausencia de socavados, protuberancias y rebordes afilados.

De ésta manera se podrá asegurar que el aparato a usar por el paciente brindará comodidad, función y estética.

GENERALIDADES.

En 1853, Willard fue el primer odontólogo que sugirió la preparación correcta de la cavidad bucal, antes de cualquier rehabilitación protética. Posteriormente en 1862, Beers señaló necesario hacer excisiones del alvéolo tras la extracción de dientes, y también describió específicamente la eliminación de hueso como en casos en que la apófisis alveolar exhibiera un proceso irregular.

La regularización de proceso alveolar, también llamada alveoloplastia, consiste en la corrección de defectos óseos, tales como la presencia de socavados, protuberancias, bordes agudos y crestas sumamente dolorosas a la presión para el mejoramiento de las necesidades protéticas futuras.

INDICACIONES.

La regularización de proceso alveolar se indica:

-En los casos en que la anatomía del proceso sea irregular, y presente retenciones muy acentuadas, lo que dificulta el correcto asentamiento del aparato protético.

-Para la óptima recuperación y cicatrización de los tejidos después de la extracción dentaria.

- Y cuando la estética del paciente se vea afectada, debido a una exostosis en el flanco anterior del proceso alveolar.

CONTRAINDICACIONES.

Esta cirugía está contraindicada:

-En los casos en que el paciente presente alguna enfermedad sistémica importante no controlada, tales como:

- Diabetes, (ya que presentan una predisposición a la infección, y una tendencia a la candidiasis y arterioesclerosis).

- Hipertensión arterial, (el uso de anestésicos locales elevarían la presión sanguínea produciendo complicaciones fatales en el estado del paciente).

- Y osteoporosis (debido a la disminución de la masa ósea o tejido osteoide, a consecuencia del adelgazamiento de las trabéculas óseas y de la porción interna de la cortical)

-En caso de padecimientos oncológicos (en donde deberá tomarse en cuenta la probable diseminación a distancia de la enfermedad; como en el caso de un melanoma bucal).

- Y en el caso de enfermedades inmunodepresoras (como por ejemplo el SIDA en donde hay pérdida de la inmunidad, principalmente la celular con el consecuente desarrollo de infecciones oportunistas y neoplásicas), entre otras

CLASIFICACIÓN.

En cuanto a su clasificación, la regularización del proceso puede realizarse luego de extraer un solo diente; o en extracciones múltiples, pudiendo

dividir la operación en 2 o 3 zonas, estos procedimientos están en relación con el número de dientes a extraerse y estado actual del paciente. Por lo general se pueden dividir las arcadas en segmentos:

- Posterior derecho (que se extiende desde el espacio interdentario entre el diente canino y el primer premolar, hacia la zona del tercer molar)
- Posterior izquierdo (que tiene los mismos límites)
- Y Anterior (comprendiendo entre canino derecho y el canino izquierdo)

HISTORIA CLÍNICA.

Es importante realizar una historia clínica completa, para de ésta manera detectar la posible presencia de alguna enfermedad que necesite un tratamiento previo a la intervención y de la cual el paciente no se haya percatado, así como la ingesta de medicamentos que intervengan en el pronóstico del paciente.

Dicho estudio deberá ser complementado con exámenes de laboratorio y gabinete.

INSTRUMENTAL.

El instrumental a utilizar para la intervención quirúrgica consta:

- De forceps y elevadores de acuerdo al grupo dentario por extraer
- Cureta de Lucas
- Mango de bisturí / hoja de bisturí
- Legra o elevador de periostio
- Separador de tejidos blandos o retractor
- Alveolotomo o cizalla
- Lima para hueso o escofina
- Tijeras para encía
- Pinza para tejidos blandos
- Portagujas
- Sutura
- Jeringa hipodérmica (para irrigar)

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

Para trabajar en un medio lo más estéril posible, antes del abordaje quirúrgico se le pide al paciente que se enjuague con un antiséptico bucal, el cual reducirá la flora bacteriana de la cavidad oral; y se coloca un campo quirúrgico sobre el paciente.

El cirujano deberá prepararse junto con el asistente para recibir al paciente en un medio aséptico, portando bata quirúrgica, guantes, cubrebocas, lentes y gorro.

TÉCNICA DE ANESTESIA

Es requisito primordial de toda cirugía que no exista molestia durante el acto quirúrgico, para esto debe asegurarse que la técnica de anestesia sea la correcta.

Existen diferentes técnicas para anestesiar, entre ellas se encuentran:

La anestesia regional, que se realiza depositando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante.

La anestesia local por infiltración, que es la supresión de la sensibilidad mediante sustancias químicas, que al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas anulan la transmisión del dolor.

"El abordaje quirúrgico debe hacerse de modo que ofrezca un acceso máximo con un mínimo traumatismo".

Las reglas generales para diseñar un colgajo son:

-Diseñar el colgajo de manera que se obtenga una mejor visibilidad sin exponer demasiado el hueso.

-El colgajo no debe tener ángulos agudos. Si hay que cambiar de dirección ésta debe consistir en una curva suave, ya que los ángulos agudos tienden a necrosarse por mala circulación ocasionando una fibrosis cicatrizal excesiva.

-Utilizar instrumentos cortantes para no desgarrar el mucoperiostio.

-Y por último, la incisión debe hacerse de un sólo trazo incidiendo con la punta de la hoja del bisturí.

TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA REGULARIZACIÓN DE PROCESO ALVEOLAR.

-En caso de extraer un sólo diente, con pérdida temprana de dientes adyacentes, y de existir áreas prominentes de hueso alveolar que no favoreciera la construcción de un aparato protético, se debe hacer una alveoloplastia conservadora. Una vez efectuada una anestesia y extracción apropiadas, se traza una incisión a lo largo de la cresta alveolar que pasa por el sitio de la extracción. Se puede eliminar tejido blando de los lados mesial y distal de la cavidad alveolar para poder hacer un cierre lineal de tejido, el hueso sobresaliente se retira cuidadosamente con un alveolotomo y luego se alisa el área con una lima para hueso. Las zonas recortadas deben coincidir en los planos horizontal y vertical con el hueso circundante y no debe de haber socavamientos. Se debe irrigar abundantemente el sitio quirúrgico antes del cierre, para eliminar todo fragmento óseo; los márgenes de la herida se pueden aproximar con puntos separados con seda 3-0, los tejidos blandos deben estar libres de áreas fibrosas excesivas y adaptarse bien a la apófisis alveolar.

-La alveoloplastia de todo el arco se hace de manera similar al tratamiento de un solo diente; después de haber realizado las extracciones, la incisión principal se realiza sobre la cresta ósea en forma lineal, con una hoja de bisturí del No. 15, haciendo contacto con el hueso. Existe una variante en donde se trazan otras incisiones perpendiculares en los extremos de la primera a manera de formar una gran "H".

Una vez realizada la incisión se procederá a realizar cuidadosamente la sindesmotomía con una legra o elevador de periostio. Deberá tenerse cuidado de no elevar el colgajo más de dos terceras partes del alvéolo vacío. Elevarlo

más, desgastaría el pliegue mucobucal ligeramente adherido con la consecuencia de grave pérdida de espacio para la altura del reborde residual.

Se coloca el alveolotomo en ángulo de 45° sobre la cresta interseptal, con un bocado en cada alvéolo y se elimina la punta interseptal bucal o labial, este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas interseptales.

Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre todos los cortes, alisará el hueso; se eliminan las partículas sueltas mediante la irrigación con solución salina.

Para comprobar si no hay puntas cortantes o bordes irregulares que más tarde resultarían molestos, se vuelve el colgajo a su sitio y se verifica frotando un dedo sobre la superficie de la mucosa, para examinar la superficie del reborde alveolar. Existiendo tales puntas o bordes se vuelve a levantar el colgajo y se eliminan estas zonas con la lima para hueso.

Perfectamente regularizado el reborde alveolar se vuelve el colgajo a su sitio, y con tijeras para encía se corta el excedente de tejido gingival bucal, palatino o lingual, de manera que ambos colgajos confronten sus bordes.

Una variante de ésta cirugía, es la eliminación de crestas y bordes irregulares por medio de fresa quirúrgica, lo cual reduce el tiempo y facilita el acto quirúrgico. Sin embargo existe el inconveniente de provocar enfisema o un proceso infeccioso debido a la contaminación de aire y agua utilizados en la pieza de mano de alta velocidad. En caso de usar baja velocidad, se incrementará el tiempo; ya que para evitar un sobrecalentamiento en el tejido óseo provocando necrosis, se tendrá que irrigar constantemente con solución salina.

SUTURAS.

Las suturas son un aspecto importante en el manejo de los colgajos. Si los puntos de sutura son pocos o están mal colocados habrán de interferir en la recuperación y producirán cicatrices innecesarias.

La sutura indicada para éste tipo de incisiones es el hilo de seda 3-0. Debido a que no irrita los tejidos y su color se distingue perfectamente para poder retirarlo de una manera más sencilla.

Los márgenes de la incisión se pueden aproximar mediante una sutura en surgete anclado, ya que se trata de una incisión lineal amplia.

INDICACIONES POSOPERATORIAS.

Durante el posoperatorio, el paciente puede cursar asintomático cuando se ha realizado cuidadosamente la intervención quirúrgica, sin embargo se indicará el uso de analgésicos y antiinflamatorios en caso de ser necesarios. Se recomendarán pequeños trozos de hielo en la cavidad oral para reducir el grado de inflamación, así como seguir una dieta blanda , e incluyendo una esmerada higiene bucal con la ayuda de una gasa y el uso de un antiséptico bucal

CONCLUSIONES.

En conclusión se obtiene que la realización de éste tipo de cirugías es de gran ayuda para lograr características óptimas de un reborde residual; evitando la presencia de zonas muy retentivas, que dificulten la entrada y salida del aparato protético; y rebordes alveolares prominentes, que interfieran en la dimensión vertical del paciente; logrando así el correcto asentamiento de cualquier tipo de aparato protético, y rehabilitando adecuadamente al paciente desde un punto de vista funcional y estético.

BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ CIRUGIA BUCAL**
PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA
Autor. GUILLERMO A. RIES CENTENO
Novena Edición México 1987
Editorial EL ATENEO

- ❖ CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL**
Autor. DANIEL M. LASKIN
Buenos Aires 1987
Editorial Médica Panamericana

- ❖ TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**
Autor. GUSTAV. O. KRUGER
Cuarta Edición México 1988
Editorial Interamericana

- ❖ CIRUGIA ORAL**
Autor. Prof. Dr. LOPEZ ARRANZ J.S.
Primera Edición 1992 México.
Editorial Interamericana McGraw-Hill

21 CIRUGIA ODONTOESTOMATOLOGICA

Autor. H.H.HORCH

Barcelona 1992

Editorial. Ediciones Científicas y Técnicas S.A.

Salvat Odontología

21 MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA

Autor. HANS EVERS, D.D.S.

Barcelona 1983

Editorial Salvat Editores.

21 TECNICAS DE ANESTESIA REGIONAL

Autor. D. BRUCE SCOTT

Buenos Aires 1990

Editorial. Panamericana

21 IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS

Autor. PATRICK MISSIKA, MARC BERT

Editorial. Masson 1994

21 OSSEOINTEGRATED IMPLANT A MANUAL

Autor DEPARMENT OF ORAL IMPLANTOLOGI THE NIPPON

DENTAL UNIVERSITY

Editorial. ISHIYAKU EUROAMERICANA, INC ST. LOUIS TOKIO

Printed. Japan 1989

21 ATLAS DE PROTESIS TOTAL Y SOBREDENTADURAS

Autor. ALFRED H. GEERING

México 1988

Editorial. Salvat Editores

21 ATLAS DE PROTESIS PARCIAL

Autor. GEORGE GRABER

Segunda Edición

España 1993

Editorial. Ediciones Científicas y Técnicas S.A.

Salvat Odontología

ASESOR ACADEMICO.

C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA.



FIRMA

Vo / Bo.

EXAMEN PROFESIONAL.

FECHA: 23 / Junio / 1995
 día mes año

HORA: 15:00 hrs.

LUGAR: Sala de consejo.