

49A
Lejme

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



"CIRUGIA PREPROTESICA"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
OMAR CARRASCO RIVAS
JORGE HERNANDEZ CARRASCO
ANGELICA PATRICIA MENDOZA GUILLEN
MARINA ANGELICA YNCLAN BELTRAN

México, D.F.

1994

FALLA DE ORIGEN



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:

*Con mucho amor y
agradecimiento a ello por el
apoyo otorgado durante, antes
de después de mi carrera.*

*Mario Carrasco Ruiz
Lourdes Rivas Rangel*

A mis Hermanos

Gracias J.M. Carrasco

E.C. Carrasco

*A mis Amigos
Gracias por el apoyo brindado
en esta larga carrera.*

N.A.G. P.

*Con mucho amor y gratitud
infinita a mis padres, los cuales
me apoyaron y amaron, gracias
por este logro, lo dedico a
ustedes:*

*Dolores Carrasco Dorantes
Leobardo Hernández Hernández*

*A mi amada, compañera que
con su comprensión e infinito
cariño me ayudo y me impulso
a terminar mi carrera
A ti con todo mi amor*

Jovita Moreno Leal

*A mis hijos por su cariño, amor
y alegría*

*Jorge Gil Hernández Moreno
Anahí Amayrani Hernández Moreno*

*A mis hermanos
Olga
Juanita
Nestor
Ma. de los Angeles*

Al doctor Víctor Manuel

Barrios

*Por su bondad en la enseñanza
y por sus sabios consejos.*

Gracias querido Doctor.

A DIOS:

Le doy infinitas gracias por la fuerza y fé tan grandes que depositó en mí; en la vida que me brinda y por la gran felicidad de realizar este sueño tan importante en mi vida. Le pido inteligencia y amor para dirigirme ante mis pacientes.

A MIS PADRES:

Con todo el amor y la gratitud del mundo, ya que sin su apoyo no hubiera podido realizar ésta meta; que es la mejor herencia que pudieron darme.

A MI PADRE:

Que aún está conmigo, quiero darle las gracias y compartir con él esta alegría con todo el amor de mi corazón.

A MI MADRE:

Quiero hacerle una mención muy especial, ya que ella físicamente no está conmigo para compartir ésta alegría; pero en dondequiera que se encuentre, sé, que se sentirá orgullosa de su labor culminada.

"Te Amo y Te Amare Siempre".

A MI HIJA:

Por ser un estímulo maravilloso una bendición que la vida me dió y una gran responsabilidad; por lo que espero que el ejemplo de lucha se grave en su mente y su corazón. "Te Amo Anafí"

A MI AMIGO:

El Dr. Jesús Arriola Vilchis que fué un excelente compañero de trabajo y un gran amigo, que sin egoísmo, compartió conmigo la experiencia de nuestra amada profesión. Con respeto y cariño.

A MI COMPAÑERO:

El Dr. Ignacio Gómez Nava, que sin su apoyo moral y físico, no me hubiese sido posible terminar mi carrera. Con todo el Amor y el Respeto que me merece.

"GRACIAS"

"GRACIAS"

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo incondicional,
y su amor constante, que me
sirvieron de estímulo para
realizar ésta meta.

"GRACIAS".

A MIS COMPAÑEROS:

Por la amistad que me brin-
daron, por el privilegio de
aprender juntos; deseandoles
también, la mejor de las --
suertes en todos los aspec-
tos de su vida.

A MIS PROFESORES:

Porque de todos y de cada uno de
ellos aprendí, cosas buenas y malas
que me permitieron formar así un
criterio propio.

"Mi gratitud y respeto por siempre".

AL DOCTOR VICTOR M. BARRIOS:

Por ser un gran profesor y sobretodo
por ser un gran ser humano y amigo.
Con todo el respeto y cariño que me
merece.

"GRACIAS".

ANGELICA PATRICIA MENDOZA GUILLEN

DEDICATORIAS

A MI AMADO ESPOSO

MIGUEL ANGEL

Por haberme dado la oportunidad, confianza y el apoyo necesario para lograr mi superación y sobre todo por el gran amor que me brinda.
Te amo Rani y muchas gracias.

A MIS HIJAS

MARINA Y ROCIO

Por lo maravillosas que son y por la alegría que motivan.

A MIS PADRES

LUZ MARIA Y MANUEL

Como muestra de amor y agradecimiento por su apoyo, orientación y motivarme para seguir el mejor camino durante mi carrera profesional y superación personal.
Los quiero mucho.

A MIS HERMANOS

ROSARIO

Porque aunque ya no estás conmigo a mi lado, siento tu apoyo y cariño.
Siempre estás en mi corazón.

MANOLO

Porque la distancia nos ha unido más, gracias por tu apoyo y consejo cuando más lo necesitaba.
Te quiero mucho hermanito.

A TODOS MIS FAMILIARES

Por su insustituible apoyo moral.

A MIS PROFESORES

Por la preparación académica y el ejemplo, en especial a:
DR. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA, gracias por su amistad y apoyo.
Lo quiero, respeto y admiro mucho.

AL DR. VICTOR MANUEL BARAJAS VARGAS

Por haberme guiado, motivado y corregido, como quizá ninguna otra persona lo hubiera hecho.
Muchas gracias.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Recinto de superación y estímulo, y por la transformación que operó en mí.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Muchas gracias.

MARINA ANGELICA

CIRUGIA PREPROTESICA

INDICE

Introducción	1
Capítulo I	3
Generalidades de Prostodoncia	4
Criterios de reborde dentario ideal	5
Capítulo II	7
Músculos Generalidades	8
Músculo Buccinador	11
Músculo Elevador de la boca	11
Músculo Elevador del labio superior	11
Músculo Elevador del labio inferior	11
Músculo Milohioideo	13
Músculo Geniogloso	13
Músculo Genihioideo	13.
Capítulo III	16
Principios básicos para una cirugía con éxito	17
Lesiones Primarias	19
Frenilectomía	19
Alveoloplastia	19
Eliminación de Torus	21
Eliminación de rebordes afilados	21
Preparaciones secundarias	22
Hiperplasia papilar inflamatoria	22
Papiloma	22
Hemangioma	22
Mucocele	24
Ranula	24
Epulis Fisural	24
Procedimientos de extensión de reborde	24
Vestibuloplastia	25
Reconstrucción osea	26
Corrección quirúrgica de anomalías oseas	26
Cclusiones	28
Bibliografía	30

INTRODUCCION

EL TEMA DE ESTA TESINA ES EL DE CIRUGIA PREPROTETICA, LA CUAL SE VA A HACER NECESARIA, EN PACIENTES DESDENTADOS QUE PRESENTEN MALES EN LA CAVIDAD ORAL, POR LOS CUALES NO SE PUEDE ELABORAR UNA PROTESIS HASTA QUE HAYAN SIDO CORREGIDAS O ELIMINADAS MEDIANTE CIRUJIA.

CUANDO LAS CONDICIONES NO SON LAS IDEALES PARA EL USO Y LA ELABORACION DE UNA PROTESIS TOTAL, POR IRREGULARIDAD DE LOS PROCESOS ALVEOLARES ---- DESPUES DE EXTRACCIONES POR PATOLOGIAS EN PALADAR O EN MANDIBULA COMO PUDIERA SER UN TORUS PALATINO O MANDIBULAR, O EN TEJIDOS BLANDOS COMO FRENILLO LARGO O EN OCACIONES PROCESOS PUTIAGUDOS.

DESPUES DE HABER USADO EL PACIENTE UNA PROTESIS MAL AJUSTADA O MAL ELABORADA, SIN UNA VALORACION RADIOGRAFICA Y CLINICA, QUE CONDUSCA A UNA PATOLOGIA, CAUSADA POR UNA PROTESIS TRAUMATICA, DEBERA HACERSE UNA CIRUJIA, PARA CORREGIR LOS DANOS QUE CAUSE LA PROTESIS MAL ELABORADA.

CAPITULO I

- GENERALIDADES DE PROSTODONCIA

- CRITERIOS DEL REBORDE DENTARIO IDEAL

GENERALIDADES DE PROSTODONCIA

DEFINICION :

PROST = RESTAURACIONES PROTESICAS.
 ODON = PARTE DE LA ODONTOLOGIA.
 CIA = CONSAGRADO AL ESTUDIO.

PROSTODONCIA : ES LA RAMA DE LA ODONTOLOGIA CONSAGRADA AL ESTUDIO DE LA REHABILITACION FISIOLÓGICA DE LA EDENTACION POR MEDIO DE UNA PROTESIS.

LA PROSTODONCIA A EVOLUCIONADO DE LA MANERA SIGUIENTE :

- I).- PREHISTORIA : ES LO QUE SE CONOCE HASTA PIERRE FAUCHARD. (1670--1671) SE CONOCE ALGUNA DENTADURA INFERIOR COMPLETA.
- II).- EDAD DE MARFIL : DE PIERRE FAUCHARD, CREADOR DE LAS PROTESIS TOTALES SUPERIORES, EN LOS SIGLOS XVIII Y XIX, SE HACIAN CINCELADAS EN COLMILLOS DE HIPOPOTAMO.
- III).- EDAD DEL PRACTICO : ES LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX, SE DESCUBRE LA ANESTESIA, CAUCHO VULCANIZADO, FABRICACION DE DIENTES DE PORCELANA, IMPRESIONES CON YESO, ETC.
- IV).- EDAD UNIVERSITARIA : COINCIDE CON EL SIGLO XX, LA ODONTOLOGIA GANA JERARQUIA, ENCUENTRA SOLUCION A LOS PROBLEMAS TECNICO-PROTETICOS.

LOS OBJETIVOS BASICOS DE LA PROSTODONCIA TOTAL SON :

- LA RESTAURACION DE LA FUNCION.
- EL ASPECTO FACIAL.
- EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE.

DEBE INSTRUIRSE AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE LOS EXAMENES PERIODICOS Y EL TRATAMIENTO SUBSECUENTE CUANDO SEA NECESARIO, POR LOS CAMBIOS DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE.

UNA BUENA PROTESIS DEBE DEVOLVERLE AL PACIENTE :

- ESTETICA : PARA UNA MAYOR AUTOESTIMA.
- FUNCIONALIDAD : PARA UNA BUENA DIGESTION Y MEJOR NUTRICION -- DEL PACIENTE, DEBE PODER HABLAR BIEN CON SU -- PROTESIS.

Capítulo II

Músculos Generalidades

Músculo Buccinador

Músculo Elevador de la boca

Músculo Elevador del labio superior

Músculo Elevador del labio inferior

Músculo Milohioideo

Músculo Geniogloso

Músculo Genihioideo

GENERALIDADES DE LOS MUSCULOS

LOS MUSCULOS DE LA CABEZA Y EL CUELLO FUNCIONAN EN LOS MECANISMOS DE MASTICACION Y DEGLUSION, EXPRESION FACIAL, HABLA, RESPIRACION Y POSTURASI BIEN ES CIERTO QUE HABLANDO EN TERMINOS GENERALES, CADA MUSCULO TIENE SU FUNCION ESPECIFICA, EN ALGUNOS CASOS UN MUSCULO PUEDE REALIZAR MAS DE UNA FUNCION, CON FRECUENCIA UNA FUNCION SE DESEMPEÑA POR LA ACCION COORDINADA DE DOS MUSCULOS O MAS, A VECES ES NECESARIO QUE FUNCIONE UN GRUPO DE MUSCULOS PARA QUE OTRO GRUPO CONTIGUO PUEDA REALIZAR SU TRABAJO.

LOS MUSCULOS PUEDEN CLASIFICARSE SEGUN UN GRUPO COMUN DE FUNCIONES, O UNA POSICION GENERAL COMUN, O UNA INERVACION COMUN, AQUI NOS PROPONEMOS A CLASIFICAR SEGUN LAS TRES CONSIDERACIONES CITADAS: FUNCION, POSICION E INERVACION. CUANDO SEA DIFICIL HACER LA CLASIFICACION, ESTA SERA POR LA FUNCION DEL MUSCULO DE QUE SE TRATE.

LA MASTICACION ES LA PARTE INICIAL DEL PROCESO DIGESTIVO, ES ESENCIALMENTE UN PROCESO MECANICO DE CORTE Y TRITURACION DEL ALIMENTO PARA FORMAR UN BOLO BLANDO QUE SEA FACIL DE TRAGAR, A ELLO CONTRIBUYE LA LUBRICACION QUE DA LA SECRECION DE LA SALIVA, LA CUAL TIENE LA ENZIMA DIGESTIVA LLAMADA PTIALINA, LA FASE BIOQUIMICA INICIAL DEL PROCESO DIGESTIVO SE REALIZA SIMULTANEAMENTE EN LA CAVIDAD BUCAL CON LA FASE MECANICA

LA FUNCION MECANICA DE CORTE Y TRITURACION DEL ALIMENTO LA REALIZAN LAS AREAS MASTICATORIAS DE LOS DIENTES OPUESTOS SUPERIORES E INFERIORES. LA DENTADURA SUPERIOR, EN EL MAXILAR INMOVIL ES EL COMPONENTE PASIVO DEL APARATO MASTICATORIO, EN LA DENTADURA INFERIOR, EN LA MANDIBULA DE MOVIMIENTO LIBRE, ES EL COMPONENTE ACTIVO.

LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA DE CLASIFICAN COMO SIQUE :

- 1.- APERTURA Y CIERRE
- 2.- MOVIMIENTOS DE PROTRUCCION (AVANCE Y RETROCESO)
- 3.- MOVIMIENTOS LATERALES (DERECHA - IZQUIERDA)

ESTOS MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA ESTAN CONTROLADOS POR UN GRUPO DE MUSCULOS QUE TIENEN SU INCERCIÓN U ORIGEN EN VARIOS ASPECTOS DE LA MANDIBULA, A DICHO GRUPO SE LE DA EL NOMBRE DE MUSCULOS PRIMARIOS DE LA MASTICACION.

HAY OTRO GRUPO DE MUSCULOS QUE NOS FUNCIONAN PARA MOVER LA MANDIBUL Y QUE REALIZAN UNA IMPORTANTE FUNCION ACCESORIA EN EL MECANISMO FISIOLÓGICO DE LA MASTICACION, RECIBEN EL NOMBRE DE MUSCULOS ACCESORIOS DE LA MASTICACION Y NO TIENEN SU INCERCIÓN EN LA MANDIBULA.

LOS MUSCULOS FACIALES, INERVADOS POR EL FACIAL, PUEDEN DIVIDIRSE EN UNA CAPA SUPERFICIAL Y OTRO PROFUNDA, ESTA ULTIMA ESTA FORMADA PRINCIPALMENTE POR EL BUCCINADOR, LAS PARTES PROFUNDAS DEL ORBICULAR DE LOS LABIOS Y EL CANINO.

LA CAPA SUPERFICIAL ES SUBCUTANEA Y SE ENCUENTRA INMEDIATAMENTE DEBAJO DE LA PIEL DE LA CARA, EL CUERO CABELLUDO Y LA PARTE ANTERIOR DEL CUELLO, LOS MUSCULOS QUE FORMAN LA PARTE SUPERFICIAL NO ESTAN CONTIGUOS UNO DEL OTRO, COMO LA REGION CERVICAL, DONDE EL CUTANEO DEL CUELLO FORMA UNA HOJA CONTINUA DIRECTAMENTE DEBAJO DE LA PIEL.

LOS DISTINTOS GRUPOS DE MUSCULOS SE CONOCEN COLECTIVAMENTE CON EL NOMBRE DE MUSCULOS DE LA EXPRESION, PUES SU ACTIVIDAD PERMITE EXPRESAR LOS DIVERSOS ESTADOS EMOCIONALES, PERO ESTOS MUSCULOS CONTRIBUYEN TAMBIEN A LA MASTICACION, LA RESPIRACION Y LA VISTA.

LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION NACEN EN REGIONES SUPERFICIALES DEL CRANEO Y SE INCERTAN EN LA PIEL O LA APONEUROSIS SUPERFICIAL, LA TRACCION DE ESTOS MUSCULOS SUPERFICIALES TIRA DE LA PIEL JUNTO CON ELLOS EN LA REGION CERVICAL ANTERIOR, ESTE GRUPO ESTA REPRESENTADO POR EL CUTANEO DEL CUELLO, EN EL CUERO CABELLUDO, POR EL OCCIPITAL Y EL FRONTAL UNIDOS POR LA APONEUROSIS EPICRANEA, EN LA CARA ESTOS MUSCULOS ESTAN DISPUESTOS EN DOS GRUPOS QUE RODEAN LOS ORIFICIOS DE LA BOCA, LA NARIZ, LAS ORBITAS Y LOS OIDOS.

LOS SIGUIENTES GRUPOS SE AGRUPAN AL REDEDOR DE LA BOCA

LOS DEPRESORES DE LAS CAMISURAS DE LA BOCA Y LABIOS :

- 1.- TRIANGULAR DE LOS LABIOS
- 2.- RISORIO DE SANTORINI
- 3.- CUADRADO DE LA BARBA
- 4.- ALGUNAS FIBRAS DE CUTANEO DEL CUELLO

LOS ELEVADORES DE LA CAMISURA DE LA BOCA Y LOS LABIOS :

- 1.- CIGOMATICO
- 2.- ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR
- 3.- CANINO
- 4.- BORLA DEL MENTO

LOS ESFINTERRS DE LA CAMISURA DE LA BOCA Y LOS LABIOS :

- 1.- ORBICULAR DE LOS LABIOS
- 2.- BUCCINADOR

AL REDEDOR DE LA NARIZ SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES MUSCULOS:

DEPRESOR DEL TABIQUE NASAL (CONPRESOR DE LAS ALAS), QUE CONSTA DE UNA PARTE ALAR Y UNA PORCION TRANSVERSAL, EL DILATADOR DE LAS ABERTURAS NASALES ANTERIORES Y EL DILATADOR DE LAS COANAS, EL GRUPO DE MUSCULOS QUE RODEAN LAS ABERTURAS ANTERIORES FACILITAN LA RESPIRACION AL DILATAR Y -- ESTRECHAR ESTOS ORIFICIOS.

LOS MUSCULOS QUE RODEAN LA ORBITA SON EL ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS Y EL SILIAR, EL ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS CIERRA EL OJO Y LO PROTEGE, AL CERRARLO SE HUMEDECE LA CARA ANTERIOR DEL GLOBO DEL OJO, COMO EL ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS, ESTA INERVADO POR EL NERVI0 FACIAL, LA INCAPACIDAD DE CERRAR EL OJO Y MANTENLO HUMEDO ES CONSECUENCIA EN LA PARALISIS FACIAL.

LOS MUSCULOS QUE RODEAN LOS OIDOS SON LOS AURICULARES: SUPERIOR, ANTERIOR Y POSTERIOR, ESTOS MUSCULOS NO TIENEN SIGNIFICACION FUNCIONAL EN EL HOMBRE.

LA UNICA FUNCION QUE REALIZA EL FRONTAL Y EL ACCIPITAL ES LA DE MOVER EL CUERO CABELLUDO Y DETERMINAR ARRUGAS EN LA FRENTE, EL CUTANEO DEL CUELLO PONE EN TENCION LA APONEUROSIS SUPERFICIAL DE LA PARTE ANTERIOR DEL CUELLO E INTREVIENTE EN ALGUNOS MOVIMIENTOS DEL LABIO INFERIOR.

BUCCINADOR :

ESTE SE EXTIENDE DESDE AMBOS MAXILARES A LA ACAMISURA DE LOS LABIOS Y --
CONSTITUYE LA PARED LATERAL DE LA CAVIDAD BUCAL, LA CUAL SE DENOMINA ---
CARRILLO O REGION GENIANA.

SE ORIGINA EN LA PARTE EXTERNA DEL PROCESO ALVEOLAR DEL MAXILAR A LA ---
LINEA OBLICUA EXTERNA DE LA MANDIBULA Y DEL RAJE.

SU INERVACION ESTA DADA POR RAMAS DE LOS NERVIOS TERMOFACIAL Y -----
CERVICOFACIAL.

POR SU CONTRACCION ESTOS NERVIOS MUEVEN HACIA ATRAS LAS CAMISURAS DE LC
LABIOS, AMPLIANDO EL DIAMETRO TRANSVERSAL DEL ORIFICIO BUCAL, POR OTRO -
LADO, CUANDO LOS CARRILLOS SE HALLAN DISTENDIDOS, LA CONTRACCION DE LOS-
BUCCINADORESLOS COMPRIME CONTRA LOS ARCOS ALVEOLARES E INFLUYE POR CON-
SIGUIENTE, EN LOS MOVIMIENTOS DE LA MASTICACION Y EN EL SILBIDO.

MUSCULO ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR :

SUPERIORMENTE TOMA INSERCIÓN POR DEBAJO DEL REBORDE ORBITARIO INFERIOR Y
POR DEBAJO DEL AGUJERO SUBORBITARIO DEL MAXILAR SUPERIOR, SE DIRIGE LUE-
GO HACIA ABAJO PARA INSERTARCE EN LA CARA PROFUNDA DE LA PIEL DEL LABIO-
SUPERIOR.

ESTA INERVADO POR RAMAS DEL TEMPOROFACIAL, SU ACCION PRINCIPAL ES LA DE-
TENSIONAR Y ELEAR EL LABIO.

MUSCULO DEPRESOR LABIO INFERIOR :

SE ORIGINA EN LA FOSA INCISIVA Y SE INSERTA EN LAS FIBRAS PROFUNDAS DEL-
LABIO INFERIOR.

SE LOCALIZA MAS CERCA DE LA MUCOSA QUE DA LA SUPERFICIE CUTANEA Y A ME-
NUDO ESTA INVOLUCRADO EN LA REALIZACION DE LOS COLGAJOS PARA PROFUNDIZA
EL SURCO.

SE INSERTA EN LA MISMA LINEA ASPERA (FOSA CANINA) EN QUE LO HACEN LOS --
MUSCULOS TRIANGULARES DE LOS LABIOS Y CUTANEO DEL CUELLO, O SEA, EN LA --
CARA EXTERNA DE LA MANDIBULA, DESDE EL TUBERCULO MENTONIANO, HASTA EL --
PLANO DEL PRIMER MOLAR, SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ARRIBA Y ADENTRO ---
INSERTANDOSE ESCALONADAMENTE EN LA PIEL DEL LABIO INFERIOR, ESTE MUSCULO
A MENUDO ESTA INVOLUCRADO EN LA REALIZACION DE COLGAJOS PARA PROFUNDIZA
EL SURCO. (ver fig. I)

(FIGURA # 1)
1).- MUSCULO DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR.



MUSCULO MILOHIOIDEO :

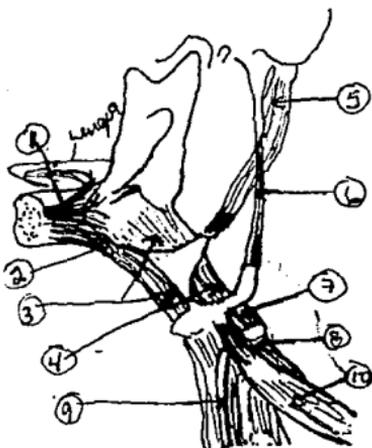
SU ORIGEN OCUPA TODA LA LINEA MILOHIOIDEA, EXTENDIENDOSE DEL TERCER MOLAR Y LA CARA INTERNA DEL MENTON. DE UN LADO A OTRO DE LA MANDIBULA, --- INSERTANDOSE POR FIBRAS TENDINOSAS EN LA SUPERFICIE ANTERIOR DEL CUERPO DEL HIOIDES. ESTA INERVADO POR EL NERVIO MILOHIOIDEO, DA LA FUNCION DE ELEVAR EL HUESO HIOIDES Y TAMBIEN ELEVAR EL PISO DE LA BOCA, PERMITIENDO ASI A LA LENGUA, EJERCER PRESION CONTRA EL PALADAR, AYUDANDO A LA DEGLUSION. (ver fig. II)

MUSCULO GENIHIOIDEO :

SE ORIGINA EN LA APOFISIS GENI-INFERIOR, SE ENSANCHA Y APLANA HACIA LA CARA ANTERIOR DEL HIOIDES Y SE EXTIENDE POR LA PARTE INICIAL DEL HASTA MAYOR DEL HIOIDES, ESTA INERVADO POR EL NERVIO HIPOGLOSO, Y SU FUNCION ES DIRIGIR EL HUESO HIOIDES HACIA ADELANTE.

MUSCULO GENIOGLOSO :

SE ORIGINA A CADA LADO DE LA LINEA MEDIA POR FIBRAS TENDINOSAS EN LA APOFISIS GENI-SUPERIOR, POR ENCIMA DE LOS GENIHIOIDEOS, SUS FIBRAS SE EXTIENDEN EN FORMA DE ABANICO HACIA LA LENGUA Y EL HUESO HIOIDES, ELEVAN LA LENGUA Y LA APLICA SOBRE EL PISO DE LA BOCA. (ver fig. II)



(FIGURA # II)

- 1) .- GENIOGLOSO
- 2) .- V. ANTERIOR DEL DIGASTRICO
- 3) .- MILOHIOIDEO
- 4) .- HIOGLOSO
- 5) .- V. POSTERIOR DEL DIGASTRICO
- 6) .- ESTILOHIOIDEO
- 7) .- TIROHIOIDEO
- 8) .- ESTERNOTIROIDEO
- 9) .- ESTERNOHIOIDEO
- 10) .- HOMOHIIDEO

Capítulo III

Principios básicos para una cirugía con éxito
Lesiones Primarias
Frenilectomía
Alveoloplastia
Eliminación de Torus
Eliminación de rebordes afilados
Preparaciones secundarias
Hiperplasia papilar inflamatoria
Papiloma
Hemangioma
Mucocele
Ranula
Epulis Fisural
Procedimientos de extensión de reborde
Vestibuloplastia
Reconstrucción osea
Corrección quirúrgica de anomalías oseas

PRINCIPIOS BASICOS PARA UNA CIRUGIA CON EXITO

PLAN DE TRATAMIENTO :

TODO PLAN DE TRATAMIENTO DEBE CUBRIR LAS NECESIDADES DENTALES, MEDICAS, SOCIALES Y ECONOMICAS PARTICULARES A CADA PACIENTE, ESTA PLANEACION DEBE BASARSE EN LA VALORACION PREOPERATORIA ESCRUPULOSA, VALORANDO ALGUNA DIFICULTAD A LA CUAL SE PUDIERA PRESENTAR ALGUNA COMPLICACION, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL ACTO QUIRURGICO, CONOCIMIENTO Y HABILIDAD DEL OPERADOR, EST., ASI COMO UNA BUENA Y COMPLETA HISTORIA CLINICA CON SUS RESPECTIVOS EXAMENES DE LABORATORIO Y RADIOGRAFICOS NECESARIOS.

INSTRUMENTAL BASICO :

DEBEMOS DE TENER A LA MANO EL INSTRUMENTAL QUE VAMOS A OCUPAR DEBIDAMENTE ESTERILIZADO Y LISTO PARA USARSE, NATURALMENTE ENCONTRAMOS UNA AMPLIA VARIACION DE INSTRUMENTAL A UTILIZAR EN UNA CIRUGIA YA SEA POR GUSTO O AVERSIONES PERSONALES, ASI COMO EN LAS DIVERSAS TECNICAS QUIRURGICAS QUE REQUIERAN UN INSTRUMENTAL ESPECIAL.

ENTRE EL INSTRUMENTAL BASICO ENCONTRAMOS:

TIJERAS PARA SUTURA, SUTURA, POTA AGUJAS, PINZAS DE ALLIS, LIMA PARA HUESO, BISTURI, PORTA BISTURI, ESPEJO, PINZAS DE CURACION, LECRA, ELEVADORES RECTOS Y DE BANDERA, ELEVADORES ANGULADOS, TIJERAS PARA ENCIA, TIJERAS PARA SUTURA, ALVEOLO TOMO, ETC.

ANESTESIA :

DEBEMOS PRACTICAR UNA BUENA TECNICA DE BLOQUEO, YA QUE ES FUNDAMENTAL PARA UN TRATAMIENTO QUIRURGICO EXITOSO, ESI COMO EL ANESTESICO INDICADO PARTICULARMENTE AL PACIENTE.

INCISION :

ESTA DEBE HACERSE FIRME Y DE UNA SOLA INTENSION, APLICANDO PRESION SOBRE UN BISTURI FILOSO A TRAVEZ DE LAS CAPAS MUCOSAS Y PERIOSTICAS DE LA ENCIA HASTA LLEGAR AL HUESO, EL BISTURI SE DEBE USAR COMO PLUMA, HACIENDO INCISIONES DE LONGITUD ADECUADA, YA QUE LOS "SEGUNDOS CORTES", GENERALMENTE DEJAN DESIGUAL EL MARGEN DEL COLGAJO Y RETRAZAN LA CICATRIZACION.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO :

EL COLGAJO DEBE SER MUCOPERIOSTICO Y SE LEVANTA DEL HUESO INSERTANDO UNA LECRA FILOSA, DESPRENDIENDOLO DEL HUESO CON UNA LIGERA PRESION DEJANDO EL HUESO EXPUESTO, CUANDO SE REQUIERA ESTE FIN.

OSTEOTOMIA :

CUANDO SE LEVANTA EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO SE EXPONE EL HUESO QUE -
CUBRE AL DIENTE O A LA LESION, LA OSTEOTOMIA O ELIMINACION DE HUESO LA -
REALIZAREMOS POR MEDIO DE UNA FRESA QUIRURGICA DE ALTA VELOCIDAD O CON -
ALGUN INSTRUMENTAL PARA ESE FIN, EN EL CASO QUE AMERITE UNA ELIMINACION-
DE HUESO.

ACTO QUIRURGICO :

ES LA OPERACION PROPIAMENTE DICHA, LA REALIZAREMOS EN UNA SOLA SE---
SION Y LO MAS RAPIDO POSIBLE, AL TERMINAR EL ACTO QUIRURGICO, SIEMPRE --
HABRA QUE TRATAR LA CAVIDAD OSEO, ES DECIR, DEJAR BIEN DELIMITADO EL LE-
CHO DONDE SE ENCONTRABA LA LESION, LAVAR PERFECTAMENTE BIEN PARA EVITAR-
QUE QUEDEN CUERPOS EXTRANOS DENTRO DE LA CAVIDAD.

PLANCHADO DEL COLGAJO T SUTURA :

SE DEBE DE PLANCHAR PERFECTAMENTE BIEN EL COLGAJO PARA PERMITIR QUE-
HALLA UNA BUENA ADHERENCIA Y SE SUTURA CON PUNTOS AISLADOS.

LESIONES PRIMARIAS :

ESTAS SE PRODUCEN DESPUES DE LA EXTRACCION DENTAL O EN EL MOMENTO DE LA EXTRACCION DENTAL, DURANTE LA PRIMERA INSERCIÓN DE LA DENTADURA POSTIVA, ESTE GRUPO PUEDE DIVIDIRSE EN :

PREPARACIONES QUE CORRIGEN EL TEJIDO BLANDO : COMO SON FRENILECTOMIAS, ELIMINACION DE TEJIDO, CICÁTRICES E INSERCIÓNES MUSCULARES ALTAS - ETC.

PREPARACIONES QUE CORRIGEN EL TEJIDO DURO : QUE SERIAN ALVEOLOPLASTIAS, ELIMINACION DE TORUS, ELIMINACION DE REBORDES AFLADOS, ETC.

PREPARACIONES QUE CORRIGEN TEJIDO DURO Y BLANDO : QUE SERIAN LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA ALTERACION Y REDUCCION DE LA TUBEROSIDAD (PARA LOGRAR UN MEJOR SOPORTE).

FRENILECTOMIA :

LOS FRENILLOS O FAJA DE TEJIDO CICATRIZAL RESULTANTES DE UNA LESION O INFLAMACION, PUEDEN TENER UNA INSERCIÓN ELEVADA SOBRE EL PROCESO ALVEOLAR Y SU PRESENCIA QUIZAS HAGA NECESARIA LA REDUCCION LOCALIZADA DE LOS REBORDES LABIAL Y VESTIBULAR DE LAS PROTESIS.

ADEMAS DE DEBILITARLAS, ESTE TIPO DE AJUSTE PERJUDICA S' RETENCION - AL INTERFERIR CON EL SELLADO MARGINAL, ES POR ESO QUE EN TALES CASOS SE RECOMIENDA ELIMINARLO QUIRURGICAMENTE.

TECNICA: SE SOSTIENE EL LABIO DEL PACIENTE EN ANGULO RECTO EN RELACION CON LA SUPERFICIE EXTERNA DEL MAXILAR, EN TAL FORMA QUE TENGA LA BANDA FIBROSA, SE HACE LA INSICION DE LA MUCOSA UBICADA AL OTRO LADO DE LA FAJA FIBROSA DESDE LA INSERCIÓN ALVEOLAR, HASTA UN PUNTO POR FUERA DEL LABIO, SE SUJETA CON UNAS PINZAS EL EXTREMO INFERIOR Y SE CORTA SU INSERCIÓN ALVEOLAR Y SE HACE LA ESCISION DE TODA LA FAJA FIBROSA, SE RECOMIENDA HACER UNA PLASTIA EN FORMA DE "Z", DESPUES DE ESCINDIR LA BANDA FIBROSA Y SOCAVAR EN FORMA AMPLIA LA MUCOSA, LOS COLGAJOS RESULTANTES DE BEN DE TENER POR LO MENOS UN CENTIMETRO DE LONGITUD, SE HACE SU TRANSPOSICION Y SE SUTURAN LOS BORDES CORTADOS DEL MUCOPERIOSTIO INSERTADO Y LA MUCOSA VESTIBULAR, ES MUY IMPORTANTE ASEGURARSE DE QUE SE SEPARAN TODAS LAS ADHERENCIAS FIBROSAS DEL PERIOSTIO CON LA DISECCION ROMA ANTES DE REPOSICIONAR LOS COLGAJOS MUCOSOS, SE SUTURA CON SEDA NEGRA.
(VER FIGURAS II.1)

ALVEOLOPLASTIA :

EN ESTE CASO SOLO SE ELIMINAN LAS PROTUBERANCIAS QUE EVITAN LA INSERCIÓN DE LA DENTADURA POSTIVA Y RETRASAN LA CURACION, ESTA INDICADA EN PACIENTES QUE TIENEN EN HUESO ALVEOLAR DENSO Y TRASTORNOS ONTOAOSEOS.

LA GUIA PRINCIPAL EN ESTE TIPO DE OPERACIONES DEBE SER LA TENDENCIA CONSERVADORA, SE HACE ELEVACION MINIMA DE LA ENCIA ADHERIDA DE MANERA QUE SE EXPONGA UN MINIMO DE HUESO SUBYACENTE, DEBERAN REDUCIR LOS REBORDES AFLADOS PALATINOS, LINGUALES Y LABIALES, PARA PROPORCIONAR UN REBORDE UN FORMA DE "U", DEBERAN RECORTARSE Y ELIMINARSE TEJIDO INTERDENTAL E INTERRADICULAR INFLAMADO O EXCECIVO, HAY QUE LAVAR ABUNDANTEMENTE PARA ASEGURARSE DE ELIMINAR DESECHOS Y VERIFICAR QUE LA BASE OSEA QUEDE LISA.
SE SUTURA CON SEDA O DEXON (3-0) CON PUNTOS AISLADOS Y DEBERA DE HACERSE A TRAVEZ DEL HUESO INTERSEPTAL.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FIGURAS II.1

**Corrección de los frenillos bucales**

En crestas alveolares favorables desde el punto de vista protésico y si las condiciones de las partes blandas son buenas, pero existe un frenillo bucal perturbador perfectamente localizado, está indicada la plástica vestibular parcial con epitelización secundaria.

Corte

La mucosa se separa en el límite de la encía adheña con la mucosa móvil y se prepara de forma epiperiostica.

**Suturado y cuidado de la herida**

La mucosa se fija al periostio en la parte superior del vestibulo con catgut.

Es importante acortar el borde de la prótesis en este punto para evitar que la irritación producida por la prótesis espulse la formación de granulaciones hipertróficas en el periostio, que debe epitelizar secundariamente. El inconveniente de este método radica en la cicatriz vestibular que queda en la zona del sellado de la prótesis.

**Exéresis de un fibroma protésico**

Los fibromas protésicos con cogajos se eliminan por exéresis, conservándose la mayor cantidad de mucosa posible. Según la localización y la anchura de la base de los fibromas, se requiere realizar simultáneamente o a continuación una plástica vestibular.

Incisión**Cierre de la herida**

ELIMINACION DE TORUS :

ES UN SOBRECRECIMIENTO OSEO FRECUENTE Y EN LA MAYORIA DE LAS VECES - BENIGNO. CUANDO CHOCA CON ALGUNA PROTESIS PRODUCE UN DOLOR FUERTE JUNT CON UNA IRRITACION CRONICA QUE PUEDE PRODUCIR UNA INFECCION O INCLUSO UN FACTOR ETIOLOGICO DE UN PROCESO MALIGNO BUCAL. . . EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE TORUS DEBIDO A SU LOCALIZACION EN ELLOS ENCONTRAMOS :

TORUS PALATINOS : ES UNA EXOSTOSIS UBICADO A LO LARGO DE LA LINEA- DE SUTURA DEL PALADAR DURO, ADQUIRIENDO VARIAS FORMAS, DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO HA SIDO CLASIFICADO COMO PLANO, MODULAR FUSIFORME Y LOBU-- LAR, SE SUPONE DE HUESO COMPACTO DENSO O DE UN CAPARAZAON DE HUESO COM PACTO CON UN CENTRO DE HUESO ESPONJOSO Y ES VISIBLE RADIOGRAFICAMENTE, - SU TRATAMIENTO ES QUIRURGICO Y NO DEBERA CORTARSE EN MASA PARA EVITAR LA ENTRADA A LA NARIZ, SINO DEBERA CORTARSE EN SEGMENTOS CON UNA FRESA QUI- RURGICA Y ESTOS SEGMENTOS SE RETIRARAN CON UN OSTEOTOMO Y LAS PROTUBE-- RANCIAS SE ALISAN CON UNA LIMA, EL COLGAJO SE RECORTA Y SUTURA, SE COLO- CA UN APOSITO QUIRURGICO.

TORUS MANDIBULARES : ES UNA EXOSTOSIS O SALIENTE OSEA QUE SE EN-- CUENTRA EN LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA MANDIBULA, POR LO COMUN A LA AL-- TURA DE LOS PREMOLARES, PUEDEN SER UNILATERALES O BILATERALES Y PUEDEN - SER UNICOS O MULTIPLES. SU ELIMINACION ES QUIRURGICA PARA EVITAR DIFICULTADES AL CONFECCIONAR -- UNA PROTESIS, LA INSICION SE REALIZA SOBRE LA CRESTA DEL REBORDE DESDENT- TADO, O ALREDEDOR DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, SE DIVIDE EL TORUS EN - VARIOS SEGMENTOS CON UNA FRESA QUIRURGICA Y SE ELIMINAN, LOS REBORDES SE ALISAN CON UNA LIMA, SE LIMPIA PERFECTAMENTE BIEN Y SE SUTURA EL COLGAJO SE COLOCA UN APOSITO.

ELIMINACION DE REBORDES AFILADOS :

ES UNA MOLESTIA MUY COMUN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON DENTADURA: ESTOS PUEDEN TENER FORMA DE SIERRA O AFILADOS, EL REBORDE GENERALMENTE - SE VE OSCURECIDO POR TEJIDO REDUNDANTE MOVIBLE SOBRE LA CRESTA. LA ELIMINACION DE LOS REBORDES AFILADOS SE INICIA REALIZANDO UNA INSICI- ON A TRAVEZ DEL PERIOSTIO, SE RECORTA EL HUESO CON UNA LIMA O FRESA QUI- RURGICA ELIMINANDO UNICAMENTE EL HUESO AFILADO CON UN MAXIMO DE DOS MI- LIMETROS, SE SUTURA Y SE REVISTE LA DENTADURA DEL PACIENTE CON ACRILICO BLANDO PARA LOGRAR UN SOSTEN TISULAR ADICIONAL.

PREPARACIONES SECUNDARIAS

SON LAS QUE SE EFECTUAN POSTERIORMENTE AL USO DE UNA PROTESIS TOTAL Y EN LA CUAL VA A VARIAR, TANTO LOS TEJIDOS DUROS COMO LOS BLANDOS, PRODUCIENDO UNA LESION QUE SE DEBE ELIMINAR POR METODOS QUIRURGICOS.

ESTOS TIPOS DE LESIONES LAS PODEMOS ENCONTRAR EN TEJIDOS BLANDOS: HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA, TUMORES DE TEJIDO BLANDO, EPULIS FISULAR, - PROCEDIMIENTOS DE EXTENSION DE REBORDE Y VESTIBULOPLASTIA.

EN TEJIDOS DUROS HACEMOS RECONSTRUCCION OSEA Y CORRECCION QUIRURGICA DE ANOMALIAS OSEAS.

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA :

ESTE TIPO DE LESION TIENE CARACTERISTICAS ESPECIFICAS, APARECE EN -- EL PALADAR Y SE DEBE A UNA LESION POR DENTADURA TOTAL, EN LA MAYORIA DE LOS CASOS HAY UN DESLIZAMIENTO ANTEROPOSTERIOR DE LA DENTADURA.

SUS CAUSAS PUEDEN SER POR EL DESCANSO PROPORCIONADO POR LA BOVEDA DURA TE LA CONSTRUCCION DE LA DENTADURA, QUE AFECTA LA PRESION SOBRE EL PALADAR.

LAS LESIONES EMPEORAN CON EL TIEMPO Y ENROJECEN, SE INFLAMAN Y ADQUIEREN ASPECTO FRAMBUESA, EN LA CUAL TAMBIEN SE PUEDEN OBSERVAR PEQUENOS TALLC PENDULARES EN EL TEJIDO.

LOS ALIMENTOS Y LIQUIDOS PENETRAN EN LA GRIETA Y LA BASE DE LA LESION, - AUMENTANDOLA MAAS Y AL MISMO TIEMPO IRRITANDOLA.

SU ELIMINACION SE PUEDE HACER CON UNA FRESA O TAMBIEN POR ELECTROCAUTERIO O CON BISTURI.

DESPUES DE LA CIRUGIA LA DENTADURA PUEDE COLOCARSE INMEDIATAMENTE COMO FERULA PROTECTORA.

(VER FIGURA II.2)

TUMORES DE TEJIDO BLANDO :

SE VA A DAR GRAN DIVERSIDAD DE TUMORES DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL, -- LOS CUALES VAN A SER TRATADOS DE LA MISMA FORMA.

PAPILOMAS :

PUEDEN ENCONTRARSE EN LA LENGUA, MEJILLAS O PALADAR, Y GENERALMENTE SON CRECIMIENTOS PEQUENOS Y PEDICULADOS QUE SE EXTIRPAN POR ESCISION.

HEMANGIOMAS :

APARECEN COMO MASAS TUMORALES; ROJO OSCURO O PURPURAS LOCALIZADAS EN LOS LABIOS, MEJILLAS O LENGUA, EL TRATAMIENTO ES POR MEDIO DE EXTIRPACION O INYECCION DE UNAS SOLUCION ESCLEROSANTE.

::

LOS LIPOMAS PUEDEN PRESENTARSE EN LA CAVIDAD BUCAL PERO SON MUY RAROS, - ESTOS SE FORMAN LENTAMENTE Y SIN DOLOR Y PUEDEN ALCANZAR UN TAMAÑO BASTANTE GRANDE ANTES DE QUE EL PACIENTE SE DE CUENTA. SE PUEDEN ENCONTRAR EN MEJILLAS O PISO DE BOCA Y ESTAN COMPUESTOS DE TEJIDO GRASO CON CONSISTENCIA BLANDA Y PASTOSA.

FIGURA II.2



MUCOCELE:

ES UNA RETENCION DE LA SECRECION SALIVAL Y APARECE CON MAS FRECUENCIA EN EL LABIO INFERIOR, SE EXTIRPA POR MEDIO DE UNA ESCISION ELIPTICA CON LA CUAL ES MENOS PROBABLE LA RUPTURA DE LA LESION Y HACE LA DISECCION MENOS COMPLICADA.

RANULA:

ES UN TEJIDO BLANDO INFLAMADO DEL PISO DE BOCA, RELACIONADO CON UNA O MAS GLANDULAS SALIVALES MENORES, EL TRATAMIENTO CONSISTE EN ESTABLECER UN DRENAJE EDECUADO EN LA OBSTRUCCION POR MEDIO DE UN TRACTO EPIALIZADO MARSUPIALIZACION O EXTIRPACION DE LA GLANDULA SALIVAL.

EPULIS FISULAR:

EL TEJIDO ATRAPADO ENTRE LA DENTADURA O PROTESIS TOTAL Y EL HUESO -- SUBYACENTE, LLEVARA A UNA FIBROSIS TISULAR Y CICATRIZACION DEL SURCO.

LA OCLUSION TRAUMATICA DE LOS DIENTES NATURALES OPUESTOS A UNA DENTADUI ARTIFICIAL TAMBIEN PUEDE SER MOTIVO DE UNA AFECCION, SU CORRECCION SE -- LOGRA CORTANDO EL PLIEGUE, SI ES PEQUENO, O HACIENDO UNA DISECCION SUBMUCOSICA PARA HACER UN COLGAJO, SE SUTURA CONSERVANDO LA ALTURA VESTI--LAR.

PROCEDIMIENTOS DE EXTENSION DE REBORDE:

EL OBJETIVO DE EXTENDER UN REBORDE ES DESCUBRIR QUIRURGICAMENTE HUESO BASAL DE LAS MANDIBULAS, VOLVIENDO A COLOCAR LA MUCOSA SUPRAYACENTE INSERCCIONES MUSCULARES Y MUSCULO EN UNA POSICION MAS BAJA EN EL MAXILAR--INFERIOR, O MAS ALTA EN EL SUPERIOR.

LA VENTAJA QUE DA COMO RESULTADO ES EL PODER ACOMODAR UNA ALETA MAYOF LA DENTADURA POSTIZA, CONTRIBUYENDO ASI A LOGRAR MAYOR ESTABILIDAD Y RE--TENCION DE LA DENTADURA.

NO EN TODOS LOS CASOS DE ATROFIA DE HUESO VASAL SUPERIOR O INFERIOR PUE--DEN TRATARSE QUIRURGICAMENTE POR EXTENSION DEL SURCO, DEBE EXISTIR HUESO ALVEOLAR APROPIADO CON SUFICIENTE ALTURA RESTANTE PARA PERMITIR LA RECO--LOCACION DE LOS NERVIOS MENTONIANOS Y LOS MUSCULOS MILOHIOIDEO Y BUCCI--NADOR EN EL MAXILAR INFERIOR.

EN EL MAXILAR SUPERIOR, LA ESPINA NASAL ANTERIOR, EL CARTILAGO NASAL Y -- EL BORDE ANTEROINFERIOR DEL MOLAR PUEDEN INTERFERIR EN LA POSICION DEL --SURCO EN LA PARTE SUPERIOR.

::

A LA INVERSA NO TODOS LOS CASOS REQUIEREN VESTIBULOPLASTIA COMPLETA CON--INJERTO DE PIEL O MUCOSA, CON DESCENSO DEL PISO DE LA BOCA, EN MUCHOS --CASOS SE OBTIENE EXITO CON EXTENSION VESTIBULAR ANTERIOR A LOS AGUJEROS--MENTONIANOS O CON UN PROCESO LINGUAL PARA REDUCIR LA APOFISIS GENI O LI--BERAR EL MUSCULO MILOHIOIDEO POR DETRAS EN EL PISO DE LA BOCA, LO QUE --RESUELVE EL PROBLEMA DE FALTA DE ESTABILIDAD Y RETENCION DE LA DENTADURA

VESTIBULOPLASTIA :

LA CIRUGIA PREPOSTETICA INCLUYE LAS CORRECCIONES QUIRURGICAS MENORES PREVIAMENTE DISCUTIDAS, TALES COMO FRENILECTOMIA Y ADHERENCIAS MUSCULARES A LA TUBEROSIDAD Y LA CORRECCION QUIRURGICA DE LAS ANOMALIAS, O SEA, DE LA MANDIBULA PARA PROPORCIONAR Y MEJORAR UNA BASE A LA PROTESIS DENTARIA.

ADEMAS DE ESTO, LLEGA EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE QUE USA PROTESIS TOTAL NECESITA AUMENTAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO ALVEOLAR, LO CUAL SE LOGRA POR MEDIO DE LA VESTIBULOPLASTIA.

LA CUAL ES NECESARIA CUANDO NO SE DISPONE DE UN SURCO ALVEOLAR PROFUNDO PARA LA RETENCION Y SOPORTE DE LA PROTESIS, ASI COMO CUANDO LA REABSORCION A SIDO EXTENSA O CUANDO SE PRESENTAN ADHERENCIAS MUSCULARES MUCOSAS SOBRE O CERCA DE LA CRESTA DEL BORDE ALVEOLAR, DIVERSAS TECNICAS PUEDEN REALIZARSE PARA MEJORAR LOS BORDES ALVEOLARES PARA APOYO DE LA DENTADURA Y PARA AUMENTAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO EN RELACION CON EL PROCESO ALVEOLAR Y CON LAS FIJACIONES MUSCULARES EN CASOS EXTREMOS DE ATROFIA DEL HUESO ALVEOLAR, TAMBIEN PUEDE REQUERIRSE LA RECONSTRUCCION DEL BORDE POR MEDIO DEL HUESO.

SE HACE UNA INSICION VERTICAL EN LA LINEA MEDIA A TRAVES DE LA MUCOSA, PERMITIENDO UNA DISECCION CIEGA SUPRAPERIOSTICA CON TIJERAS, DESPUES QUE SE HAN LIBERADO TODAS LAS ADHERENCIAS, EL TEJIDO SE FIJA EN LA PARTE ALTA DE LA PROFUNDIDAD VESTIBULAR Y UNA DENTADURA O MOLDE QUIRURGICO SE PRESIONA CONTRA EL NUEVO BORDE Y SE MANTIENE EN POSICION POR MEDIO DE UN ALAMBRE, PERIOMOLAR, EL METODO DE EPITELIZACION SECUNDARIA INVOLUCRA EL LEVANTAMIENTO DE UN COLGAJO SUPRAPERIOSTICO DEL LADO LABIAL DEL BORDE ALVEOLAR PARA LA PREPARACION DE UN COLGAJE MUCOSO EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL LABIO INFERIOR, PERMITIENDO QUE LA SUPERFICIE EXPUESTA CICA CICATRIZA POR SEGUNDA INTENCION, EN SEGUIDA SE INSERTA UN CATETER DE GOMA EN LA PROFUNDIDAD DEL NUEVO SURCO CREADO Y SE DEJA EN SU SITIO POR MEDIO DE SUTURAS DE ANCLAJE QUE SE MANTIENEN EN SU POSICION MEDIANTE BOTONES, DESPUES DE 7 A 10 DIAS SE QUITAN LAS SUTURAS Y EL CATETER, Y EN 4 A 6 SEMANAS PUEDE HACERSE UNA NUEVA PROTESIS.

UN PROCESO SIMILAR SE LOGRA MEDIANTE LA DISECCION CUIDADOSA DEL COLGAJO MUCOSO LIBRE DEL PERIOSTIO Y SUTURADO AL NIVEL NUEVO, CREANDO TANTO SURCO COMO SEA POSIBLE.

::

LA EXTENSION INMEDIATA TIENE MUCHAS DE LAS MISMAS VENTAJAS QUE LA PROTESIS INMEDIATA, LA INSICION SE HACE DIRECTAMENTE SOBRE LA CRESTA DEL BORDE ALVEOLAR A TRAVES DEL PERIOSTIO Y SE CURVA SUAVEMENTE DENTRO DEL PLIEGUE MUCOBUCAL DISTAL HACIA LAS AREAS DONDE SE DESEA LA EXTENSION.

EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO Y LAS FIJACIONES MUSCULARES SE LLEVAN HACIA ARRIBA Y DISTALMENTE HACIA EL SITIO DESEADO O LIMITES DE LA EXTENSION, ESTO DEJA UNA SUPERFICIE OSEA DESNUDA LA CUAL SERA CUBIERTA CON EL BORDE, ESTA AREA SE LLENA CON COAGULO QUE FORMARA TEJIDO DE GRANULACION Y FINALMENTE HABRA EPITELIZACION SOBRE EL HUESO EXPUESTO.

ES IMPORTANTE QUE LA PERIFERIA DE LA DENTADURA SOBREENTENDIDA SEA GRUESA Y BIEN REDONDEADA PARA EVITAR FISURAS E IRRITACION EN LA MAXILA, A MENU--
DO ES SUFICIENTE UN SOLO TORNILLO DE RETENCION EN LA LINEA MEDIA DEL PA--
LADAR PARA ESTABILIZAR EL MOLDE.

EN EL ARCO INFERIOR SON NECESARIOS POR LO MENOS DOS TORNILLOS, SIN EM--
BARGO SON CONVENIENTES TRES, UNO EN CADA UNA DE LAS ALMOHADILLAS RETRO--
MOLARES Y EL OTRO EN LA LINEA MEDIA.

EL DESPLAZAMIENTO DE COLGAJOS DE LA MUCOSA BUCAL CON UN PEDICULO BASAL .
A SIDO TAMBIEN UN METODO DE VESTIBULOPLASTIA DE MUCHO EXITO, EN TALES --
CASOS, EL COLGAJO ELABORADO SE TRAZA EN LA SUPERFICIE DE LA MEJILLA, ---
CONSERVANDO UNA BASE AMPLIA CERCA DE LA CRESTA DEL BORDE ALVEOLAR EN EL
AREA RETROMOLAR.

EL COLGAJO SEÑALADO CON UN PUNTO NEGRO SE INCIDE Y SE LIBERA DE SU BASE
Y LUEGO SE TRANSFIERE AL NUEVO SITIO QUIRURGICO, SEÑALADO CON UN CIRCULO
BLANCO EN LA MISMA, EXTENDIENDO EL SURCO ALVEOLAR.

EN SEGUIDA EL SITIO DONADOR SE DESBRIDA Y SE CIERRA POR MEDIO DE SUTURA--
OTRA VEZ TENDRA QUE INSERTARSE POR ENCIMA DE UN MOLDE Y SE MANTENDRA EN--
SU SITIO POR MEDIO DE SUTURAS CIRCUMMANDIBULARES O TORNILLOS.

RECONSTRUCCION OSEA :

EN CASOS MUY SEVEROS DE ATROFIA DEL BORDE ALVEOLAR DE LA MANDIBULA,-
CUANDO NO ES POSIBLE INCREMENTAR EL ESPACIO VESTIBULAR POR MEDIO DE LOS--
PROCEDIMIENTOS ANTES MENCIONADOS, SERA NECESARIA LA RECONSTRUCCION OSEI

ESTA PUEDE REALIZARSE MEDIANTE EL USO DE COSTILLA, CARTILAGO O HUESO -
DE LA CRESTA ILIACA, CON DIVERSO GRADO DE EXITO, HEMOS USADO CON EXITO -
HUESO COMPACTO DE LA CRESTA ILIACA Y ESQUIRLAS OSEAS PARA RECONSTRUIR --
EL BORDE ALVEOLAR CON UN PROCEDIMIENTO SECUNDARIO DE VESTIBULOPLASTIA --
CON INJERTO DE PIEL.

SE A PRESENTADO REABSORCION OSEA SIGNIFICATIVA DENTRO DE LOS CUATRO ANOS
POSTERIORES A LA CIRUGIA, SIN EMBARGO LA MAYORIA DE LOS PACIENTES MUES--
TRAN RESULTADOS ACEPTABLES, A MEDIDA QUE SE PIERDE ALTURA DEL BORDE AL--
VEOLAR, UNA BASE AMPLIA PARECE REEMPLAZAR EL BORDE ALVEOLAR PREVIAMENTE--
DOLOROSO Y AFILADO, PERMITIENDO UN MAYOR CONFORT A LOS USUARIOS DE LA --
PROTESIS.

CORRECCION QUIRURGICA DE ANOMALIAS OSEAS :

LA ELIMINACION DE CONDICIONES TALES COMO EL ODONTOMA, FIBROMA OSEI--
FICADA O LA EXOSTOSIS GENERALIZADA, ESTAN ENTRE LOS PROCEDIMIENTOS QUI--
RURGICOS OSEOS MAS DIFICILES DE EJECUTAR Y PUEDEN PRODUCIR PROBLEMAS ---
POST-OPERATORIOS PROLONGADOS.

LA TUBERIDAD OSEA DE LA MANDIBULA SE REDUCE PARA INCREMENTAR EL ESPACIO-VERTICAL ENTRE LOS ARCOS Y PARA SOCAVAR EL HUESO EN LA CIRUGIA PREPOSTE-TICA, EL HUESO DE ESTA AREA ES GENERALMENTE ESPONJOSO Y PUEDE REDUCIRSE CON FACILIDAD POR MEDIO DE LAS CIZALLAS O LIMAS PARA HUESO, PUEDE ESTAR PRESENTE UN EXCESO DE COLGAJO MUCOPERIOSTICO, NECESITANDOSE UNA EXCISION EN CUNA PARA EL CIERRE APROPIADO.

LA CRESTA MILOHIOIDEA O LINEA OBLICUA INTERNA, ES UNA PROMINENCIA LA -- CUAL INTERFIERE CON LA PROTESIS, SU ELIMINACION ES ALGO MAS DIFICIL Y -- LOS TEJIDOS DEBEN MANEJARSE CON DELICADEZA.

EL COLGAJO MUCOPERIOSTICO SE LEVANTA CON UNA INSICION HORIZONTAL EN LA - CRESTA DEL BORDE ALVEOLAR, CUANDO SE VEN LAS FIBRAS MUSCULARES SE PUEDEN SECCIONAR CON LAS TIJERAS O SEPARARSE CON EL ELEVADOR DEL PERIOSTIO.

EL TUBERCULO GENIAL ES UNA PROTUBERANCIA ANATOMICA NORMAL A NIVEL DE LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA SINFISIS DE LA MANDIBULA PARA LA FIJACION DE -- LOS MUSCULOS GENIOGLOSOS Y GENIHIOIDEO, DURANTE EL PROCESO DE ATROFIA -- DEL BORDE O RESORCION DEL HUESO ALVEOLAR, ESTAS PROMINENCIAS OSEAS Y -- SUS FIJACIONES MUSCULARES PUEDEN PRESENTARSE COMPLETAMENTE EN LA PARTE MAS ALTA DE LA CRESTA DEL BORDE ALVEOLAR, PUEDEN INTERFERIR CON LA PROTESIS Y TENDRAN QUE SER ELIMINADAS Y DESCENDIDAS LAS FIJACIONES MUSCULARES.

EL ABORDAJE QUIRURGICO DE ESTAS ESTRUCTURAS CALCITADAS ES POR DEL CINCEL O LA FRESA, ALGUNAS PUEDEN EXTIRPARSE COMPLETAS Y OTRAS REQUIEREN DE UNA TECNICA DE SECCION, EN EL CASO DE LOS EXOSTOSIS O TORUS, EL PROPOSITO -- PUEDE NO SER SIEMPRE LA ELIMINACION COMPLETA SINO EL SIMPLE CEPILLADO O LISAMIENTO DE LA MASA ABULTADA PARA ACOMODAR UNA PROTESIS.

LOS TORUS PALATINOS SON MAS FRECUENTES QUE LOS MANDIBULARES, SIN DIFERENCIA DE SEXO O RAZA, SON MASAS OSEAS QUE AUMENTAN DE TAMAÑO EN LA TERCERAS PRIMERAS DECADAS DE VIDA, PERO SE ESTABILIZAN DESPUES DE ESTE PERIODO -- SIN CAMBIO CONSIDERABLE.

EL CRECIMIENTO OSEO QUE SE PRESENTA EN LA LINEA MEDIA, INTERFIERE CONSIDERABLEMENTE CON LA MASTICACION DEL ALIMENTO CONTRA EL TECHO DE LA BOCA POR MEDIO DE LA LENGUA ASI COMO POR EL PASO DEL ALIMENTO A TRAVES DE LA CAVIDAD DE LA BUCAL, YA QUE EL TORUS PUEDE EXTENDERSE POSTERIORMENTE -- HASTA LA UVULA Y SER LOBULADO Y DE DIVERSAS FORMAS, ES POSIBLE TAMBIEN -- QUE INTERFIERA CON UNA PROTESIS IMPIDIENDO QUE SELLE LA DENTADURA EN SU PARTE INTERNA O EN SU PERIFERIA.

CONCLUSIONES

Para concluir podemos decir que durante una cirugía preprotética vamos a tener que conocer tanto músculos como zonas anatómicas.

Dentro de las zonas atómicas debemos de saber si es de tejidos blandos ó de tejidos ó bien si es un tumor benigno ó maligno para sí poder realizar extirpación de esa lesión que está afectando al paciente para poder colocarse su protodoncia así como para una buena masticación ó una menor destrucción de hueso.

Vamos a encontrar que dentro de las preparaciones primarias de los tejidos blandos como la frenilectomía nos va a hacer que nuestra dentadura no sea desalojada dandonos retención ó bien las alveoplastias es porque el tejido, duro está muy filoso y va encargarse al paciente ó la eliminación de un tori que va a proporcionarnos tanto dolor como poca retención de la prótesis total y dentro de las preparaciones secundarias vamos a encontrar anomalías como hiperplasia que es aumento de tejido posterior a una prótesis y entonces hay soporte ósea y las vestibulo placias al momento de retraerse al hueso vamos a tener que profundizar nuestro tejido para mayor retención, así como en tejidos duros un aumento de tejidos va a irritar y molestar a nuestro paciente al colocarse su prótesis.

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

- CIRUGIA BUCAL MENOR
G.L. HOWE
EDITORIAL MANUAL MEDERNO. MEXICO, D.F.

- TRATADO DE CIRUGIA
GUSTAVO O. KRUGER
EDITORIAL INTERAMERICANA. MEXICO, D.F.

- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
DR. WILLIAM G. SHAFER
EDITORIAL INTERAMERICANA. MEXICO, D.F.

- MANUAL MERCK
ROBERTH BERKOW
EDICIONES DOYMA.

- ATLAS DE PROTESIS TOTAL Y SOBRE DENTADURAS
DR. ALFRED H. GEERING
DR. MARTIN KUNDERT
EDITORIAL SALVAT 1988

- PROTODONCIA TOTAL
JOSE Y. OSAWA DEGUCHI
FAC. DE ODONTOLOGIA "U.N.A.M." 1984.

- PROTESIS TOTAL
SHELDON WINKLER
EDITORIAL INTERAMERICANA 1982.