

171  
24



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EXTRACCIÓN CON ALVEOLOMÍA  
Y  
EXTRACCIÓN CON ALVEOLECTOMÍA  
CON FINES PROTÉSICOS

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'García García'.

T E S I S A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A N :

GARCÍA GARCÍA MARTHA PATRICIA  
PALMA LARA MARÍA DEL CARMEN



ASESOR:  
C.D. VÍCTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

México, D.F. 1996



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.

EXTRACCIÓN  
CON  
ALVEOLOMÍA.

Y

EXTRACCIÓN Y  
ALVEOLECTOMÍA  
CON FINES  
PROTÉSICOS.

PRESIDENTE DEL JURADO.

C. D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA.

VOCAL.

C. D. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS.

SECRETARIO.

C. D. LUIS HUMBERTO RÍOS GARCÍA.

A DIOS, que lo es todo, y nos ha guiado y acompañado en nuestro camino.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que  
nos dió el regalo más maravilloso...

Nuestra profesión.

A la Facultad de Odontología, que nos formó  
dentro de sus aulas, laboratorios y clínicas.

A nuestros profesores que nos transmitieron sus  
conocimientos con dedicación y paciencia.

A mis papás Herminia y Enrique, les dedico mi más grande éxito, porque sé que éste es su propio éxito.

A mis hermanos por todo el apoyo que durante el tiempo que estuve en la facultad, recibí de ellos.

A mi tío Manuel y a mi mami Rosi, porque cuando necesité su apoyo, ellos estuvieron ahí.

A los doctores Francisco, Lupita y Ma. Luisa, por la ayuda que en muchas ocasiones me han brindado y principalmente por su amistad.

A mis compañeros y amigos Elizabeth, Jose Luis, Oscar, Hisashi y Leo, con quienes compartí alegrías y tristezas; triunfos y fracasos; días de clases, de exámenes, de trabajo; días de sueños y anhelos que culminan ahora que alcanzamos nuestra meta, y cuya amistad es inapreciable baluarte que me acompañará siempre.

A la doctora Eva, por su confianza y apoyo; a Ivan por su gran ayuda y amistad; y al consultorio dental Bereniz, porque en gran medida me proporcionó el escalón que me faltaba para alcanzar el logro que representa obtener el título.

Y finalmente a todos aquellos pequeños escalones que hubo en mi vida, representados por personas, situaciones, empleos; que me ayudaron a escalar poco a poco hacia ésta gran meta.

CARMEN.

A mis padres Esther y Jorge.  
Porque son lo que más quiero y a quienes les  
agradezco el creer en mí y el ayudarme a salir  
adelante en todo momento.  
Gracias por la oportunidad de superarme.

A Jorge y Oscar.  
Porque los quiero y me han ayudado siempre sin  
condición alguna.

A Juan, Ana y Paty.  
Porque han sido para mí un buen ejemplo; gracias  
por su amistad y apoyo.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera  
me ayudaron a alcanzar mi meta. Gracias.

PATRICIA.

A nuestro profesor de Seminario y asesor de  
Tesina...

C.D. victor Manuel Barrios Estrada.

4

Al honorable jurado.

## ÍNDICE.

### INTRODUCCIÓN.

### CAPÍTULO I.

#### EXTRACCIÓN CON ALVEOLO TOMÍA.

##### 1. GENERALIDADES.

##### 2. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

###### 2.1 ALVEOLO TOMÍA.

###### 2.2 EXTRACCIÓN CON ALVEOLO TOMÍA.

###### 2.3 OSTEOTOMÍA U OSTEECTOMÍA.

##### 3. INDICACIONES.

###### 3.1 DIENTES EN POSICIÓN ANÓMALA.

###### 3.2 DIENTES DISMINUIDOS EN SU RESISTENCIA CORONARIA Y RADICULAR.

a) Caries dental extensa.

b) Dientes portadores de piezas de prótesis.

###### 3.3 DIENTES FRACTURADOS POR INTENTOS QUIRÚRGICOS PREVIOS.

###### 3.4 FRAGILIDAD DEL DIENTE.

a) Dientes tratados endodónticamente.

b) Resorción idiopática interna.

c) Resorción idiopática externa.

###### 3.5 TRANSTORNOS INTRAÓSEOS ENTRE EL HUESO ALVEOLAR Y LA RAÍZ DEL DIENTE.

a) Anquilosis.

b) Hiper cementosis.

c) Esclerosis ósea.

3.6 ANOMALÍAS EN LA FORMACIÓN DEL DIENTE.

- a) Geminación.
- b) Concrecencia.
- c) Dilaceración.
- d) Raíces supernumerarias.

3.7 EXTRACCIÓN DE RAÍCES ANTIGUAS RETENIDAS.

4. CONTRAINDICACIONES.

5. TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN CON ALVEOLO TOMÍA.

- 5.1 INCISIÓN.
- 5.2 DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- 5.3 OSTECTOMÍA.
- 5.4 EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.
- 5.5 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.
- 5.6 SUTURA.

6. VÍAS DE ACCESO A LA ZONA A INTERVENIR.

CAPÍTULO II.

EXTRACCIÓN Y ALVEOLECTOMÍA CON FINES PROTESICOS.

1. GENERALIDADES.

2. DATOS HISTÓRICOS.

3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

- 3.1 ALVEOLECTOMÍA.
- 3.2 ALVEOLO TOMÍA.
- 3.3 ALVEOLOPLASTÍA.

4. ETIOLOGÍA DE LAS HIPERTROFIAS ÓSEAS.

- 4.1 ANORMALIDADES CONGENITAS.
- 4.2 ANORMALIDADES ADQUIRIDAS.

5. INDICACIONES.

- 5.1 EXTRACCIONES MÚLTIPLES.
- 5.2 EXTRACCIÓN DE UN SÓLO DIENTE.
- 5.3 COMO PROCEDIMIENTO PREIRRADIACIÓN.
- 5.4 EN LOS FACTORES LOCALES QUE OBSTACULIZAN LA INSERCIÓN DE UNA PRÓTESIS.

6. CONTRAINDICACIONES.

7. TIPOS DE ALVEOLECTOMÍA.

- 7.1 ALVEOLECTOMÍA SIMPLE.
- 7.2 ALVEOLECTOMÍA RADICAL.
- 7.3 ALVEOLECTOMÍA INTERSEPTAL.
- 7.4 ALVEOLECTOMÍA POR COMPRESIÓN DIGITAL.

8. PROCEDIMIENTOS PREVIOS POSOPERATORIOS.

- 8.1 HISTORIA CLÍNICA.
- 8.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
- 8.3 DIAGNÓSTICO.
- 8.4 PLAN DE TRATAMIENTO.
- 8.5 EFICIENCIA EN LA PLANEACIÓN DE LA CIRUGÍA.
- 8.6 DETERMINACIÓN DE LA CANTIDAD DE HUESO A EXTRAER.

9. TÉCNICA QUIRÚRGICA GENERAL.

- 9.1 INCISIÓN.
- 9.2 DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- 9.3 OSTECTOMÍA.
- 9.4 EXODONCIA.
- 9.5 ALVEOLECTOMÍA.
- 9.6 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.
- 9.7 CORTE DEL TEJIDO EXCEDENTE DEL COLGAJO Y SUTURA.

10. TIPOS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

- 10.1 ALVEOLECTOMÍA EN TODO EL MAXILAR.
- 10.2 ALVEOLECTOMÍA CORTICAL EN UN DIENTE POSEXTRACCIÓN.
- 10.3 ALVEOLECTOMÍA PREIRRADIACIÓN.
- 10.4 ELIMINACIÓN DE TORUS MANDIBULAR Y

MAXILAR.

- 10.5 ALVEOLECTOMÍA DEL REBORDE AFILADO.
- 10.6 ALVEOLECTOMÍA PARA REDUCIR EL REBORDE ALVEOLAR.
- 10.7 ALVEOLECTOMÍA INTERCORTICAL.
- 10.8 REDUCCIÓN DE LA TUBEROSIDAD.
- 10.9 ALVEOLECTOMÍA DE EXOSTOSIS VESTIBULARES.
- 10.10 ALVEOLECTOMÍA DE EXOSTOSIS PALATINAS LATERALES.

11. MEDIDAS PREVENTIVAS.

CAPÍTULO III.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

CASO CLÍNICO 1.

CASO CLÍNICO 2.

- 1. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS.
- 2. HISTORIA CLÍNICA.
- 3. DIAGNÓSTICO Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
- 4. PLAN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
- 5. RESULTADOS.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

## INTRODUCCIÓN.

## INTRODUCCIÓN.

Siendo la extracción dental la remoción quirúrgica de uno o más dientes, considerados como dañinos, ya sea porque presenten caries no tratables, procesos patológicos, etc; para la salud bucal y general, y teniendo como uno de sus objetivos principales, llevarse a cabo en el menor tiempo y ejerciendo el menor trauma posible; es la finalidad de este trabajo revisar y presentar una alternativa para aquellos casos en los cuales nos encontramos con situaciones en las que al intentarse darles una solución con la técnica habitual, pudiera involucrarse mayor tiempo, trauma y complicaciones; no lográndo llevar a cabo el objetivo de no ocasionar demasiado trauma, así como el de evitar ocupar demasiado tiempo durante esta cirugía menor que es la extracción dental.

La alternativa a la que se hace referencia es una técnica utilizada en casos, en los que la o las piezas dentales a extraer, al ser revisado su estudio radiográfico, este nos hace notar que existen condiciones que representan dificultades en potencia para llevar a cabo la extracción; como por ejemplo: caries dental prolongada debajo del margen gingival, anormalidades anatómicas de las raíces, (raíces accesorias, geminación, dilaceraciones profundas, resorción interna o externa), hipercementosis, anquilosis, esclerosis ósea, dientes tratados endodónticamente, dientes portadores de piezas de prótesis (pivots, jacket crowns), entre otros.

Para este tipo de casos está indicado el poner en práctica el método de la extracción con alveolotomía, denominación dada a la operación por medio de la cual se elimina un órgano dental de su alojamiento óseo, previo levantamiento de un colgajo y resección de la tabla de hueso que lo cubre; ofreciendo esta técnica al cirujano dentista una nueva postura ante lo que podría ser una extracción complicada, la cual al ser realizada a expensas de una vía así creada, es menos traumatizante, "en los casos indicados" que la vía alveolar, ya que los tejidos gingivales u óseos sufren menos traumatismo, tironeamientos, desgaraduras, aplastamientos y esfacelos; logrando llevar a buen término y con éxito la extracción emprendida.

Es también finalidad de este trabajo abordar el tema de la extracción dental y la alveolectomía con otro objetivo; el de ser realizadas con fines protésicos; pues en el momento de realizar extracciones a una arcada que posteriormente va a ser portadora de una prótesis, esto se hará planeando y teniendo en cuenta que los rebordes alveolares después de realizada la extracción, deben reunir ciertos requisitos que nos hagan posible colocar esa prótesis sin ocasionar molestias a los tejidos que recubren el reborde alveolar receptor de ésta; y si esto no es así debemos considerar el empleo de la técnica de la alveolectomía, procedimiento mediante el cual se realiza la eliminación de una porción del hueso que conforma la apófisis alveolar, reseándola quirúrgicamente.

La adopción de estas medidas quirúrgicas facilitará la retención, la estética, la estabilidad, y la instalación sin molestias de los aparatos protésicos; de esta manera la cirugía es un auxiliar imprescindible en la práctica del protesista, y en combinación cirugía y prótesis devolverán a los maxilares sus funciones, perdidas por las enfermedades dentales.

**CAPÍTULO I.**

## CAPÍTULO I. EXTRACCIÓN CON ALVEOLOMÍA.

### 1. GENERALIDADES.

Dentro de estas generalidades queremos presentar un estudio tomado de la revista Dental Abstract, el cual hace referencia a la incidencia en las complicaciones relacionadas a la extracción dental, las cuales finalmente terminan siendo extraídas por medio de cirugía; el estudio está enfocado a investigar si la edad de los pacientes es factor predisponente para que sucedan las complicaciones que surgieron.

Después de haber sido aplicado el método destinado a recopilar la información; con los resultados obtenidos se llegó a una conclusión de utilidad, para quienes queremos evitar tener complicaciones durante la extracción dental, así como el hecho de que esperemos que en la realización de extracciones dentales en el paciente geriátrico, sea indicativo el llevar a cabo el procedimiento por medio de la alveolotomía, el estudio retrospectivo es el siguiente.

Las complicaciones de la extracción dental no son más comunes en pacientes de mayor edad.

**INTRODUCCIÓN.** Este estudio es realizado debido a que los efectos de la edad en la incidencia de complicaciones relacionadas a la extracción dental, no han sido estudiadas.

**MÉTODOS.** 30 cirujanos bucales, de práctica privada, invitaron a participar a 20 pasantes, los cuáles realizaron a 413 pacientes su respectiva historia clínica; los cuáles se sometieron a 714 extracciones con fórceps, en un periodo de 60 días.

De estos pacientes el 37.8% tenía entre 25 y 44 años, 36.6%, tenía de 45 a 64 años y 25.9% tenía 65 años y más.

Entre los datos anotados en las historias clínicas estaban las complicaciones transoperatorias y posoperatorias, así como la prescripción analgésica y antibiótica dada por el cirujano bucal.

**RESULTADOS.** Dos terceras partes de los dientes fueron extraídos porque no eran restaurables; otras razones incluían, enfermedad parodontal, patología endodóntica, y dolor. Las complicaciones transoperatorias ocurrieron en 63 pacientes, y en el posoperatorio los problemas ocurrieron en otros 11.

La fractura radicular, y la necesidad de extraerla quirúrgicamente, fué la mas común de las complicaciones transoperatorias.

La incidencia en las complicaciones no fue asociada con la edad del paciente y los cirujanos no variaron los patrones de prescripción en los diferentes grupos de edad; a pesar de la expectativa de los investigadores, de que los cirujanos prescribirían menos medicación a pacientes que estuvieron tomando otro medicamento; que al grupo al que solo le fué prescrita medicación analgésica.

**DISCUSIÓN.** En la población estudiada la edad no fué encontrada como un factor de riesgo en las complicaciones que resultan en una extracción dental.

El seguimiento de estos resultados puede ser revisado más tarde, pues la mayor parte de esta población son personas las cuales viven en casas de cuidado (asilos).

**SIGNIFICADO CLÍNICO.** No debemos basarnos solamente en la edad para tomar la decisión de que va a ser o no complicada una extracción, y la técnica que nos ayudará a sacar adelante una situación que implique una extracción complicada, estará basada principalmente en un estudio radiográfico, y una buena historia clínica.

## 2. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

### 2.1 ALVEOLOTOMÍA.

Significa cortar dentro del proceso alveolar y es la eliminación de porciones específicas de hueso alveolar para facilitar el abordaje, para extraer por ejemplo, raíces retenidas, áreas residuales de infección ó quistes.

### 2.2 EXTRACCIÓN CON ALVEOLOTOMÍA.

Operación mediante la cual se elimina un órgano dentario de su alojamiento óseo, previa resección de la tabla de hueso que lo recubre.

### 2.3 SINONIMIA.

Ha sido denominada por diversos autores de diferentes maneras: Técnica de extracción abierta, Técnica a colgajo, Extracción con ostectomía, Extracción quirúrgica, debe hacerse notar que éste término es una redundancia, puesto que toda extracción dental es una cirugía.

### 2.4 OSTEOTOMÍA U OSTECTOMÍA.

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso; ostectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación.

### **3. INDICACIONES.**

Cualquier intervención quirúrgica debe ser planeada con una técnica adecuada, después de una radiografía y tomando en cuenta las indicaciones y contraindicaciones, de la técnica a usar, en este caso la alveolotomía, cuyas indicaciones son:

- 3.1 Dientes en posiciones anómalas.**
- 3.2 Dientes disminuidos en su resistencia coronaria y radicular.**
  - a) Caries dental extensa.
  - b) Dientes portadores de piezas de prótesis.
- 3.3 Dientes fracturados por intentos quirúrgicos previos.**
- 3.4 Fragilidad del diente.**
  - a) Dientes tratados endodónticamente.
  - b) Resorción idiopática interna.
  - c) Resorción idiopática externa.
- 3.5 Transtornos intraóseos entre hueso alveolar y la raíz dental.**
  - a) Anquilosis.
  - b) Hipercementosis.
  - c) Esclerósis ósea.
- 3.6 Anomalías en la formación del diente.**
  - a) Geminación.
  - b) Concrecencia.
  - c) Dilaceración.
  - d) Raíces supernumerarias.
- 3.7 Extracción de raíces antiguas retenidas.**

### 3.1 Dientes en posiciones anómalas.

(heterotópicos, ectópicos, en posición viciosa, retenidos total y parcialmente).

Los dientes heterotópicos, son aquellos que presentan anomalías de sitio, los caninos y premolares superiores y premolares inferiores suelen presentar esta anomalía.

Los dientes ectópicos, son aquellos que presentan anomalías de dirección (anteroversión, retroversión, lateroversión ó giroversión); y presentan por este hecho una relación con los dientes vecinos, distinta de los normalmente implantados, sus alvéolos guardan con las tablas óseas y con los dientes vecinos una diferente disposición.

La arquitectura del hueso es también distinta y las facilidades de acceso varían; siendo que la técnica para su extracción, está sujeta a este conjunto de variaciones del diente.

Es importante el examen previo clínico y radiográfico; si el diente presenta malformaciones en su raíz, o destrucción en su parte coronaria, se impone el método de extracción con alveolotomía.

### **3.2 Dientes disminuidos en su resistencia coronaria y radicular.**

a) Caries dental extensa. Dientes con coronas profundamente destruidas por caries, y donde no puede haber punto útil de aplicación de las fuerzas.

b) Dientes portadores de piezas de prótesis; como endopostes, coronas pivotadas, jacket crowns, obturaciones con incrustaciones extensas.

### **3.3 Dientes fracturados por intentos quirúrgicos previos.**

Cuando no se ha tenido la precaución necesaria al hacer la extracción de un diente, ya sea por que no se hizo la valoración preoperatoria, o porque se aplicó una fuerza inadecuada, el recurso de la extracción con alveolotomía será la mejor solución.

### 3.4 Fragilidad del diente.

#### a) Dientes tratados endodónticamente.

Muchos de los dientes que deben ser extraídos, son dientes sin vitalidad, su dentina habiendo perdido su metabolismo, pierde su elasticidad y se hace frágil; la fuerza aplicada cuando se extraen tales dientes se traduce en fracturas más comunes que en un diente no desvitalizado.

#### b) Resorción idiopática interna.

Esta anomalía puede aparecer como parte de una respuesta inflamatoria a la lesión pulpar; la resorción se presenta por la activación de osteoclastos o dentinoclastos en las superficies internas de la raíz o la corona; se aprecian lagunas de resorción las cuáles contienen dichas células, así como células de inflamación crónica, con el tiempo la raíz o la corona serán perforadas por estos procesos; conforme avanza la enfermedad los dientes toman un color rosa por el acercamiento del tejido pulpar.

La enfermedad es asintomática hasta que se fractura la raíz o se hace comunicación con una bolsa parodontal.

c) Resorción idiopática externa.

Anomalia que puede deberse a un proceso patológico adyacente como: a) Lesiones inflamatorias b) Quistes, c) Tumores benignos, d) Neoplasias malignas; etc.

La resorción externa también se relaciona con traumatismos, reimplantes o trasplantes de dientes los traumatismos o la necrosis del ligamento parodontal puede ser inicio de la resorción de las raíces dentales.

También existe reabsorción en dientes retenidos, cuando ejercen presión en las raíces de los dientes adyacentes, aunque éste otro haya tenido una erupción normal.

Se desconoce el origen, se piensa que se debe a la pérdida parcial del efecto protector del ligamento periodontal o del epitelio reducido del esmalte; este defecto se puede presentar en uno o más dientes; a lo largo de una evolución prolongada; la resorción produce al final la pérdida del diente.

### 3.5 Transtornos intraóseos del hueso alveolar y la raíz dental.

#### a) Anquilosis.

Fusión del cemento y el hueso alveolar con obliteración del ligamento parodontal; se produce en dientes con reabsorción del cemento, sugiriendo que podría representar una forma anormal de reparación; de ésta forma la anquilosis puede comenzar después de una inflamación periapical crónica, reimplantación dental, trauma oclusal; así como alrededor de dientes incluidos.

#### b) Hiper cementosis.

El depósito de cemento secundario en el ápice produce un agrandamiento que a menudo no permite extraer el diente por la cavidad alveolar normal.

#### c) Esclerosis ósea.

Alveolos hipercalcificados, la densidad ó espesor aumentado del hueso alveolar dificulta la expansión del alveolo y por ende complica la extracción dental de rutina; esta alteración suele deberse a estados locales o enfermedades generales, como enfermedad de Paget o enfermedad marmórea de los huesos, que requieren consideraciones especiales.

### 3.6 Anomalías en la formación del diente.

#### a) Geminación.

Es el intento de formar dos dientes a partir de un sólo germen dental; el resultado es la segmentación parcial, en la cual aparecen dos coronas que comparten el mismo conducto radicular.

#### b) Concrecencia.

Es una fuerza de fusión, en la cual los dientes adyacentes ya formados se unen por cemento; esto puede ocurrir antes o después de la erupción dental y se piensa que tiene relación con el apijonamiento o traumatismo; se presenta con más frecuencia en los terceros molares y segundos molares superiores; sólo si se requiere la extracción, ésta se hará con alveolotomía.

#### c) Dilaceración.

Es el encorvamiento ó angulación extraordinaria de las raíces dentales; la causa se relaciona con traumatismos durante el desarrollo radicular, ya sea el movimiento de la corona o parte de la raíz.

La erupción de el diente afectado, evolucionará sin problemas, sin embargo si se requiere extraer este tipo de dientes, la extracción puede hacerse difícil.

d) Raíces supernumerarias.

Es la presencia de raíces accesorias, las cuáles se presentan con más frecuencia en caninos, premolares y molares mandibulares; la presencia de raíces supernumerarias dificultan la extracción utilizando la vía alveolar, por lo que será necesaria la técnica con alveolotomía.

3.7 Extracción de raíces antiguas retenidas.

Son raíces profundamente situadas en los maxilares cubiertas por el tejido gingival, cuya existencia en estas zonas tienen origen por procesos de caries o fracturas, de las coronas, quedando las raíces retenidas.

#### 4. CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones son las mismas que se toman en cuenta para realizar una extracción ó una cirugía bucal mayor.

Presentaremos aquí las mas significativas.

- a) Diabetes Mellitus no controlada.
- b) Enfermedad cardiaca, en pacientes que han sufrido un infarto ó en sus antecedentes patológicos encontremos predisposición.
- c) Áreas que fueron irradiadas, existe contra indicación porque la cirugía dental, puede ocasionar radiosteomielitis; debido a la falta de suministro sanguíneo, pudiendo ocasionar alguna afección dolorosa y comprometer el estado de salud general del paciente.
- d) Cuando el diente o la raíz, estan implantados en una mandíbula delgada y atrófica.

e) Maxilares con osteoporosis, inadecuados para resistir fuerzas, así como la eliminación de una parte de hueso.

f) Porque la información radiográfica nos refiera datos por medio de los que podemos apreciar que no es adecuado realizar la intervención.

El estudio radiográfico suele dar en muchas ocasiones las indicaciones y contraindicaciones más acertadas, ya que la radiografía nos mostrará las condiciones anatómicas en las que se encuentra la región a intervenir, por lo que debemos estar atentos a cualquier dato que nos proporcione el estudio radiográfico que en gran medida será definitivo en la toma de una decisión.

## 5. TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN CON ALVEOLOTomía.

### 5.1 INCISIÓN.

Es la maniobra mediante la cual se seccionan los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así la intervención.

En cirugía bucal debe planearse a base de un perfecto examen radiográfico adecuado, dependiendo de la dirección de las raíces y disposición del diente o dientes a extraerse.

a) Condiciones que debe reunir una incisión.

\* Debe contar con una base amplia que aporte adecuada irrigación, que le proporcionará una buena nutrición, para evitar su necrosis y esfacelo.

\* El trazo debe hacerse sobre hueso que no va a ser extraído, así la incisión estará situada en posición tal que una vez vuelto el colgajo a su sitio y suturado, ésta sutura descansa sobre hueso sano; los colgajos no suturados sobre base ósea firme se retraen, se encogen o se rompen las suturas, dando como consecuencia retracciones desagradables y antiestéticas de difícil solución.

\* Se incidirá completamente a través del periostio; el corte debe llegar profundamente hasta el hueso, así el colgajo será mucoso y perióstico.

\* Considerar la zona anatómica, en lo posible debe trazarse la incisión respetando los frenillos y los orificios anatómicos, (agujeros mentonianos, por ejemplo); así como el surco vestibular que está profundamente irrigado; por el pasan vasos grandes e importantes; en cambio en el borde gingival y sus vecindades los vasos son pequeños.

\* Debe ser trazado de manera que tenga una buena visualización; este colgajo ha de permitir un campo operatorio amplio bien iluminado, de fácil acceso; no debe interferir en las maniobras quirúrgicas con el fin de no ser lesionado con los instrumentos en el acto operatorio; un colgajo traumatizado y herido trae consigo una mala cicatrización, con la retracción consiguiente.

\* El trazo debe ser de una sola intención.

Al hacer el trazo este ha de hacerse sin hacer líneas secundarias ni intentarlo en dos tiempos, es necesario que el bisturí sea de filo perfecto para no desgarrar la mucosa ni el periostio.

\* El corte con el bisturí se hará en ángulo de 90 grados pues si se hace en bisel, al volver a colocar el colgajo los labios de la herida sufren traslape.

\* Por último se evitará tensionar con la sutura para que no ocurra necrosis.

## 5.2 DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Colgajo quirúrgico es el colgajo de tejido blando que se corta y retrae a manera de poder retirar hueso subyacente para exponer raíces dentales y tejido patológico.

El colgajo mucoperióstico debe ser separado del tejido óseo para ésta maniobra se usan una espátula roma, las leguas ya mencionadas o el periostótomo.

El desprendimiento del colgajo se inicia a nivel de la lengüeta interdientaria; se introduce en el la espátula o periostótomo, la cual se insinúa por debajo de la fibromucosa, aplicándose directamente sobre el hueso; es mas sencillo desprender primero el colgajo a nivel del cuello del diente y luego continuar en toda la extensión necesaria, tratando de no lastimar o cortar el colgajo.

Separado el colgajo en toda la extensión requerida para descubrir el hueso a intervenir, se sostiene con un separador, con un periostótomo o con los propios dedos del cirujano; se seca el campo operatorio, con gasas ó con el hemoaspirador.

### 5.3 OSTECTOMÍA.

Es el objeto principal de la extracción quirúrgica, la eliminación de la tabla ósea externa suprimirá uno de los principales factores de la retención del diente en su alvéolo.

La resección del hueso puede hacerse usando la fresa redonda No. 8 de carburo de tungsteno; la ostectomía con fresa se efectúa aplicando este instrumento sólidamente contra el hueso; en su giro el instrumento extirpa el hueso que encuentra a su paso, llegando hasta el objeto a extraerse; la ostectomía en esta forma exige por lo general un hueso de poco espesor y poca extensión; el hueso debe irrigarse con suero fisiológico estéril, para evitar su calentamiento.

En otros casos puede usarse la fresa para facilitar la ostectomía, usando una fresa No. 2 ó 3, se realizan pequeños orificios que alcancen toda la profundidad del hueso y que sigan los contornos del objeto a eliminarse; posteriormente se unen estos puntos, para finalmente eliminar toda la porción del hueso.

a) Cantidad de hueso a extraer.

La extensión y cantidad de hueso a resecar, están fijadas por las condiciones del diente a extraer; en general es suficiente resecar hasta una altura equivalente a la mitad del diente o su tercio apical; cuando haya cementosis exageradas, dilaceraciones pronunciadas, o se necesite curetaje en la zona periapical, la cantidad de hueso a extraer debe alcanzar la amplitud y altura de las malformaciones o entidades patológicas.

El hueso de la pared alveolar, después de la eliminación del diente debe ser alisado con lima, para evitar lesiones del tejido gingival que va a cubrirlos.

#### 5.4 EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

La extracción del diente o de sus raíces, después de eliminado el hueso, puede realizarse de una manera más fácil; la supresión de parte de la tabla externa facilita el primer movimiento de lateralidad o el anteroposterior; la luxación y tracción están condicionadas por la dirección y disposición de las raíces.

Para la extracción de las raíces es preferible el uso de los elevadores rectos o angulados para ambos maxilares; usándose como palanca ó como cuña, se buscará desplazar el órgano dental hacia el sitio de menor resistencia; las raíces curvadas o dilaceradas se moverán en dirección del arco que describen; la eliminación de la tabla externa facilita las maniobras de luxación de las raíces con anomalías de forma y de dirección.

Las raíces con cementosis de gran volúmen exigen la ostectomía hasta la región apical y en toda la amplitud de la raíz.

## 5.5 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

Una vez que se ha completado el procedimiento anterior, la extracción propiamente dicha, se debe trabajar sobre la cavidad ósea que el órgano dental extraído ha dejado; en caso de que existan lesiones óseas periapicales, deben ser eliminadas, por supuesto que la existencia de un proceso patológico periapical, será descubierta por medio del exámen radiológico previo.

Hay que tener presente que el olvido de un curetaje periapical donde es requerido convertirá este proceso patológico en un quiste paradentario; los focos óseos persisten como tales y son causa de muchas neuralgias; los epitelios inflamados que quedan como lesiones residuales en los maxilares tardan tiempo en reorganizarse, pudiendo originar lesiones mayores; y como es considerada en términos generales útil la eliminación de los procesos patológicos en la zona del periápice, mediante el curetaje con cucharillas este es el momento de realizarla.

Las esquirlas óseas, las partículas de hueso y tejido óseo suelto en general deben ser eliminados por medio de la irrigación con suero fisiológico a presión; así como también los bordes filosos utilizando una lima para hueso y pasandola suavemente en un solo sentido, suprimiendo con esto una causa de irritación del tejido gingival de revestimiento o un foco largo tiempo mantenido, de alveolitis y supuración del alvéolo.

## 5.6 SUTURA.

Después de la extracción del diente y tratamiento de la cavidad ósea, el colgajo debe ser vuelto a su sitio, para ser mantenido con suturas; el éxito de una cirugía bien realizada puede verse mellado por un colgajo desprendido, con su consiguiente retracción, y transtornos estéticos ó la infección del alvéolo con dolor y supuración.

Dos o tres puntos de sutura bastan para fijar el colgajo a su sitio de normal inserción, conviene también cerrar el alvéolo con otro punto, asegurando la obturación de la cavidad y la protección del coágulo.

Los puntos se retiran al cuarto ó quinto día, dejados más tiempo, corren el riesgo de traumatizar inútilmente el tejido gingival, de por sí tan delicado y susceptible a los traumatismos.

## 6. VÍAS DE ACCESO A LA ZONA A INTERVENIR.

La zona elegida para la extracción dental por medio de un procedimiento con alveolotomía, de dientes normalmente implantados es la zona vestibular; la palatina y lingual, resultan siempre contraindicadas por la mala visibilidad que ésta proporciona al operador; más sin embargo cuando la índole de la operación así lo indique éstas zonas serán utilizadas como vía de acceso.

Debe evitarse dañar estructuras anatómicas importantes como el nervio mentoniano, nervio lingual, nervio palatino y arteria palatina.

En dientes posteriores superiores e inferiores, el acceso se hará por vestíbulo a una distancia que represente la anchura mesio distal del diente.

En caninos superiores e inferiores, la valoración preoperatoria de la radiografía dental, junto con el examen cuidadoso por medio de la palpación; darán al cirujano dentista información para planear la vía de acceso dependiendo también de la posición que estos guarden, ya sea vestibular, palatino ó lingual.

Los caninos normalmente erupcionados son considerados por algunos dentistas como difíciles de extraer mediante una técnica simple, debido a la anatomía y longitud de su corona y raíz proporcionando a éstos enorme soporte dentro del borde alveolar; para su extracción debe researse el hueso en los ángulos bucales mesial y labial para facilitar su extracción.

Con frecuencia estos dientes hacen necesaria una intervención quirúrgica para extraerlos, si no se corre el riesgo de perder mucho hueso alveolar bucal de los huesos adyacentes.

CAPÍTULO II.

## CAPÍTULO II.

### EXTRACCIÓN Y ALVEOLECTOMÍA CON FINES PROTÉSICOS.

#### 1. GENERALIDADES.

Toda la cirugía oral menor está en relación con la prótesis, ambas actúan sobre el mismo terreno, y en consecuencia; cada vez que opera debe considerar el práctico como muy probable; si ya no seguro, que en un futuro próximo o lejano, una prótesis tomará contacto sobre la región intervenida, para la aplicación de la terapéutica protésica, muchas veces el recurso de la cirugía bucal es indispensable; en otras ocasiones deberá actuar de común acuerdo, o realizarse la una dependiendo de la otra, todas estas posibilidades serán consideradas.

Quando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar deberán tomarse en cuenta respecto a necesidades protésicas futuras, el reborde ideal tiene forma de U, y en vista de que la resorción natural contorneará los rebordes a veces de manera poco uniforme, y requiriéndose de un periodo mas largo durante el cual el paciente puede experimentar molestias hasta que los bordes óseos localizados bajo el periostio sensibles se redondeen.

Y si tomamos en cuenta que actualmente la calidad de vida está en mejoría, y con esto la edad promedio de vida se alarga, existiendo un gran sector de la población de edad avanzada que vive en una época de conciencia social en la que la salud y el cuidado de la misma son muy considerados, y sabemos que si bien la prostodoncia tiene por meta restaurar las porciones estéticas y funcionales del sistema gnatólogico perdidas o ausentes en este tipo de población, debemos considerar el hecho de que una prótesis no puede ser mejor que su cimiento basilar, con recubrimiento tisular adecuado.

Es indispensable que el dentista haga todo lo posible por preparar, mejorar, conservar y reconstruir los maxilares, para que el paciente pueda usar una prótesis con dignidad, pues muchas prótesis que se llevan con molestia, desagrado y vergüenza, podrían hacerse cómodas y funcionales, si se llevaran a cabo alteraciones quirúrgicas para mejorar su uso y más aún, es la falta de previsión y planeación que acompaña a la simple extracción de los dientes y su reemplazo por un aparato protésico, siendo el odontólogo que extrae los dientes también quien coloca la prótesis; es una simple falta de prevención al momento de la extracción, por parte de éste, lo que crea muchos de sus futuros problemas protésicos.

Todo dentista debe conocer a fondo las situaciones que favorecen el éxito en la construcción de las prótesis, mediante la cooperación planeada y hecha con cuidado para evitar muchas circunstancias indeseables y eliminar otras al momento de hacer la extracción dental o después.

## 2. DATOS HISTÓRICOS.

**HISTORIA DE LA ALVEOLECTOMÍA.** En la década anterior a la introducción de la anestesia general, en la extracción de piezas dentales; Willard (1853), describió la alveolectomía como el método por medio del cual los pacientes podían ser preparados para dentaduras artificiales mas rápido de lo acostumbrado; El se avocó a la extracción de la papila gingival interdental y margen alveolar permitiendo una cicatrización de lado a lado de los tejios gingivales; Beers (1876), describió su heroico tratamiento, el cual fué una forma radical de alveolectomía en la cual grandes porciones del alveolo eran extraídas con fórceps cortantes.

La alveolectomía se convirtió en algo controversial a través de los años; en los años veintes muchos dentistas recomendaban y realizaban alveolectomías, pero una década más tarde muchos de estos dentistas dejaron su entusiasmo inicial por este procedimiento.

DeVan (1930) manifestó que las alveolectomías que había practicado anteriormente habían sido los peores errores que había cometido en su vida profesional; el péndulo retrocedió, la tendencia hacia lo conservador había empezado.

Molt (1923) recomendaba el uso de un estudio en la planeación de la alveolectomía para abolir los infortunados resultados de tan extenso método quirúrgico; él sugirió que tanto como fuera posible del septum interdental debería ser retenido para servir como una matriz para la regeneración del hueso; también recomendó que los tejidos suaves, fueran suturados sin la interferencia de hueso; y que fueran suturados sin tensión y sin tender a coadaptar los márgenes de la herida para preservar los márgenes del vestíbulo.

Los problemas de la excesiva resorción de hueso después de la alveolectomía fué señalada cuando Dean (1936), publicó una descripción de su técnica. alveolectomía intraseptal, un procedimiento usado por él por 20 años; Dean difirió de otros pioneros de la cirugía preprotésica, en que él se avocó en la conservación de la corteza labial, prefiriendo el sacrificio del hueso alveolar interradicular para conseguir un óptimo contorno del proceso alveolar.

Con ésta técnica Dean fué capaz de fracturar y colapsar la corteza labial, lingualmente, moldéandolo en la forma deseada; ya que el mucoperiostio no era separado del hueso, el paciente experimentaba menos dolor posoperativo, hemorragia y reabsorción ósea, que con otras técnicas.

Smfield (1944), Sealey (1948), McKay (1964), y muchos otros autores determinaron que la alveolectomía intraseptal de Dean, era particularmente buena para cirugía dental inmediata; para casos de protrusión maxilar extrema; Obwegeser (1966) sugirió una modificación a la técnica de Dean en donde tanto las corticales labial y palatal eran fracturadas sin posicionarlos.

Michael y Barsoum (1976) estudiaron la cantidad y la duración de la resorción de hueso postoperatorio y el cambio en el contorno del reborde alveolar en pacientes de extracciones dentales recientes, usando varias técnicas de cirugía, como por ejemplo:

- 1) Simple extracción sin cirugía adicional;
- 2) Extracciones con alveolectomía labial cortical, y;
- 3) Extracciones con la alveolectomía intra septal de Dean; usando fotos secuenciales de contorno sagital del estudio, y radiografías cefalométricas seriales, de pacientes; mostraron estadísticamente, que las tres técnicas producían casi la misma resorción de hueso al finalizar 3 meses, pero después las diferencias fueron notorias; al final de los 6 y los 12 meses; la extracción sin cirugía había producido menor cantidad de resorción de hueso, con una marcada baja en el nivel, a los 6 meses, sin embargo ambas técnicas de alveolectomía dieron como resultado una continua resorción de hueso; y con la alveolectomía labial cortical se observó la mas progresiva y grande pérdida de hueso.

### 3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

#### 3.1 ALVEOLECTOMÍA.

Es la denominación que se le dá a la reducción apropiada del alveolo, primordialmente, para la instalación de una prótesis, una consideración importante durante el procedimiento de alveolectomía es la eliminación conservadora del hueso más bien que la eliminación radical del mismo.

#### 3.2 ALVEOLOTOMÍA.

Significa cortar dentro del proceso alveolar y es la eliminación de porciones específicas de hueso alveolar para facilitar el abordaje, por ejemplo, para raíces retenidas, áreas residuales de infección o quistes.

#### 3.3 ALVEOLOPLASTÍA.

La alveoloplastía se refiere más a procedimientos quirúrgicos específicos de tejidos blandos para mejorar la fijación de estos al alvéolo.

#### 4. ETIOLOGÍA DE LAS HIPERTROFIAS ÓSEAS.

Pueden clasificarse en anomalías congénitas y anomalías adquiridas.

##### 4.1 ANORMALIDADES CONGENITAS.

Crecimientos óseos o excrecencias, localizadas generalmente en:

1) En las tuberosidades maxilares; 2) Como proyección de la parte anterior de la apófisis alveolar superior, sobre el maxilar inferior, llamada resalte; 3) Como alargamiento de la parte anterior de la apófisis alveolar superior por debajo de la línea normal del labio llamado entrecruzamiento; 4) Como excrecencia ósea sobre el rafe mediano del hueso palatino, conocida como torus palatino (osteoma palatino); 5) Como excrecencias óseas sobre la superficie lingual de la mandíbula, conocidas como torus mandibularis (osteoma mandibular)

#### 4.2 ANORMALIDADES ADQUIRIDAS.

Pueden ser el resultado de:

1) Una extracción dental,

a) El hueso alveolar se desplaza frecuentemente cuando los dientes se hacen girar hacia la superficie bucal, quedando en una posición inadecuada las tablas externas;

b) A lo largo de un periodo de años, se origina un ritmo irregular de atrofia por desuso del proceso alveolar,

c) La pérdida temporaria de dientes en oclusión origina la extrusión gradual de los dientes antagonistas con su reborde alveolar de soporte, originando esto una elongación del reborde en la zona anterior.

2) Hábitos masticatorios peculiares, por ejemplo los masticadores de tabaco adquieren hiperostosis o engrosamiento de la cortical ósea.

3) En presencia de infecciones crónicas gingivales; la cortical vestibular forma protuberancias óseas y exostosis multinodulares.

4) Infecciones crónicas que destruyen el hueso interseptal o interradicular.

5) Deformidad siguiente a una cicatrización deficiente de fracturas mal consolidadas, pobremente enfrentadas, del maxilar inferior y/o superior; de todos modos son malposiciones que no garantizan la refractura.

6) Deformidades después de la extracción de quistes grandes.

7) Osteomas.

## 5. INDICACIONES.

Las indicaciones quirúrgicas categóricas, no deben ser alteradas por consideraciones protésicas; es decir, que toda porción, dental ó no, que debe ser eliminada por razones terapéuticas no debe ser conservada por razones protésicas, pues en tal caso la prótesis dejaría de ser terapéutica.

En todos los demás casos, así como para elegir los procedimientos quirúrgicos, el cirujano oral menor debe tener en cuenta el porvenir protésico, (sea eligiendo los procedimientos quirúrgicos menos mutilantes, sea eliminando o corrigiendo aquellas disposiciones que dificulten o impidan la colocación de prótesis correctas), de esto podemos concluir que la técnica estará indicada en los siguientes casos:

5.1 En combinación con extracciones múltiples de los dientes para la preparación inicial de la cresta alveolar.

5.2 En la extracción de un solo diente, puesto que siempre se debe pensar en la futura construcción de una prótesis.

5.3 Como procedimiento preirradiación.

5.4 En la corrección de los factores locales que obstaculizan la inserción de prótesis como pueden ser:

a) La eliminación de prominencias, socavamientos, retenciones acentuadas, hipertrofias, torus, exostosis.

b). Presencia de rebordes afilados o con aristas.

c) Cuando la relación entre los rebordes alveolares superior e inferior no es satisfactoria.

## 6. CONTRAINDICACIONES.

En enfermedades sistémicas no controladas, como diabetes, hipertrofia articular, osteoporosis, padecimientos oncológicos y enfermedades inmunosupresoras.

## 7. TIPOS DE ALVEOLECTOMÍA.

- 7.1 Alveolectomía Simple.
- 7.2 Alveolectomía Radical.
- 7.3 Alveolectomía Intermedular ó Interseptal.
- 7.4 Alveolectomía por Compresión Digital.

## DESCRIPCIÓN.

### 7.1 ALVEOLECTOMÍA SIMPLE.

Después de extracciones múltiples, se examinan las placas alveolares bucales y el hueso interseptal, para buscar protuberancias y bordes afilados; si es necesario realizar una alveolectomía, se hacen incisiones a través de las crestas interseptales; el mucoperiostio se eleva cuidadosamente del hueso con una cureta molt núm. 4 o algún elevador del periostio.

El colgajo se retrae delicadamente y se coloca el borde de una compresa de gasa entre hueso y colgajo, se colocan unas pinzas de gubia universales, de lado, a mitad del alveolo vacío y la placa alveolar labial o bucal se reseca para lograr una altura uniforme en todos los alveolos. las pinzas son colocadas sobre la cresta interseptal, con un pico en cada alveólo y se elimina la cresta 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, se retira la gasa de manera que el colgajo vuelva a tomar su lugar sobre el hueso, y se pasa un dedo enguantado sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alveólo está liso.

La placa bucal deberá contornearse aproximadamente a la misma altura que la placa palatina para formar un reborde plano y ancho, los colgajos bucal y palatino, se suturan entonces sobre las áreas interseptales, pero no sobre los alveolos abiertos; se sutura en forma continua o con puntos separados sin tensión.

## 7.2 ALVEOLECTOMÍA RADICAL

En ciertos momentos, se aconseja contorneado radical del reborde alveolar debido a socavados extremadamente prominentes, o en ciertos casos, una gran discrepancia en la relación horizontal de los rebordes superior e inferior, debida a sobremordida horizontal notable (overjet); estos pacientes pueden requerir eliminación total de la placa labial para lograr substitución protésica satisfactoria.

En estos casos, se eleva un colgajo mucoperiostístico antes de la extracción; la extracción de los dientes puede facilitarse al eliminar primero el hueso labial que queda por encima de las raíces de los dientes, esta eliminación, también asegurará la conservación del hueso interradicular; después de extraer los dientes, se corta el hueso restante y se contornea para lograr la altura labial y oclusal con la pinza gubia y la lima; se recorta tejido excesivo de los colgajos labial y palatino, que se unen con sutura continua o puntos interrumpidos sobre los tabiques.

### 7.3 ALVEOLECTOMÍA INTERRADICULAR.

También llamada interseptal. En este procedimiento, se sacrifica hueso interradicular en vez de placa labial; se extraen los dientes, no se intenta elevar un colgajo mucoperiostico sobre el hueso que va a colapsarse; se extirpa el hueso interradicular con unas pinzas de gubia de picos angostos (un pico en cada alveolo) a la mitad de la altura de los alveolos; la eliminación de éste hueso se realizará en forma de V.

Una vez cortado el hueso intermedular, se ejerce presión firme para colapsar la placa vestibular hacia la placa bucal; esto origina una fractura en tallo verde en lo alto de los surcos bucal o labial; las suturas se emplean para mantener los tejidos lingual y vestibular suprayacentes unidos, en este procedimiento no se hace levantamiento de colgajo mucoperiostico.

A pesar de que esta técnica logra la reducción del hueso infrayacente y de algunas irregularidades óseas, evitando el levantamiento del colgajo mucoperiostico, tiene algunas desventajas fundamentales:

1. Se origina una fractura en el hueso alveolar, la cual tratamos de evitar como un principio básico.

2. Se sacrifica hueso medular vital, el cual contribuye mucho a la recuperación del proceso.

3. Puede formarse un borde agudo, a manera de cuchillo, en la cresta donde se aproximan los bordes de las dos placas óseas corticales.

4. Debido a que ambas placas del hueso cortical son comprimidas, están sujetas a resorción.

Aunque este procedimiento puede requerir menos tiempo y provoca menor hemorragia, y se asocia a menor resorción y menor dolor posoperatorio, puesto que el periostio no se desprende del hueso y no descansa sobre hueso que se ha puesto áspero, como en otros métodos, no es el procedimiento recomendado rutinariamente para hacer alveolectomía aceptable.

#### 7.4 ALVEOLECTOMÍA POR COMPRESIÓN DIGITAL.

El procedimiento mas conservador es la compresión de las paredes alveolares haciendo compresión con el pulgar y algún otro dedo; la extracción generalmente expande la corteza labial o bucal, la presión restaurará las paredes a su posición inicial; el exceso de compresión debido a presión muy fuerte puede reducir la anchura de los alveolos en un tercio.

## 8. PROCEDIMIENTOS PREVIOS POSOPERATORIOS.

Independientemente del procedimiento quirúrgico, el cirujano debe tener una rutina definida para la evaluación y examen del paciente antes de empezar el tratamiento, dicha rutina debe consistir en lo siguiente:

### 8.1 HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.

La historia clínica debe contemplar los siguientes puntos: Ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, Antecedentes personales no patológicos, Antecedentes personales patológicos, Padecimiento Actual (Motivo de la consulta); Interrogatorio por Aparatos y Sistemas, Exploración Física y Exploración Bucal.

Durante la realización de la Historia Clínica se hará hincapié en las preguntas donde se trata de averiguar acerca de la existencia de enfermedades sistémicas, con el fin de obtener datos acerca de contraindicaciones para poder llevar a cabo el tratamiento y la posible modificación del mismo.

## 8.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

a) Estudios de Laboratorio y de Gabinete, que nos muestren, si es que existe alguna enfermedad sistémica, que ésta se encuentra controlada.

b) Estudio radiográfico que nos muestre la zona a intervenir y que nos va a proporcionar una base mas clara para poder llegar a un diagnóstico.

c) Durante la Realización de la Historia Clínica la observación, y la auscultación de la zona, mediante la palpación serán un excelente auxiliar de diagnóstico.

## 8.3 DIAGNÓSTICO.

Se llegará a la conclusión acerca de el problema que plantea el caso, y si éste es candidato a recibir el procedimiento quirúrgico que tratamos.

#### 8.4 PLAN DE TRATAMIENTO.

En seguida, el operador sistemáticamente examina el trabajo a realizar; toma una decisión sobre la anestesia que se debe emplear, y examina meticulosamente, desde el punto de vista clínico y radiológico, el diente o los dientes que van a extraerse; debe tomar una decisión sobre si realizará o no este procedimiento, con o sin colgajo, o si será necesaria una eliminación ósea, y cual tipo de eliminación ósea se requerirá; hará la elección del instrumental en general a utilizar; es mejor formarse una imagen mental, de cómo se piensa que marchará el caso, así como las dificultades que se prevean.

#### 8.5 EFICIENCIA EN LA PLANEACIÓN DE LA CIRUGÍA.

Es posible que el cuidado de la cirugía no pueda ser llevado a través de un plan riguroso porque siempre están presentes diferencias individuales; sin embargo el operador cuidadoso debe estar preparado para aplicar sus conocimientos individuales de manera separada a los problemas quirúrgicos en una secuencia adecuada; los accidentes serios no son raros en la cirugía bucal y generalmente se pueden evitar.

La pérdida de tiempo, la fatiga del paciente y del operador, así como las malas condiciones de trabajo son muy comunes; el incremento en la eficiencia, requiere de esfuerzo, esmero, planeación y cierto costo adicional, pero que se traducirá en una mejora que podrá anticiparnos que los accidentes, el tiempo operatorio y el trauma, disminuirán y será incrementada proporcionalmente la satisfacción del cirujano debida a los resultados logrados.

Para llevar a cabo la eficiencia en la operación deben tenerse en cuenta las siguientes medidas:

a) Revisión de Historia Clínica y estudios radiográficos.

Al operar, siempre con la ventaja de tener buenas radiografías preoperatorias, proporciona muchos beneficios, dan una buena vista de la forma, tamaño y curvatura de la raíz, la densidad ósea, la presencia de procesos patológicos, tales como quistes, tumores o fracturas, que podrían haberse sospechado y, además, verifican el diagnóstico clínico de las condiciones del propio diente en cuanto a profundidad de la caries, localizaciones de las excavaciones.

b) Anestesia.

El agente anestésico utilizado en una operación debe ser adecuado para el caso.

c) Elección del instrumental que va a ser necesario ocupar.

Las enfermeras y asistentes dentales deben conocer con precisión los instrumentos necesario para una determinada operación y el orden en que deben ser colocados sobre la charola, durante el procedimiento operatorio, el operador debe establecer el hábito de colocar un instrumento sobre la charola en el mismo lugar de donde la tomó, este hábito dará por resultado una charola siempre limpia y ordenada.

d) Ayuda competente.

Intentar hacer cirugía solo es difícil y provoca accidentes, frustraciones y esfuerzo inútil, el empleo de un ayudante es obligatorio y él o ella deben estar bien entrenados en funciones específicas y movimientos manuales, y tomará parte en:

\* Uso del aspirador de succión, para eliminar sangre, saliva y desechos del interior de la cavidad oral, tarea que si se realiza perfectamente, el paciente nunca tendrá que hacer uso de la escupidera, siendo el procedimiento operatorio mas limpio y eficiente.

\* Empleo de la jeringa de agua (junto con el aspirador), para enfriar la lima o fresa.

\* Proporcionar retracción.

\* Tranquilizar al paciente de una manera agradable y con seguridad.

\* Proporcionará los diferentes tipos de instrumentos, tomándolos de la charola de instrumentos, en el orden que los vaya requiriendo el operador.

\* Llenará las jeringas con suero para realizar la irrigación de la cavidad.

\* Realizará la apertura de paquetes de sutura que le proporcionará al operador.

\* Limpiará de desechos, como gasas sucias, envolturas de paquetes, de hoja de bisturí, de sutura, campos sucios, etc., las superficies de trabajo.

\* Por supuesto que este permanecerá al lado del sillón dental, hasta que concluya la cirugía.

e) Excelente iluminación.

Es indispensable la iluminación brillante sobre el campo operatorio todo el tiempo.

## 8.6 DETERMINACIÓN DE LA CANTIDAD DE HUESO A EXTIRPARSE.

Dentro de los procedimientos previos posoperatorios debemos llevar a cabo esta decisión como parte del plan de tratamiento, una consideración importante durante el procedimiento de alveolectomía es la eliminación conservadora del hueso más bien que la eliminación radical del mismo.

Se requiere buen juicio para determinar si la alveolectomía postextracción es necesaria, y cuan extensamente deberá hacerse.

El objetivo es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado,

La pereza por parte del operador para alisar bordes claramente afilados, protuberancias y socavados excesivos que causan molestia y una base para prótesis poco satisfactoria, nunca podrá denominarse tendencia conservadora.

Ante esto, la cirugía tanto puede pecar por exceso como por defecto; frente a cada intervención debe tenerse en cuenta la forma como influirán los procedimientos quirúrgicos en la cicatrización y remodelado de los maxilares; por una parte las extracciones simples son en muchos casos cirugía insuficiente; pero las exéresis óseas desaprensivas pueden producir mutilaciones irreparables.

Es difícil estimar o predecir la futura resorción cuando se realiza una alveolectomía; el juicio y la experiencia en cirugía son necesarios, pero la siguiente guía puede ser de utilidad.

1. El hueso esponjoso se regenera más rápida y más extensamente que el hueso compacto, así que es deseable preservar tanta corteza como sea posible, aún cuando el costo sea el suave hueso medular.

Una dentadura debe descansar en un hueso compacto para mejores resultados.

2. Como se señaló anteriormente, el proceso alveolar debe ser alisado, para una superficie de contacto y soporte máxima; si la reducción inmediata de los alveolos nos da como resultado un proceso alveolar en forma de V, la alveolectomía debe ser retrasada 4 a 6 semanas, hasta que el nuevo hueso llene los espacios dejados por los dientes extraídos; frecuentemente uno encontrará que mucho menos hueso será extraído con una alveolectomía retrasada que con un hueso sensible inmediatamente despues de la extracción de piezas dentales.

## 9. TÉCNICA QUIRÚRGICA GENERAL DE LA ALVEOLECTOMÍA Y EXODONCIA CON FINES PROTÉSICOS.

La alveolectomía y la exodoncia, con el fin de preparar un maxilar para la prótesis, pueden hacerse en toda la extensión de la arcada, o de otro modo dividir la operación por zonas, procedimientos relacionados con el número de dientes a extraerse y estado del paciente.

### 9.1 INCISIÓN.

La incisión que se realizará dependerá su extensión del número de dientes a extraerse, y se puede hacer dividiendo la arcada en dos zonas posteriores y una zona anterior.

### 9.2 COLGAJO.

Con una espátula roma o un instrumento adecuado, se levanta el colgajo mucoperióstico; la cantidad de elevación del colgajo labial o bucal, está en directa dependencia con la extensión de la operación, pero por lo común es suficiente elevarlo solamente hasta la región del tercio apical de los dientes.

### 9.3 OSTECTOMÍA.

De acuerdo con el tipo de extracción a realizarse, será la magnitud de la ostectomía en la tabla externa, eliminando el hueso con fresa o alveolotomo, según la habilidad.

### 9.4 EXODONCIA.

Se realizan las extracciones aplicando para la operación, las técnicas exodonticas necesarias.

### 9.5 ALVEOLECTOMÍA.

La cantidad de hueso a reseca con fines protésicos debe ser relativamente escasa, eliminando sólo las aristas óseas, los bordes óseos filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e interradiculares hasta una altura prudencial, realizando, esta parte de la operación con alveolotomo; el alisamiento final del hueso se hace con limas para hueso (escofinas) o fresas redondas grandes.

Para comprobar si no hay puntas cortantes que más tarde van a resultar molestas, se vuelve el colgajo a su sitio y se verifica con el pulpejo del dedo la regularidad de la arcada alveolar; existiendo tales puntas, se vuelve a levantar el colgajo y se elimina la zona deseada repitiendo el procedimiento antes mencionado.

## 9.6 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.

Una vez que el proceso alveolar ha tomado la forma deseada, se irriga la zona intervenida con solución fisiológica estéril para remover los restos óseos desprendidos.

## 9.7 CORTE DEL TEJIDO EXCEDENTE DEL COLGAJO Y SUTURA.

Perfectamente regularizada la arcada alveolar, se vuelve el colgajo a su sitio y con tijera se corta el excedente del tejido gingival, bucal y palatino, de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes; estos colgajos se fijan con puntos separados de sutura.

10. TIPOS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CORRECTORES DE LAS HIPERTROFIAS ÓSEAS DEL PROCESO ALVEOLAR.

- 10.1 Alveolectomía en todo el maxilar.
- 10.2 Alveolectomía cortical de un diente posextracción.
- 10.3 Alveolectomía preirradiación.
- 10.4 Eliminación de torus, mandibulares y maxilares.
- 10.5 Alveolectomía del reborde afilado.
- 10.6 Alveolectomía para reducción del reborde alveolar.
- 10.7 Alveolectomía intercortical, para apófisis alveolares prominentes.
- 10.8 Reducción de la tuberosidad.
- 10.9 Alveolectomía de exostosis vestibulares.
- 10.10 Alveolectomía de exostosis palatinas laterales.

## 10.1 Alveolectomía en todo el maxilar.

En casos de alveolectomía y extracción dental, ó alveolectomía con fines protésicos, en todo el arco ó en una arcada, la consigna será ser conservadores, se traza una incisión sobre toda la extensión de la arcada desdentada, comenzando desde la cara distal del último diente más posterior, y debe llegar hasta la tuberosidad, si las condiciones de ésta arcada así lo exigen; porque existan crestas rugosas, bordes filosos ó irregularidades; debe realizarse la excéresis de éstos; a nivel de dientes existentes en el camino de la incisión, ésta bordeará sus cuellos gingivales; los dientes aislados en maxilares, en donde sus dientes vecinos han sido extraídos mucho tiempo atrás, descansan sobre colinas óseas que requieren un remodelado alveolar.

## 10.2 Alveolectomía cortical en un diente posextracción.

Luego de extraer un solo diente se debe hacer una alveolectomía conservadora si existen áreas prominentes de hueso alveolar que no favorecerían una futura prótesis; una vez anestesiada la zona 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 bucal, palatino ó labial y lingual, para hacer un cierre lineal del tejido; el hueso sobresaliente se retira cuidadosamente con una fresa de bola, ó alveolotomo; y luego se alisa la zona con una lima para hueso; luego de hacer una irrigación adecuada, los márgenes de la herida se aproximan y se suturan. Cuando extracciones dentales se han hecho sin criterio protésico; ó cuando a pesar de haber llevado a cabo una alveolectomía, quedan bordes agudos y crestas dolorosas a la presión; estos deben ser eliminados; realizando la intervención según los principios de la operación con alveolectomía.

### 10.3 Alveolectomía preirradiación.

La alveolectomía radical se lleva a cabo en pacientes con cáncer bucal que van a ser sometidos a terapéutica de radiación como parte del tratamiento preoperatorio.

En estos pacientes se extraen los dientes afectados por enfermedad periodontal, desvitalizados y extensamente restaurados ó que vayan a estar en el camino directo de la radiación; se ha observado que el hueso interseptal y alveolar que ha sido irradiado, y no se regularizó previamente, no se remodelará espontáneamente, y está contraindicado hacerlo después de la irradiación, pues se puede predisponer el reborde a radiosteomielitis de los maxilares.

Muchos pacientes irradiados por un carcinoma bucal, todavía pueden retener sus dientes si practican una buena higiene bucal y se someten a una asistencia odontológica adecuada que incluya tratamientos tópicos con flúor; pero en los casos que requieran extracciones múltiples antes de la irradiación, se debe hacer el cierre inmediato de los tejidos gingivales sobre las cavidades alveolares; esto suele obligar a hacer una eliminación radical del hueso; estos casos deben tratarse minuciosamente, para producir una apofisis alveolar reducida, pareja, de modo que pueda ocurrir la cicatrización de primera intención y se evite toda dehiscencia.

La retención descuidada de unas pocas espículas óseas puede hacer que el plan de irradiación se atrase 2 semanas y permitir quizá la propagación de un tumor que crece con rapidez; una vez que ha ocurrido la curación inicial, se puede comenzar la irradiación; esto suele ocurrir más o menos a los 7 días de la operación.

#### 10.4 Eliminación de Torus Mandibular y Maxilar.

Los Torus no tienen importancia patológica, pero a veces se formula diagnóstico equivocado considerándolos tumores, alarmando así a los pacientes; en cambio si los Torus interfieren con el uso de una prótesis, pueden ser fuentes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección ó no tenga éxito la prótesis; o ambas cosas, e incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno.

Los Torus mandibulares se producen principalmente en el área lingual de los premolares; son generalmente bulbares, pueden ser simples ó múltiples y ocasionalmente hacen coalescencia para formar una gruesa exostosis lingual que se extiende hacia atrás, desde el canino hasta el segundo molar.

Los Torus mandibulares se eliminan cuando obstaculizan el uso de una prótesis, cuando la cobertura mucosa se ulcera y la herida tarda demasiado en cicatrizar y cuando son tan grandes que dificultan el habla y la deglución.

Los Torus palatinos deberán estudiarse por verdadera radiografía lateral, para descartar la posibilidad de neumatización; extirpar estos torus podría dar lugar a la producción de una abertura buconasal yatrógena (paladar hendido traumático).

Las indicaciones de la excisión de un torus palatino son interferencia con la construcción de prótesis, ulceración recurrente de la mucosa que lo cubre y curación tardía así como dificultad para comer y hablar.

#### 10.5 Alveolectomía del Reborde Afilado.

Una de las causas comunes de molestias en la dentadura son los rebordes desdentados en forma de sierra y afilados; en la alveolectomía, se incluyen sólo las espinas y hueso afilado.

#### 10.6 Reducción del reborde alveolar.

La reducción del reborde alveolar comprende una cresta ósea afilada en el lado lingual del hueso alveolar del maxilar inferior y la cresta milohioidea del mismo; para extender las aletas de las prótesis inferiores hacia lingual, para aumentar estabilidad y disminuir tensiones laterales; se requiere la eliminación de socavados naturales en el área lingual del reborde alveolar.

#### 10.7 Alveolectomía Intercortical.

Cuando la apófisis alveolar es prominente pero regular, también se puede hacer una alveolectomía eliminando el hueso interseptal y colapsando las láminas corticales labial y vestibular para que se adosen las láminas corticales lingual o palatina; de esta manera se eliminan los socavamientos pero se preservan las cortezas de sustentación.

El procedimiento suele hacerse en la región anterior del maxilar; aunque éste tipo de alveolectomía estará a criterio del cirujano tomando en cuenta las contraindicaciones que ya fueron mencionadas en la descripción de ésta técnica.

#### 10.8 Reducción de la Tuberosidad.

El agrandamiento de la tuberosidad puede abarcar hueso, tejido blando o ambos; la expansión puede hacerse en dirección vestibular o palatino y también vertical; además hay que descartar procesos patológicos como displasia fibrosa o problemas locales como dientes impactados como causas del agrandamiento de la tuberosidad; la alveolectomía es el recurso más común para tratar la tuberosidad agrandada, para aumentar la dimensión vertical.

#### 10.9 Exostosis Vestibulares.

Ocurren en el maxilar superior y en la mandíbula aunque son más comunes en el primero; deben ser eliminadas con fines protésicos; como son corticales, se pueden reseca con un alveolotomo después de haberlas expuesto levantando un colgajo envolvente, creado a partir de una incisión crestal.

Cuando se han de extraer dientes en la región, conviene eliminar las exostosis primero porque así se reduce la probabilidad de que se fracture la apófisis alveolar y se facilita la extracción dental al permitir la expansión más fácil de la cavidad alveolar.

10.10 Alveolectomía de exostosis palatinas laterales.

En ocasiones ocurren múltiples eminencias óseas en la cara palatina de la apófisis alveolar maxilar en la región molar; si éstas eminencias no se eliminan, puede ocurrir dolor y ulceración de la mucosa al usar una prótesis; para descubrir, estas exostosis, y que no pasen inadvertidas se debe palpar siempre y examinar visualmente el área.

## 11. MEDIDAS PREVENTIVAS.

Una forma sencilla pero eficaz, en que la profesión odontológica podría evitar estos problemas, consiste en elevar las normas de extracción dental; múltiples exámenes radiográficos de personas edéntulas, libres de síntomas desde el punto de vista clínico, demostraron que casi una cuarta parte tenía raíces retenidas; la utilización inteligente de radiografías antes de la extracción, permite anticipar y manejar cualquier dificultad o complicación.

Siempre que se extraiga un diente, es preciso comprimir con cuidado el alvéolo entre el dedo índice y el pulgar para reposicionar el hueso expandido, para evitar la permanencia de una espícula ósea aguda prominente que dificulta la labor del protesista y su paciente; deben buscarse y eliminarse las partes sueltas de hueso alveolar fracturado durante la extracción, y es necesario poner una sutura sin cohesión para recolocar los tejidos blandos si tienden a formar hendiduras.

Si durante la extracción con fórceps se rompe una raíz, el método usado para retirarla debe garantizar la conservación de la máxima cantidad de soporte óseo alveolar para la prótesis.

CAPÍTULO III.

### CAPÍTULO III.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO.  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.  
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EXODONCIA.

#### REPORTE DE CASOS CLÍNICOS.

##### \* CASO CLÍNICO I.

PACIENTE: ESPERANZA RIVERA HERNÁNDEZ.  
TRATAMIENTO: EXTRACCIÓN Y ALVEOLECTOMÍA CON  
FINES PROTÉSICOS.

#### 1. REPORTE DEL CASO.

Paciente femenino de 74 años de edad que se presenta al consultorio dental para que le sea realizada su rehabilitación bucal de manera integral; el día 5 de octubre de 1996.

La paciente al ser revisado el estado de su cavidad oral, presenta reborde alveolar inferior desdentado totalmente, con un contorno uniforme sin aristas óseas, prominencias ni irregularidades; el proceso alveolar superior es parcialmente desdentado, presenta sólo dos dientes anteriores; canino y central derecho, en malas condiciones parodontales; con movilidad, caries extensa e higiene de éstas piezas muy descuidada.

El resto del maxilar se encuentra desdentado, a la inspección visual, y al realizar la inspección por palpación digital, se descubre que en la tuberosidad derecha la tabla vestibular está expandida con una arista ósea de regular tamaño poco conveniente para la inserción y asiento de una prótesis y que además produce dolor a la presión.

Se procedió a elaborar la historia clínica para valorar el caso y llegar a un diagnóstico con el cual se realizaría un plan de tratamiento.

## 2. HISTORIA CLÍNICA.



V. Padecimiento Actual (Motivo de la consulta)

	Guia
Anamnesis por orden cronológico	fecha de inicio de la enfermedad
<u>No padece ninguna enfermedad según la reporta ella,</u>	causa a la que atribuye la enfermedad
<u>solo se ha enfermado en los últimos años de gripes y por su edad sus movimientos son lento</u>	signos y síntomas observados por el paciente
<u>falta de agilidad y un poco de coordinación.</u>	estudios de los mismos (Laboratono)
<u>Solo reporta ser hipertensa</u>	diagnóstico médico (si lo hubo)
	tratamiento (s)
	resultado (s)
	otros:

VI.- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

	Guia
A. Respiratorio	obstrucción nasal
<u>Su respiración es normal, al subir las las escaleras no se aprecia cambio respecto a que le cueste trabajo aspirar el aire. Solo se aprecia un poco de mucosa seca alrededor de las narinas, esto debido a su higiene personal.</u>	rinorrea
	epistaxis
	hemoptisis
	tics
	espectoración
	disnea
	cianosis
	otros:
B - Cardiovascular	cefalea
<u>La paciente reporta ser hipertensa, aunque a la exploración e interrogatorio no manifiesta ningún síntoma, ella lo menciona pues dice que en alguna ocasión le dijeron en algun centro de salud que su presión estaba alta.</u>	mareos
	disnea
	dolor precordial
	palpitaciones
	lipotimia
	edema
	otros:
C. Digestivo	disfagia
<u>No manifiesta problema alguno con su aparato digestivo de no ser en ocasiones extremamiento, que se alude al estado parcialmente desdentado de su cavidad oral.</u>	nauseas
	vómito
	hematemesis
	diarrea
	pirosis
	meteorsmo
	melena
	estreñimiento
	otros:

	Guía
D- Genitourinario <u>No se descubren al ininterrogatorio</u>	no de micciones
<u>signos y síntomas que descubran proble-</u>	piuria
<u>mas en este sistema</u>	disuria
_____	edema
_____	incontinencia urinaria
_____	dolor lumbar
_____	poliuria
_____	hematuria
_____	nicturia
_____	otros
_____	_____

Mujeres (ficha ginecobatátrica)

Menarca <u>No recuerda</u>	ciclo menstrual	Fue irregular
método anticonceptivo <u>No usó, más tarde fue</u>	operada (salpin-	
amenorrea <u>Dismenorrea</u>		90)
menopausia <u>pasados los 50 años</u>	Número de embarazos	( 9 )
abortos ( 3 )	espontáneos ( 3 )	provocados ( )
partos ( 6 )	normales ( 6 )	cesareas ( )
num. de hijos ( 6 )	peso de los hijos al nacer	( en kilogramos)
	1º no recuerda	2º no recuerda
	4º " "	5º " "
		6º no recuerda

	Guía
E- Endócrino <u>En el interrogatorio no aporta datos</u>	ipituitaria
<u>que indiquen problemas endocrinos</u>	polidipsia
_____	polifagia
_____	pérdida o aumento
_____	de peso
_____	intolerancia al
_____	calor o frío
_____	otros
_____	_____
_____	_____

F- Hematopoyético <u>Al ser interrogada de este dato</u>	hemorragia
<u>no reporta problemas, en las extracciones</u>	adenopatías
<u>hechas anteriormente, la formación del</u>	epistaxis
<u>coagulo fue en forma normal.</u>	hematuria
_____	hematemesis
_____	petequias
_____	equimosis
_____	otros
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____





### 3. DIAGNÓSTICO Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

#### 3.1 DIAGNÓSTICO.

Se llegó a la conclusión de que debido a la mala disposición de la paciente para el cuidado meticuloso de la higiene de los dos dientes residuales, que necesariamente, necesitarían éstos después de un tratamiento parodontal extenso; así como para lograr el éxito de su restauración por medio de prótesis fija; y al no garantizarse el éxito total y no tener la seguridad de que éstas piezas puedan mantenerse en boca sin ser un receptáculo de placa dentobacteriana, con la consiguiente inflamación gingival, que los lleve finalmente a ser perdidos por una reincidente enfermedad parodontal; ocasionándole un problema a la paciente, la cual tendría que regresar al consultorio dental a que le sea elaborada una nueva prótesis; y no contando la paciente con la economía suficiente como para que la prótesis hecha en ésta ocasión, tenga que ser reemplazada en tan corto tiempo; motivos por los que se decidió llevar a cabo la extracción de los dos dientes residuales.

Así como la alveolectomía de la arista ósea localizada en la tuberosidad del maxilar derecho.

#### 3.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

Los auxiliares de diagnóstico utilizados fueron principalmente además de la Historia Clínica, con la cual se comprobó que no había contraindicaciones en éste caso para poder efectuar una intervención quirúrgica, así como las extracciones que se harían; una radiografía periapical de la zona de la tuberosidad maxilar derecha; la observación minuciosa del estado local y general de los procesos alveolares superior e inferior y finalmente la palpación y presión de las zonas, candidatas a ser resecadas por medio de la alveolectomía, siendo la zona descrita en el diagnóstico la única indicada a ser sometida al procedimiento.

#### 4. PLAN DE TRATAMIENTO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA.

##### 4.1 PLAN DE TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento incluyó la extracción por vía alveolar de los dos dientes residuales, así como realizar la alveolectomía más conservadora que es la compresión digital en los alveolos vacíos donde se realizaron las dos extracciones; posteriormente se llevó a cabo el procedimiento de reseca con alveolotomo la arista ósea previo levantamiento de un colgajo quirúrgico.

##### 4.2 TÉCNICA QUIRÚRGICA.

###### a) Extracción de dos dientes residuales.

1. Anestesia. Se realiza anestesia local infiltrativa con xilocaína, depositada en fondo de saco y paladar, de la zona de los dientes a extraer.

2. Debridación, para reflejar la encía marginal, con elevador recto de hoja delgada.

3. Luxación, por medio del uso del mismo elevador recto, aplicado como palanca elevadora.

4. Abulsión de las piezas dentarias, traccionando con un fórceps número 150.

5. Alveolectomía por compresión digital de las tablas vestibular y palatina, y colocación de un apósito de gasa comprimido por el proceso alveolar opuesto.

b) Alveolectomía de la arista ósea localizada en la tabla vestibular de la tuberosidad del maxilar derecho.

1. Anestesia con puntos locales utilizando xilocaína, en fondo de saco, y paladar.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

2. Incisión lineal por encima de la zona a intervenir.

3. Desprendimiento del colgajo, utilizando una legra para poder tener visión directa del objeto de la operación.

4. Una vez localizada la arista ósea se procedió a resecarla mediante el uso de un alveolotómo, se hicieron de forma cuidadosa los cortes óseos, tratando de darle continuidad a la zona, con el resto de la tabla vestibular; se verificó que ésto fué logrado, reposicionando el colgajo y pasando el pulpejo del dedo enguantado por la zona; una vez que ésto fué comprobado; se procedió al tratamiento de la cavidad ósea.

5. Tratamiento de la cavidad ósea.

Se procedió a hacer el limado de la zona con una lima para hueso, pasandola suavemente y en un sólo sentido; para finalizar el tratamiento de la cavidad ósea se irrigó con suero fisiológico estéril, con la ayuda de una jeringa hipodérmica, para realizar el arrastre de esquirlas óseas sueltas.

6. Se reposicionó el colgajo y se colocaron puntos de sutura separados, anudandolos firmemente pero sin tensión; se citó al paciente cinco días después para hacer el retiro de los puntos.

## 5. RESULTADOS.

El procedimiento realizado dió como resultado un contorno más suave y redondeado sin dolor a la presión, que proporcionará una base adecuada al asiento de la prótesis.

• CASO CLÍNICO II.

PACIENTE: MARCELO MAURO TOLENTINO.  
TRATAMIENTO: EXTRACCIÓN Y ALVEOLECTOMÍA CON  
FINES PROTÉSICOS.

1. REPORTE DEL CASO.

Paciente masculino de 52 años de edad que se presenta al consultorio dental para que le sea realizada su rehabilitación bucal integral, el día 4 de noviembre de 1996.

La revisión bucal general reveló la necesidad de realizarle operatoria dental, extracciones dentales y prótesis; para la realización de la prótesis, serían necesarias las extracciones de restos radiculares de las piezas dentales de segundo y tercer molar superior izquierdos; se procedió a realizar la historia clínica.

## 2. HISTORIA CLÍNICA.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

FECHA 04 XI 96

día	mes	año	Carnet No	Unidad
Asignatura <u>Seminario de Titulación</u>			Nom alumno <u>Palma Lara Ma. del Carmen</u>	
de exodoncia			lumo	mat. vesp año lectivo

**I.- Ficha de Identificación**

Nom del paciente	<u>Marcelo Mauro Tolentino</u>	edad	<u>52 años</u>
Domicilio	<u>Gardenia núm. 8</u>	<u>Edific. de Sta. Ursula Coap.</u>	
	calle	número	colonia c.p.
Ocupación	<u>Obrero</u>	estado civil	<u>casado</u>
	sexo (F) (M)		Tel. dom.
			Tel. of.
Lugar de Nacimiento	<u>D.F.</u>	Interrogatono	directo (X) indirecto ( )
Analfabeta	si ( ) no (X)	Grado de escolaridad	<u>Secundaria</u>

**II.- Antecedentes Heredo-Familiares**

Parentesco	Enfermedad actual	Edad	Causa de defunción
Padre	<u>Ninguna</u>	<u>84</u>	-----
Madre	<u>Ninguna</u>	<u>81</u>	-----
Hermanos			
Conyuge			
Hijos			
Colaterales			

**III.- Antecedentes Personales no Patológicos**

No. de habitaciones	<u>5</u>	Deportes	<u>No</u>
No. de habitantes	<u>4</u>	Tabaquismo	<u>No</u>
Higiene personal	<u>Buena</u>	Alcoholismo	<u>No</u>
Grupo sanguíneo	<u>O+</u>	Drogas	<u>No</u>
Inmunizaciones	<u>Las de la infancia</u>	Hábitos	
Alimentación:	<u>Buena</u>	otros	
cantidad	<u>Buena</u>	Preferencias sexuales	
calidad	<u>Buena</u>	hetero X	bi homo

**IV.- Antecedentes Personales Patológicos.**

	Gula
Anamnesis por orden cronológico	enfermedades propias
<u>Sarampion</u>	de la infancia.
<u>No lo han operado de nada, cuando se ha</u>	antecedentes
<u>cutado osufrido alguna lesión, reporta</u>	traumáticos
<u>que su cicatrización ha sido muy rápida</u>	quirúrgicos
<u>y sin mayores problemas, no es alérgico a</u>	alérgicos
<u>ningún medicamento ni anestésicos.</u>	transfusionales
	experiencia previa en
	el uso de anestesia
	otros.

V.- Padecimiento Actual (Motivo de la consulta)

		Guía
Anamnesis por orden cronológico	Actualmente padece de	fecha de inicio de la enfermedad
	Hernia umbilical, a tenido un leve dolor a la altura del ombligo, recientemente asistió a consulta médica, le diagnosticaron la hernia y le informaron que se tenía que operar, aunque todavía no sea decidido a hacerla	causa a la que atribuye la enfermedad signos y síntomas observados por el paciente estudios realizados (Laboratorio) diagnóstico médico (si lo hubo) tratamiento (s) resultado (s) otros:

VI.- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

		Guía
A. Respiratorio	Su aparato respiratorio no se encuentra con algún problema.	obstrucción nasal rinorrea epistaxis hemoptisis tos espectoración disnea cianosis otros:
B. Cardiovascular	No sufre de problemas con su aparato cardiovascular	cefalea mareos disnea dolor precordial palpitaciones lipotimia edema otros:
C. Digestivo	No refiere al interrogatorio, problemas con su sistema digestivo.	disfagia nauseas vómito hematemesis diarrea pirosis meteorismo melena estreñimiento otros:

D- Genitourinario No reporta síntomas que indiquen problemas a este nivel.

Guía

nefritis glomerulonefritis  
 proteinuria  
 hematuria  
 disuria  
 edema  
 incontenencia urinaria  
 dolor lumbar  
 poliuria  
 hematuria  
 inicturia  
 otros

Mujeres (ficha ginecobstétrica)

Menarca \_\_\_\_\_ ciclo menstrual \_\_\_\_\_  
 método anticonceptivo \_\_\_\_\_  
 amenorrea \_\_\_\_\_ Dismenorrea \_\_\_\_\_  
 menopausia \_\_\_\_\_ Número de embarazos ( )  
 abortos ( ) espontáneos ( ) provocados ( )  
 partos ( ) normales ( ) cesareas ( )  
 num. de hijos ( ) peso de los hijos al nacer ( en kilogramos)  
 1° 2° 3°  
 4° 5° 6°

E- Endócrino No reporta problemas endócrinos al contestar el interrogatorio.

Guía

poliuria  
 polidipsia  
 polifagia  
 pérdida o aumento de peso  
 intolerancia al calor o frío  
 otros

F.- Hematopoyético No padece de ningún problema hemorrágico, cuando a sufrido alguna lesión donde haya ocurrido sangrado, este se ha detenido sin problema y su cicatrización ha sido rápida.

Guía

hemorragia  
 adenopatías  
 leucostasis  
 hematuria  
 hematemesis  
 petequias  
 equimosis  
 otros

		<b>Guia</b>
G - Nervioso	<u>No Padece problemas de tipo nervioso</u>	cefaleas
		lipotimia
		parestesia
		anestesia
		vértigo
		tremor
		convulsiones
		otros
H - Musculo esquelético	<u>Sus movimientos y reflejos son coordinados y ágiles</u>	dolor articular
		fuerza muscular
		deformidad articular
		limitación de movs
I - Tegumentario	<u>Su piel presenta buena hidratación sin manchas ni erupciones, prurito, ptequias o vesículas.</u>	cambio de color en piel
		erupciones
		prurito
		pérdida de pelo o vello
		sequedad cutánea
		hiperhidrosis
		otros

**VII.- Exploración Física**

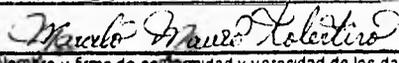
<b>1.- Datos Generales:</b>	
Peso	<u>68 Kg</u> Estatura <u>1.60</u>
<b>Signos vitales.</b>	
temperatura	<u>Normal</u> pulso <u>70 ppm</u>
tensión arterial	<u>120/90</u> frecuencia respiratoria <u>71rpm.</u>
<b>2.- Inspección General</b> (anote exclusivamente patologías)	
	<b>Guia</b>
	cabeza
	ojos
	nariz
	oidos
	cuello
	tronco
	extremidades

3.- Exploración Bucal	(anote exclusivamente patologías)	Guía
<u>Se observa caries dental,</u>		labios
<u>restos radiculares, a nivel de segundo y</u>		camillos
<u>tercer molar izquierdos y sarro a nivel</u>		lengua
<u>gingival.</u>		piso de boca
_____	_____	paladar blando
_____	_____	paladar duro
_____	_____	ATM
_____	_____	disfunciones
_____	_____	dientes
_____	_____	anodoncia
_____	_____	supernumerarios
_____	_____	microdoncia
_____	_____	macrodoncia
_____	_____	etc.
_____	_____	otros

VIII.- Auxiliares de diagnóstico.

<u>RX periapicales</u>	<u>Radiografías</u>
<u>Inspección visual y armada</u>	<u>Química sanguínea</u>
<u>(espejo y explorador)</u>	<u>General de orina</u>
_____	<u>Prueba de ELISA VIH</u>
_____	<u>Biometría hemática</u>
_____	<u>Coproculivo</u>
_____	<u>Citología exfoliativa</u>
_____	<u>VDRL</u>
_____	<u>Glucosa sanguínea</u>
_____	<u>otros</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

<b>Diagnóstico de presunción</b>	<u>Caries dental de primer grado y restos</u>
	<u>radiculares a nivel de segundo y tercer molar</u>
	<u>superior izquierdo</u>
<b>Observación (es)</b>	_____
	_____
	_____


Nombre y firma de conformidad y veracidad de los datos aportados.
Autizó: _____
Nombre y Firma del Docente

### 3. DIAGNÓSTICO Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

Las piezas dentales restaurables, serían tratadas con el método que indicara cada caso; las dos piezas dentales superiores posteriores, previo estudio radiográfico serían extraídas por vía alveolar con una alveolectomía simple, posterior a las extracciones para regularizar el proceso alveolar residual.

### 4. PLAN DE TRATAMIENTO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA.

#### 4.1 Plan de tratamiento.

El plan de tratamiento contempló la necesidad de extraer los restos radiculares así como la realización de una alveolectomía simple para tratar el proceso alveolar residual.

#### 4.2 Técnica Quirúrgica.

1. Anestesia local infiltrativa, hecha con xilocaína en fondo de saco y por palatino a la altura de los restos radiculares a extraer.

2. Debridación para reflejar la encía marginal que se adosa a las superficies vistas clínicamente de los restos radiculares.

3. Luxación de los restos radiculares utilizando el mismo elevador recto de hoja delgada, logrando la elevación de éstos.

4. Abulsión y extracción propiamente dicha, de los restos radiculares.

5. Revisión de la zona intervenida, palpando con el dedo enguantado, para localizar zonas afiladas; previa compresión digital de las tablas vestibular y palatina (alveolectomía por compresión digital).

6. Con alveolotómo se eliminaron las pequeñas zonas del hueso alveolar residual, propensas a actuar como bordes óseos traumatizantes del tejido tisular que los recubrirá; y previo limado con lima para hueso de la zona ya reseca con la alveolectomía, ésta se irriga con suero fisiológico estéril, para retirar las esquirlas óseas sueltas.

7. Se colocó un punto de sutura en cada uno de los alvéolos en forma separada y anudándolos firmemente pero sin tensión. Se citó al paciente 5 días después para el retiro de los puntos.

#### 5. RESULTADOS.

El reborde alveolar desdentado que dejaron los restos radiculares extraídos, quedó preparado de forma satisfactoria para recibir la base de una prótesis parcial removable en éste caso; sabiendo que ésta no le ocasionará traumatismos a los tejidos suaves.

**CONCLUSIONES.**

## CONCLUSIONES.

Después de haber sido descritos los temas anteriores, ante una extracción dental, la cual indica, después de haber hecho una buena valoración preoperatoria; que debe ser extraída quirúrgicamente, y en el caso que tratamos con alveolotomía, podemos decir que no existe la extracción fácil ó simple; y que ésta puede ser complicada, pero complicación no debe ser sinónimo de traumatismo ó yatrogenia por parte del operador; y si opinamos que ser conservador es evitar la alveolotomía (cuando está indicada exclusivamente), entonces estaremos en un error; sometiendo a problemas innecesarios, nuestro trabajo, así como a nuestros pacientes.

Por otra parte también se han tratado claramente los problemas que nosotros mismos al realizar extracciones, sin preveer y planear adecuadamente; nos ocasionamos, y que descubrimos posteriormente cuando intentamos proseguir con el tratamiento que deriva del hecho, de realizar una extracción, que dejará una zona desdentada; el cual necesariamente por razones fisiológicas, estéticas y funcionales, necesita hacer uso de una prótesis; y es muy lógico y sencillo pensar en ésto, sin embargo no lo hacemos; es decir que debemos realizar la extracción con un criterio protésico, con miras a la futura restauración protésica, que descansará sobre ese reborde, y por lo cual, al momento de realizar una o varias extracciones, debemos obligarnos a revisar las condiciones en que éste queda y tratar de que éstas sean aceptables; porque es nuestro paciente, es nuestro trabajo y será nuestra responsabilidad el éxito o fracaso del mismo.

**BIBLIOGRAFÍA.**

**BIBLIOGRAFÍA.**

**CIRUGÍA BUCAL.  
PATOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPEUTICA.**  
Guillermo A. Ries Centeno.  
Librería "El Ateneo".  
9a. Edición, México 1986.

**CIRUGÍA BUCAL.**  
Dr. Emmett R. Costich.  
Editorial Interamericana.  
1a. Edición en español, 1974 México.

**CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL.**  
Daniel M. Laskin.  
Editorial Médica Panamericana.  
Buenos Aires 1987.

**TRATADO DE CIRUGÍA ORAL PRÁCTICA.**  
Daniel E. Waite.  
Compañía Editorial continental S.A. de C.V.  
2a. Impresión, México 1988.

**TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL.**  
Gustav. O. Kruger.  
Nueva Editorial Interamericana.  
4a. Edición.

**CIRUGÍA BUCAL MENOR.**  
Geoffrey L. Howe.  
Editorial, El Manual Moderno S.A. de C.V.  
México D.F. - Santa Fé de Bogotá, 1987.

**PREPROSTHETIC.  
ORAL AND MAXILLOFACIAL.  
SURGERY.**  
Thomas J. Starshak.  
Bruce Sanders.  
The C.V. Mosby Company.  
St. Louis - Toronto - London. 1980.

**CIRUGÍA BUCAL, Atlas paso a paso de Técnicas  
Quirúrgicas; W Harry Archer,  
Reimpresión de la segunda edición castellana,  
Tomo I, Editorial Mundi, S.A. C.I.F.  
Buenos Aires, Argentina.**

**ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY.**

Vol. one.

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

Fifth Edition.

W.B. Saunders Company.

Philadelphia - London - Toronto, 1975.

**PATOLOGÍA BUCAL.**

Regezi Joseph A.

Editorial Interamericana, Mc Graw Hill.

2a. Edición, México 1995.

**TEMAS DE PATOLOGÍA BUCAL CLÍNICA,**

Con nociones de epidemiología Bucal.

Tomo I.

Ricardo Francisco Borghelli.

Editorial Mundi.

Argentina 1a. Edición, 1979.

**MEDICINA BUCAL.**

Evaluación y Manejo del Paciente.

Levenete Z. Bodak-Gyovani.

Editorial Limusa.

1a. Edición, México 1987.

**CLINICAL TECHNIQUES IN DENTISTRY.**

AN ATLAS OF ORAL SURGERY.

Principles and Practice.

David A. Mc Gowan.

Martin Dunitz London.

The C.V. Mosby Company.

First published 1989. London.

**COLOR ATLAS OF ORAL PATHOLOGY.**

Goro Ishikawa.

Charles A. Waldron.

Ishiyak Euroamérica, Inc.

Second printing, June 1988; Japan.

**ATLAS DE ENFERMEDADES OROFACIALES.**

L. W. Kay.

Editorial Científico-Médica-1974.

1a. Reimpresión 1974, Barcelona-España.