



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA PREPROTESICA EN PACIENTES  
DE LA TERCERA EDAD

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N :  
MA. DE LOURDES CANEDO AVALOS  
MA. DE LOURDES CORONA CASTAÑEDA

*WCS*  
*Alvarez*

ASESOR: C.D. CESAR PABLO PEREZ RUIZ



CIUDAD UNIVERSITARIA.

1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

262811



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.

## **JURADO**

**Presidente. C.D. Juan Arau Narvaez**  
**Vocal: C.D. Alejandro Ito Aray**  
**Secretario: C.D. Pedro Javier Medina**  
**Suplente: C.D. Luis Miguel Mendoza José**  
**Suplente: C.D. Rolando de Jesús Buneder**

**Coordinador del Seminario de Odontogeriatría**  
**C.D. Rolando de Jesús Buneder**

*Agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México,  
Facultad de Odontología*

*a los doctores de esta Facultad, por compartir sus conocimientos y  
hacerlos nuestros*

*a los pacientes por la confianza depositada.*

*al asesor de la Tesina  
C.D. César Pablo Pérez Ruíz*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>I ANATOMÍA</b>	<b>11</b>
a) <b>Musculo Buccinador</b>	
b) <b>Musculo elevador del ángulo de la boca</b>	
c) <b>Musculo elevador del labio superior</b>	
d) <b>Musculo Nasal y Depresor Septal</b>	
e) <b>Musculo Mental</b>	
f) <b>Musculo Depresor del labio inferior</b>	
g) <b>Musculo Milohiideo</b>	
h) <b>Musculo Geniogloso</b>	
i) <b>Musculo Genihiideo</b>	
<b>II ANOMALÍAS ÓSEAS</b>	<b>19</b>
a) <b>Factores que contribuyen a la Resorción Ósea</b>	
b) <b>Factores locales</b>	
c) <b>Características de pérdida ósea en maxilar</b>	

- d) Características de pérdida ósea en la mandíbula**
- e) Clasificación de la deficiencia en la Cresta Alveolar**
- f) Clasificación de los maxilares Edéntulos por Cawood**
- g) Evaluación de tejidos de soporte**

### **III ANOMALÍAS DE TEJIDOS BLANDOS 28**

- a) Técnicas de Frenilectomía**
  - a.1) Frenilectomía lingual**
  - a.2) Frenilectomía labial**
  
- b) Exéresis de la Hiperplasia papilar del paladar**
  
- b) Exéresis de otras bandas fibrosas**
  
- d) Epulis fisurado**

### **IV ANOMALÍAS DE TEJIDOS DUROS 38**

<b>a) Alveoloplastia</b>	<b>40</b>
<b>a.1) Técnicas</b>	<b>40</b>
a) Compresión Alveolar	
b) Alveoloplastia Simple	
c) Alveoloplastia Cortical Vestibular	
d) Alveoloplastia de Dean	
e) Alveoloplastia Radical	
f) Alveoloplastia Interseptal	
<b>a.2) Torus</b>	<b>46</b>
a) Torus Palatino	
b) Torus Mandibular	
<b>a.3) Vestibuloplastia</b>	<b>51</b>
a) Técnicas	
b) Suturas	

<b>a.4) Exóstosis</b>	<b>80</b>
<b>a) Exóstosis Palatina Lateral</b>	
<b>b) Exóstosis Vestibular</b>	
<b>a.5) Dientes Retenidos</b>	<b>82</b>
<b>V INSTRUMENTACIÓN</b>	<b>86</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>100</b>

# INTRODUCCIÓN

# **INTRODUCCIÓN**

## **CIRUGÍA PREPROTÉSICA**

El objetivo de la cirugía es mejorar la efectividad del tratamiento preprotésico y protodóntico. Por medio de la cirugía el odontólogo debe realizar los esfuerzos que estén a su alcance para preparar, preservar, y reconstruir los maxilares para un uso prolongado y adecuado en pacientes con pérdidas dentarias parciales o totales.

Al efectuarse una o más extracciones de órganos dentales el hueso alveolar pierde la función primaria.

La resorción del hueso alveolar va a depender de la edad del paciente, del estado de salud local, general y la ausencia de función o carga excesiva sobre el reborde alveolar residual.

Los propósitos quirúrgicos de la cirugía preprotésica son:

Eliminar todas las condiciones patológicas que se encuentran sobre procesos alveolares y tejidos blandos.

Tener o mantener una cresta alveolar ancha y convexa en el maxilar y mandíbula.

Acondicionar tejidos blandos para que queden fijos sobre el área de soporte de la prótesis.

**Crear vestíbulos bucales y linguales para una prótesis convencional**

Eliminar socavados y protuberancias sobresalientes.

Para lograr estos objetivos es necesario corregir mediante procedimientos quirúrgicos como son:

### **ANOMALIAS DE TEJIDOS BLANDOS**

- Frenilectomía lingual
- Frenilectomía labial
- Hiperplasia papilar
- Epulis fisurado
- Vestibuloplastia

## **ANOMALIAS DE TEJIDOS DUROS**

- Alveoloplastía
- Torus palatino
- Torus mandibular
- Exostosis palatina lateral
- Exostosis vestibular
- Reducción de la Tuberosidad maxilar
- Tuberoplastía

Posteriormente se procede a elaborar la prótesis indicada para un buen funcionamiento anatómico y fisiológico.

# I ANATOMÍA

## I ANATOMÍA

El odontólogo debe conocer la anatomía de la cresta alveolar. El borde alveolar tipo bulboso, el de forma de U y el de bordes afilados se encuentran con frecuencia y se trata como les corresponde. Sin embargo en aquellos casos en los cuales no existe profundidad vestibular por atrofia del hueso alveolar trauma u otras causas, la intervención quirúrgica puede ser necesaria para los propósitos prostodónticos.

Un conocimiento de la fijación de los músculos de la expresión facial en la superficie de la mandíbula y maxila es esencial para entender la ejecución y necesidad de estos procedimientos quirúrgicos. Los pliegues mucobucal y labial del vestíbulo superior son determinados por los orígenes óseos de ciertos músculos faciales.

### a) Musculo Buccinador

#### Origen

El Musculo de las mejillas se origina en la parte externa del proceso alveolar de la maxila de la línea oblicua externa de la mandíbula y del rafe pterigomandibular.

## **Función**

Su función es limitar y controlar la comida dentro de los arcos dentinarios y para ayudar a la lengua y desplazar el alimento y mantenerlo sobre la tabla oclusal hasta que esté suficientemente masticado y preparado para la deglución.

## **b) Musculo elevador del Ángulo de la boca**

### **Origen**

Se origina en fosa canina de la maxíla y se inserta en el tejido blando cerca del ángulo de la boca.

### **Función**

Cuando se contrae junto con el elevador del labio superior, se acentúa el surco nasolabial, este se inserta por debajo de la arteria angular.

### **c) Musculo elevador del labio superior**

#### **Origen**

Banda muscular pequeña que se origina en la parte externa del proceso alveolar de la maxila, tiene dos orígenes por arriba de los dientes canino e incisivo lateral y se inserta en el espesor de las fibras del Musculo orbicular de la boca.

#### **Función**

Su función es de poca importancia y probablemente solo sirva para tensionar el labio.

### **d) Musculo Nasal y Depresor Septal**

#### **Origen**

Se origina en la parte más baja de la maxila con frecuencia se daña en los procedimientos de alveoloplastía.

#### **Función**

Completamente restringida al reaccionar el ala de la nariz.

## **e) Musculo Mental**

### **Origen**

Es el elevador del mentón que se origina del área incisiva en la superficie externa de la mandíbula.

### **Función**

Es poner en tensión y deprimir el labio inferior en la expresión facial, durante los procedimientos quirúrgicos particularmente Vestibuloplastia el cual es un procedimiento supraperiostico. El origen muscular no debe sacrificarse en el abordaje quirúrgico de esta porción de la mandíbula al trabajar sobre el hueso.

## **f) Musculo Depresor del labio inferior**

### **Origen**

En la fosa inciva se origina y se inserta en las fibras profundas del labio inferior, se localiza mas cerca de la mucosa que de la superficie cutánea, también involucrado en la realización de los colgajos para profundizar el surco.

## **g) Musculo Milohioideo**

### **Origen**

De la cresta muscular milohioidea que soporta a la lengua, es la cresta milohioidea que es la misma que la línea oblicua interna de la mandíbula, inserción a las fibras musculares que pasa medial y posteriormente desde su origen óseo.

### **Función**

Es elevar el hueso hioideo y elevar el piso de la boca, permitiendo así a la lengua ejercer presión contra el paladar ayudando a la deglución. Durante el procedimiento de descenso del piso de la boca, el milohioideo es separado y cortado cerca de su punto de origen.

## **h) Musculo Geniogloso**

### **Origen**

Musculo extrínseco potente de la lengua; este par de Musculos se origina de los tubérculos geni superiores y sus fibras superiores y

anteriores radian hacia la punta de la lengua y el resto de sus fibras pasan hacia atrás, al dorso de la lengua y hacia abajo, al borde superior del hueso hioideo. Cuando se contraen las fibras superiores, la punta de la lengua desciende y es llevada hacia adelante, las fibras inferiores ejercen una tracción sobre el hueso hioideo elevándolo y llevándolo hacia adelante.

## **i) Musculo Genihioideo**

### **Origen**

Del tubérculo geni inferior y se inserta en la superficie interna del cuerpo del hueso hioideo.

### **Función**

Actúa como un depresor de la mandíbula, su inervación motora es proporcionada por una asa del plexo cervical entre los dos primeros nervios cervicales a través de la vaina del nervio hipogloso.



***Musculos de la Cara***

## II ANOMALÍAS ÓSEAS

## **II ANOMALIAS ÓSEAS**

La causa de la pérdida ósea progresiva ocurre durante el primer año después de la pérdida dentaria, y continúa este proceso de resorción ósea durante los siguientes 25 años.

### **a) Factores que contribuyen a la Resorción Ósea**

**Osteoporosis:** Es la reducción excesiva de la base mineral y de la matriz ósea, esta reducción afecta tanto en hueso cortical como en hueso trabecular.

La causa en la disminución de la actividad física y esto aumenta la velocidad de la pérdida del hueso.

Esta enfermedad puede prevenirse mediante el tratamiento complementado de calcio, remplazo estrogénico y actividad física.

Esta enfermedad puede prevenirse mediante el tratamiento complementado de calcio, remplazo estrogénico y actividad física.

**Ostoporosis Senil:** Esta enfermedad es común en la gente adulta y de la tercera edad. Es una disminución de la matriz orgánica por la actividad osteoblástica ósea por lo que disminuyen los depósitos en hueso

Las causas frecuentes de la Osteoporosis son:

Falta de estres físico sobre los huesos a causa de inactividad, mal nutrición, falta de vitamina C por ser necesaria en la secreción de sustancias intracelulares, falta periodontal y pérdida de dientes.

**Osteomalacia:** Es una mineralización inadecuada de la matriz ósea por lo que provoca un aumento en la cantidad relativamente del tejido osteoide. Esta consecuencia va paralela con una nueva síntesis de matriz ósea, influye también la deficiencia nutricional, de calcio, vitamina C dando lugar a que las capas de tejido osteoide se hagan anormalmente gruesas, y los huesos se alteren haciéndose más blandos y frágiles por lo que las fracturas se hacen más frecuentes, pero también presenta, deformaciones dolorosas y débiles.

**Hiperparatiroidismo:** Provoca resorción ósea progresiva y la desnutrición del hueso es severo y prolongado, primario y secundario.

La osteitis fibrosa quística es la lesión terminal que se desarrolla en estadios avanzados del hiperparatiroidismo.

Su característica es una desmineralización y después pérdida de hueso. Debido a la resistencia orgánica de la hormona paratiroides que hiperactiva la compensación de las glándulas paratiroides.

En la secundaria hay una disfunción renal y los cambios óseos reciben el nombre de osterodistrófia renal por lo que aumenta la resorción ósea. Las fracturas pueden ser el primer síntoma a esta enfermedad, el dolor óseo y la rigidez de las articulaciones también.

**La Posmenopausia:** La menopausia es el climaterio de la edad reproductiva se caracteriza por cambios endocrinos progresivos. La falta de estrógenos incluyen atrofia de genitales y sistema urinario y glándulas mamarias, así como el desarrollo de la osteoporosis.

**Deficiencia de la vitamina C:** Induce a niveles séricos anormales de calcio y fósforo y de hiperparatiroidismo secundario dando como consecuencia alteraciones morfológicas del esqueleto en combinación de raquitismo u osteomalacia.

**Fármacos:** La terapia anticonvulsivante, alcohol, corticoterapia esteroidea crónica.

## **b) Factores locales**

Morfología facial, cara cortada, traumatismos y Alveolotomía, prótesis.

De los factores que afectan la resorción ósea existen dos aspectos en el que el clínico puede intervenir en forma favorable

Técnica de extracción atraumática: Debe ser conservadora en las corticales, bucales y linguales determinando la cantidad de hueso remanente y utilizar un remodelado mínimo.

Carga protésica: En el edéntulo la resorción se atribuye al desuso y aplicación de fuerzas anormales o excesivas sobre las crestas remanentes.

### **c) Característica de pérdida ósea en el maxilar**

La progresión de pérdida ósea en el edéntulo, causa pérdida de profundidad en la bóveda palatina y la aparición el exceso de tejido sobre la cresta alveolar, ésta pérdida es vestibular anterior, por lo que la cresta se mueve hacia atrás perdiendo el soporte labial.

### **d) Característica de pérdida ósea en la mandíbula**

La resorción ósea mandibular es 4 veces más rápida que en el maxilar, esta puede dejar en la superficie el nervio mentoniano el cual sufre compresión por una prótesis dentaria.

El patrón óseo depende de varios factores como la secuencia de las exodoncias, una prótesis en la misma arcada o en antagonista, la reducción de altura y anchura hacen que la cresta alveolar se mueva en sentido anterior y adoptar una forma de filo de cuchillo y la inserción de la musculatura del piso de la boca queda encima de la cresta alveolar provocando dificultad en el uso de prótesis.

## **e) Clasificación de la deficiencia en la Cresta Alveolar**

### **Atróficas**

1. Cresta alveolar con altura adecuada pero de anchura inadecuada con deficiencias laterales o socavados
2. Cresta alveolar con altura y anchura deficiente y aspecto de filo de cuchillo
3. Cresta alveolar absorbida hasta el hueso basilar terminando en forma cóncava en el sector posterior mandibular y en la cresta ósea aguda en tejido redundante en el maxilar.

## **f) Clasificación de los maxilares Edéntulos por Cawood**

Clase I      Dentado

Clase II     Postextracción

Clase III    Cresta redondeada, altura y anchura adecuadas.

Clase IV    Cresta en forma de filo de cuchillo, altura adecuada y anchura inadecuada

Clase V Cresta plana, altura y anchura inadecuadas

Clase VI Cresta deprimida con grados variables de pérdida del hueso basal, puede ser extensa aunque impredecible.

### **Repercusiones sobre el perfil facial**

Es la progresión de la Clase I a la Clase IV causando cambios en las relaciones intermaxilares.

Anteroposterior es la combinación del movimiento posterior de la cresta maxilar con movimiento anterior de la cresta mandibular, es responsable de la progresiva creación de una relación anteroposterior de la Clase III.

Transversal: estrechamiento de la cara maxilar y ensanchamiento de la arcada mandibular.

Vertical: aumento de la distancia intercalada contrarrestada por el acortamiento del tercio inferior de la cara causando por la autorrotación mandibular.

## **g) Evaluación de tejidos de soporte**

El paciente que es candidato, para una cirugía preprotésica debe ser evaluado por el cirujano dentista y prostodoncista.

En el hueso debe haber una inspección visual y palpación, se valora la forma de la arcada si hay presencia de socavados y prominencias como Torus y Exóstosis, inserciones musculares localización del nervio Mentoniano y las relaciones intercaladas.

Exploración radiográfica. Se debe realizar una ortopantomografía para evaluar las características del hueso y existencias de entidades patológicas, radiografía del perfil de cráneo para evaluar las relaciones interio posteriores en las arcadas superior e inferior.

**Modelo de estudio.**

Tejidos blandos: se evalúa la dimensión de la encía queratinizada, el tejido móvil redundante, inserciones fibromusculares y la profundidad del vestíbulo

### III ANOMALÍAS DE TEJIDOS BLANDOS

### **III ANOMALIAS DE TEJIDOS BLANDOS**

#### **a) Técnicas de Frenilectomía**

##### **a.1) Frenilectomía lingual**

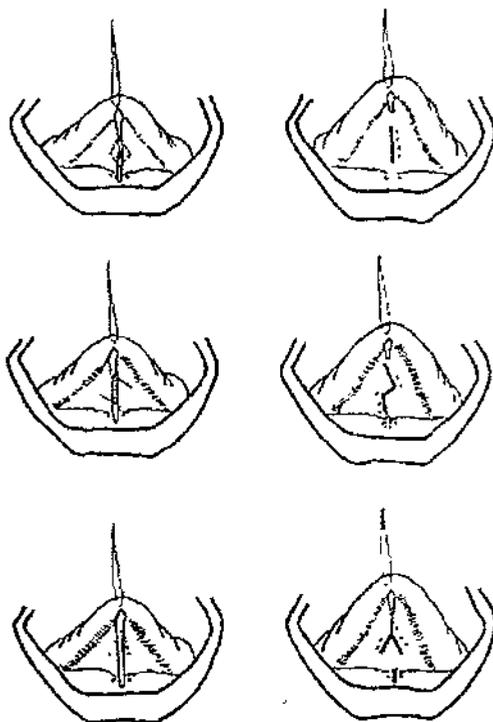
El concepto es una banda de tejido fibromuscular que se dispone desde la punta de la lengua y la cresta alveolar y en ocasiones intervienen las fibras superiores del músculo genioglosos.

En situaciones patológicas de tamaño o inserción o ambas, el frenillo puede ocasionar dos problemas: anquilosis o lengua atada y diastema interincisivo.

#### **Técnica**

Puede realizarse con anestesia local, el primer paso consiste en tensar el frenillo para lo que puede emplearse una sutura de tracción en las proximidades de su punto de inserción lingual o bien emplear para este fin la ranura existente en el mango de una sonda acanalada, la cual puede ser adaptada al frenillo para ejercer una tracción ascendente sobre él.

Se practica una incisión transversal mediante tijera o bisturí, en un punto de repliegue situado a medio camino entre la cara ventral de la lengua y las carúnculas sublinguales. Esta incisión es a través de la mucosa y fibras musculares ejerciendo una tracción sobre la lengua y el cierre se efectúa sobre puntos sueltos de material no absorbibles para después retirar los puntos en 7 días.



***Técnicas quirúrgicas en el frenillo lingual***

## **a.2) Frenilectomía labial**

**Concepto:** Es una banda de tejido fibromuscular que esta insertada entre la cresta alveolar y el labio superior, se acompaña de un diastema entre los incisivos centrales temporales y frecuentemente persiste ante la erupción de los permanentes.

En ocasiones el frenillo es voluminoso y tiene una inserción muy baja, lo que puede provocar dos situaciones.

**Ortodóntico.-** Diastemas interincisivos.

**Protético.-** El frenillo puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa o bien desestabilizarla en el curso de los movimientos labiales.

Por razones protésicas el frenillo debe extirparse en el momento de la vida en que se haga necesaria la confección de una prótesis completa o parcial removible con la que interfiera.

## **Técnica de Mead**

Se realiza con anestesia local y emostasia local. Con un bisturí del número 15 se lleva a cabo una incisión en todo el contorno del frenillo, profundizando hasta el hueso

Posteriormente se despega la cara profunda del frenillo de su inserción ósea, mediante un peritomo y finalmente se secciona con una tijera de Metzembaun el límite superior del mismo. Se procede a suturar los bordes de la herida quirúrgica mediante material reabsorbible o no.

## **Técnica de Federspiel**

Se realiza una adecuada anestesia, seguida de una incisión en forma de ovalo que contornea y circunscribe al frenillo. Los pasos restantes son análogos a los de la técnica anterior

## **Técnica de Dal Pont**

Después de la anestesia, se practica una incisión en forma de V en torno a la inserción gingival del frenillo, seguida de un despegamiento en profundidad del mismo que es elevada,

transformándose así la incisión inicial en un defecto mucoso de contorno romboidal.

Posteriormente, se socavan los bordes de la herida y se suturan con puntos individualizados y material reabsorbible o no.

### **Técnica de Z-plastia**

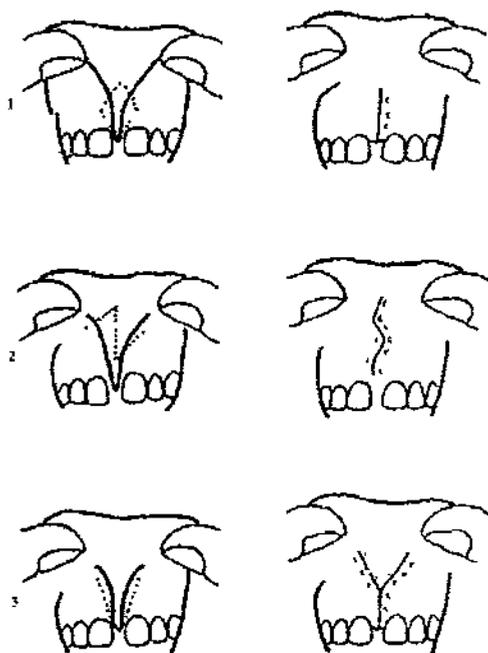
Se realiza una incisión en la línea media del frenillo extendida en longitud entre los extremos del mismo, a partir de los extremos de la incisión anterior, se tallan dos nuevas incisiones, una a cada lado, formando cada una de ellas con la primera un ángulo de 60 grados.

Los dos colgajos triangulares resultantes son despegados del hueso subyacentes y posteriormente transpuestos y suturados

### **Técnica de Mathis**

Se realiza una incisión horizontal en la zona media del frenillo, despegando en profundidad y traccionando del labio superior hacia arriba, la herida adopta un contorno lonsangico.

Posteriormente se tallan dos incisiones arciformes en los polos superior e inferior de la herida gingivolabial, con lo que se obtienen dos colgajos que son despegados de su cara profunda, entrecruzados como la técnica de Z-plastia.



***Técnicas quirúrgicas para la corrección del Frenillo labial***

### **b) Exéresis de la Hiperplasia Papilar del paladar**

Su origen es desconocido y se relaciona principalmente con el empleo de prótesis mal adaptadas, por lo que se presentan

proyecciones nodulares papilares o aterciopeladas, que afectan al paladar duro, como son fisuras donde se acumulan alimento o residuos bacterianos.

Los factores predisponentes son:

Mala adaptación de la prótesis, ausencia del contacto entre la prótesis y el tejido palatino, empleo permanente de la prótesis sin descanso nocturno, mala higiene bucal, aunque también se presenta en pacientes que tienen dientes naturales por deficiencia de la higiene oral.

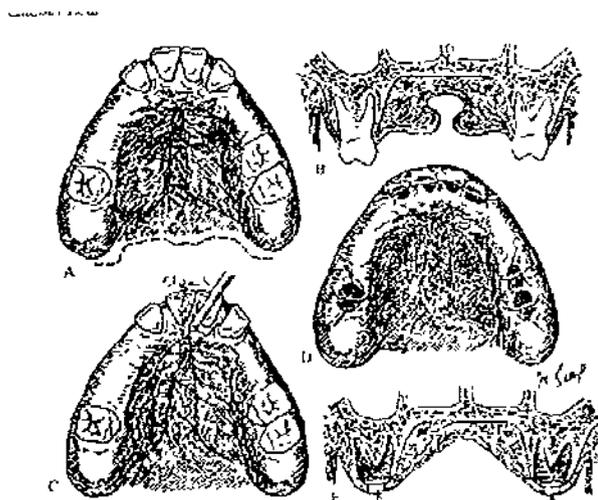
### **Tratamiento**

Para la Hiperplasia Papilar inflamatoria es el quirúrgico. La electrocirugía como aplicación efectiva, la eliminación de los factores irritativos, higiene rebasa o sustitución de la prótesis e higiene oral exhaustiva.

El curetaje del tejido hiperplásico, electrocoagulación, mucoabrasivo con instrumental rotatorio, criocirugía y después debe ser cicatrizado por segunda intención. El tejido extirpado debe ser sometido a un análisis anatomopatológico

## Complicaciones

Dolor y sangrado frecuente por lo que se coloca una férula acrílica.



*Hiperplasia Papilar del paladar*

### c) Exéresis de otras bandas fibrosas.

La resorción del hueso alveolar deja en una posición, más superficial las inserciones musculares de la cara y constituyen un obstáculo para la inserción y retención de las prótesis por lo que se utiliza la técnica quirúrgica de desinserción, mediante la técnica excisión romboidal, Plastía en Z, Plastía en V, Y.

Reducción de la hipertrofia de las tuberosidades que pueden interferir en el espacio libre intermaxilar y dificultar la construcción de prótesis.

La técnica es la resección de cuña del tejido redundante mediante dos incisiones elípticas que llegan hasta el hueso y el exceso de tejido se elimina con el perióstio, se extirpa el tejido mucoso y se recorta el tejido de la mucosa sobrante, suturando el tejido blando en contacto con el hueso subyacente.

#### **d) Epulis**

Es resultado de la irritación crónica de aleta mal ajustada por una dentadura sobre el epitelio del fondo de saco por lo que responde con irritabilidad produciendo tejido hiperplásico de reparación, este tejido prolifera en la zona del surco, la aleta de la dentadura y la mucosa vestibular e interfiriendo en la extensión de bordes atrapando residuos de alimentos y abrigando los microorganismos.

Esta lesión presenta diferentes aspectos desde simples dobleces a múltiples pliegues o tejido blando hiperplásico, esta afección cubre una pequeña zona del vestibulo extendiéndose en longitud.

El epulis se observa alrededor de los bordes vestibulares de una dentadura inmediata o transición cuando el paciente no regresa para la prótesis históricamente el epitelio es ligeramente hiperplásico ligeramente ulcerado con agrandamiento de tejidos blandos como resultado de la proliferación de un tejido fibroso y de inflamación.

Su tratamiento consiste en retirar la dentadura causal y acortar sus bordes para permitir un descanso de tejidos de reparación al prescindir la reparación en los bordes de la dentadura se corrigen con modelina y agentes como acondicionadores de tejido la extirpación quirúrgica debe intentarse si este tratamiento no resuelve el problema.

El descanso de los tejidos deben ser prolongados para no causar la regresión del epulis y la cicatrización total.

Los casos de larga duración exigen una eliminación quirúrgica seguida de una sutura que deberá disminuir la profundidad del vestibulo una vez que se halla presentado la cicatriz esta anticipada la extensión vestibular para la retención, tiene que considerarse una vestibuloplastia por epitelización secundaria para aumentar la profundidad del vestibulo.

El epulis puede ser observado en personas con dientes anteriores inferiores naturales y prótesis en la parte superior en quienes los dientes anteriores empujan la prótesis de arriba antes de la oclusión de los dientes anteriores, el tejido muestra pliegues excesivos de aspecto carnosos

La ulceración es frecuente cuando el diagnóstico no es evidente, es importante hacer una biopsia

## IV ANOMALÍA DE TEJIDOS DUROS

## **IV ANOMALÍAS DE TEJIDOS DUROS**

El dentista encontrará situaciones en las que es necesario cortar hueso para corregir los defectos óseos. La cirugía de hueso debe planearse cuidadosamente para alcanzar su objetivo. Las incisiones en tejidos blandos que quedan encima se deben planear de modo que el colgajo proporcione una exposición adecuada. Estas incisiones y suturas deben quedar sobre el hueso por lo menos a 5 mm de los márgenes del efecto óseo que ya existe.

El hueso no debe quemarse, pulirse o comprimirse durante la cirugía ya que al ocurrir esto se deberá extirpar el tejido lesionado para prevenir secuestros posteriores y curación tardía.

Las modificaciones en el contorno deben planearse de modo que quede un contorno óseo normal y que proporcione todavía un soporte si se necesita una prótesis.

### **Contorno del borde alveolar**

En la extracción dental, el hueso alveolar se desplaza cuando los dientes se hacen girar hacia la superficie bucal después de la extracción, sin reflexión de colgajos y modificaciones quirúrgicas

del hueso alveolar, el borde alveolar se comprime suavemente entre el pulgar y el índice para regresar la placa bucal o labial a su posición anterior, en algunos casos se comprime en posición más lingual que la que tenía cuando los dientes estaban presentes para acentuar un contorno del borde alveolar y así brindar soporte a futuras prótesis.

En la extracción dental quirúrgica con reflexión de colgajo y extirpación del borde alveolar, es adecuado extender la reflexión del colgajo a un nivel suficiente para ver los contornos del hueso labial y bucal, al exponerse el hueso se ven las modificaciones que deben hacerse en la superficie ósea y eliminar socavados indeseables del hueso.

Las proyecciones afiladas deben modificarse ligeramente bajo el mucoperiostio, estas son molestas bajo una protodoncia, por lo que el paciente tendrá que permanecer sin dientes durante 3 meses o más.

### **a) Alveoloplastia**

Consiste en la eliminación de hueso o tejido blando o ambos, posterior a la extracción dental unitaria o múltiple.

Objetivos.- Modelar el proceso alveolar con la finalidad de convertirlo en soporte ideal de modo que su forma permita distribuir las fuerzas masticatorias sobre una mayor superficie posible y procurar que el reborde sea ancho y redondeado.

La resorción del hueso alveolar va a ser más acentuada en los ancianos ya que va produciendo una disminución de vascularidad y capacidad regenerativa del hueso.

El hueso esponjoso tiene una resorción de mayor rapidez que el hueso compacto.

Al cabo de tres a cuatro semanas el alvéolo presenta hueso neoformado, lo que permite lograr un proceso alveolar de forma conveniente.

### **a.1) Técnicas**

#### **a) Compresión Alveolar**

Después de cada extracción dentaria se realiza una alveotripsina es decir una compresión digital del hueso alveolar para aproximar

entre sí las corticales vestibular y lingual, con la finalidad de reducir los espacios muertos óseos.

## **b) Alveoloplastía simple**

Es cuando se extrae un diente aislado, el proceso alveolar en la zona de exodoncia presenta una hinchazón debido a que en las zonas adyacentes, donde se practicaron extracciones previas, el hueso alveolar ya se ha reabsorbido.

En estos casos es preciso regularizar la totalidad del proceso alveolar antes de proceder a confeccionar una prótesis.

### **Procedimiento**

Con bisturí se realiza una *incisión gingival fusiforme* que incluya los márgenes de la cavidad alveolar, se despega la mucosa junto con el periostio tanto *vestibular como lingual*, se elimina hueso con una gubia alisándolo después con una lima para hueso y posteriormente la mucosa es suturada con material no reabsorbible 00 (dos ceros) o (tres ceros) 000.



*Técnica de alveoplastia simple. A, antes; B, después.*

### **c) Alveoplastia Cortical Vestibular**

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

Cuando es preciso realizar extracciones previas o la alveoplastia, se recomienda extraer los caninos antes que los incisivos, pues en caso contrario, junto con ellos se puede eliminar la cortical ósea vestibular a la que están muy adheridos.

#### **Procedimiento**

Anestesia local, se realiza una incisión en la porción más acumulada del reborde alveolar, cuya longitud debe superar en aproximadamente 15 mm a cada lado de los límites de la zona.

Despegamiento de un colgajo mucoperióstico de espesor total, que permite acceder a la vertiente labial del proceso alveolar.

Con una gubia, se resaca de forma biselada la porción más permanente del hueso alveolar, tras lo cual el lecho óseo es aislado y regularizado con una lima.

Posteriormente se realizan suturas individuales, de dirección vestíbulo palatina, asentadas sobre los tabiques óseos interalveolares.

#### **d) Alveoloplastía de Dean**

Indicada cuando los dientes del grupo anterior superior presentan un resalte u overjet moderado.

Después de extraer los dientes, anestesiada la zona y hecha la hemostasia local se resecan las papilas gingivales, con una hoja de bisturí del No. 15 mediante fresas quirúrgicas o con pinzas gubias del calibre adecuado, se resecan los tabiques óseos interalveolares, intercomunicando así los alvéolos de todos los dientes extraídos.

Posteriormente, mediante fresa de fisura, se realizan sendas osteotomías en la cortical vestibular, a lo largo del ángulo distovestibular del alvéolo de los caninos dándoles a las mismas una forma de V.

Se introducen dos periostotomos en la neocavidad radicular creada y se desplaza toda la cortical vestibular en dirección labial, para fracturarla en su parte superior, pudiendo así movilizarla sin dificultad.

### **e) Alveoloplastia Radical**

En ocasiones se recomienda un contorneado radical del reborde alveolar residual, debido a socavados extremadamente prominentes, como una discrepancia en la relación horizontal de los rebordes.

Estos pacientes pueden requerir de eliminación total de la lámina vestibular para lograr una sustitución protésica satisfactoria.

Al finalizar la intervención para evitar que la altura del pliegue mucobucal disminuya drásticamente, se deberá hacer la colocación de una prótesis inmediata.

## f) Aiveoloplastia Interseptal

Se utiliza en aquellos casos de extracciones de dientes contiguos. Su objeto es la conservación de la tabla externa, como factor de protección contra la atrofia.

Realizadas las extracciones, se eliminan con cincel o gubia fina, los septos interalveolares, para acercar la tabla externa a la interna por compresión, fracturando la tabla externa, si fuera necesario. No se corre riesgo de necrosis y secuestro pues se mantiene el hueso unido al perióstio, encía sin levantar colgajo.



*Técnicas de alveoloplastia interseptal. A, antes, B, después.*

## a.2) Torus

Los Torus son proyecciones óseas benignas de crecimiento lento en la mandíbula y maxilar.

Se presentan con frecuencia y logran su *máximo tamaño* en la tercera década de la vida.

Cuando la hiperóstosis se presenta en la línea media del paladar duro se le denomina, *Torus palatino* y cuando se localiza en la superficie lingual de la mandíbula se le llama *Torus mandibular*.

Aún no existe una *explicación convincente* acerca de esta lesión bucal, algunos estudios ofrecen pruebas que indican que el *Torus* es una lesión hereditaria que siguen un patrón dominante.

### **a) Torus Palatino**

Es una *protuberancia ósea* de lento crecimiento, de base plana, que se presenta en la *línea media del paladar duro*.

Afecta con *más frecuencia* al sexo femenino que al masculino, se presenta a *cualquier edad*, pero alcanza su mayor incidencia poco antes de los treinta años de edad.

Puede tomar diversas formas, se ha clasificado clínicamente en esta base como *plano, de forma fusiforme, nodular o lobular*.

Se halla recubierto por una capa muy fina de tejido blando, es muy duro y generalmente aparece de color pálido.

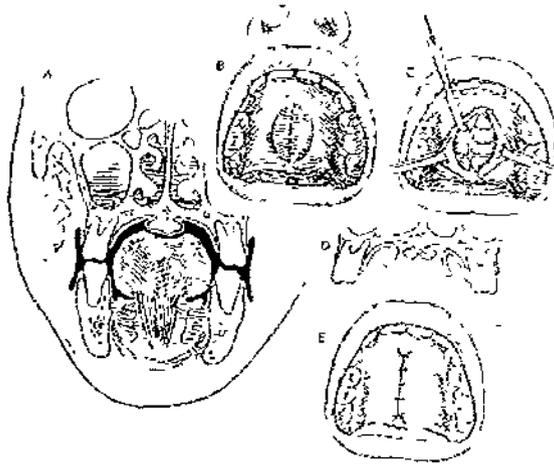
En sí esta compuesto de una concha de hueso compacto y un centro de hueso esponjoso, es a menudo visible mediante una radiografía.

Es indispensable la decisión de conservar o eliminar o Torus maxilar para la elaboración del plan de tratamiento.

Para el paciente de prótesis total, el Torus palatino deberá ser extirpado si existen uno o más de las siguientes condiciones:

- 1) Cuando las exóstosis sean tan grandes que interfieran con el habla.
- 2) Si el Torus se extiende más allá de la unión del paladar blando con el duro impidiendo el establecimiento de un sello palatino posterior adecuado.
- 3) La estabilidad de la prótesis se convierta en problema persistente debido al efecto del fulcro del Torus. El efecto del fulcro es el resultado de la resorción del reborde alveolar mientras que el hueso de la exóstosis permanece

sin cambios, dando como resultado una base inestable para la prótesis.



**Toro Palatino**

## **b) Torus mandibular**

El Torus mandibular es un crecimiento exterior óseo que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula.

Su etiología es desconocida; durante muchos años se ha pensado que un Torus mandibular se desarrolla como un refuerzo del hueso en esta área premolar en respuesta a la tensión de torsión creada por la masticación pesada.

Este crecimiento se presenta por arriba de la línea milohiodea, por lo regular opuesta a los premolares.

El Torus mandibular es generalmente bilateral, aunque se ha observado una afección unilateral en + - 20 % de los casos. Estas protuberancias pueden ser individuales o múltiples.

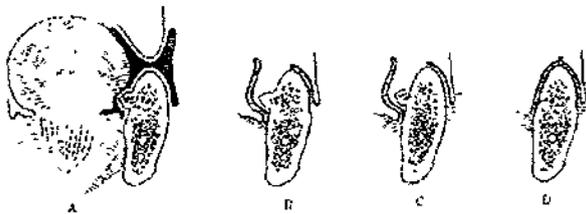
En la primera década de la vida es poco frecuente, ya que por lo general se inicia a los 30 años de edad y sin preferencia de sexo.

Este crecimiento en la superficie lingual de la mandíbula aparece generalmente en la región de los premolares. La membrana mucosa que recubre el Torus suele ser delgada y susceptible a la irritación crónica de la base de la dentadura.

Este tipo de Torus también se compone de un hueso cortical delgado, siendo el interior de hueso esponjoso.

La construcción de una dentadura sobre el Torus da como resultado la irritación frecuente de las mucosas y puntos doloridos, ya que la zona es resistente a la resorción. La mayor parte de los Torus mandibulares deberán ser extirpados antes de la construcción de la prótesis.

La eliminación quirúrgica consiste en el levantamiento de un colgajo mucoperiostio lo suficientemente grande para exponer en su totalidad el área. el Torus se elimina con fresas para hueso o cinceles. La colocación cuidadosa de suturas seguida por la aplicación de presión digital permite la reposición correcta de los márgenes del colgajo. No suele ser necesario un aparato de retención quirúrgico pudiéndose iniciar los procedimientos de impresión después de 2 a 4 semanas, una vez que haya cicatrizado la zona.



***Tori mandibular***

### **a.3) Vestibuloplastia**

Es uno de los varios procedimientos quirúrgicos diseñados para restaurar la altura del reborde alveolar, su anchura o ambos mediante la alteración de las inserciones musculares o mucosas no adheridas desde el reborde, la cresta del maxilar o la

mandíbula hasta una posición más inferior en el fondo del saco lingual, bucal o labial.

Las técnicas quirúrgicas son las siguientes:

1. Vestibuloplastia:

Transposicional

Reepitelización

Injerto: cutáneo o mucoso

2. Injerto óseo

3. Osteotomías, con interposición de injertos óseos

4. Implantes submucosos (hidroxiapatita)

5. Implantes permucosos.

La técnica elegida es en relación con el grado y tipo de deficiencia anatómica; las vestibuloplastias constituyen un procedimiento quirúrgico que tienen por objeto transformar un surco vestibular escasamente profundo en otro de dimensiones adecuadas para albergar el flanco de una prótesis.

Este procedimiento es útil si el reborde alveolar presenta una altura adecuada y un contorno idóneo. La reabsorción completa del proceso alveolar o incluso del hueso vacilar mandibular contraindica las vestibuloplastías, haciendo necesario recurrir al empleo de técnicas que permitan aumentar el volumen y el contorno de los tejidos duros

En términos generales podemos diferenciar tres grupos de técnicas de vestibuloplastías:

1. Desplazamiento de la mucosa adyacente al surco vestibular, para cubrir con ella las dos vertientes del surco profundizado.
2. Desplazamiento de la mucosa vecina al surco, para cubrir con ella un lado del mismo, mientras que la otra vertiente sufre un proceso de epitelización secundaria.
3. Vestibuloplastías en las que el surco ahondado se cubre mediante injertos epiteliales.

## **a) Técnicas**

### **Técnicas empleadas en el surco vestibular inferior**

1. Vestibuloplastias por adelantamiento de la mucosa vecina al surco, con la que se cubren las dos vertientes del mismo.

Vestibuloplastia submucosa descrita por Obwegeser, se emplea cuando hay un reborde alveolar clínico corto, pero con suficiente cantidad de hueso.

Con esta técnica se pretende aumentar la profundidad del surco, transfiriendo el tejido conectivo submucoso y los músculos adyacentes a una posición más alejada de la cresta del reborde alveolar

Posterior a la anestesia se procede a realizar los siguientes pasos:

Incisión en la línea media del surco vestibular, desde la unión mucogingival hasta el nivel de la mucosa labial que corresponda con la profundidad que deseamos dar al surco.

Mediante una tijera de Meztzembraun se tuneliza la mucosa, despegándola de la submucosa hasta alcanzar el agujero mentoniano.

Posteriormente, se profundiza la incisión inicial procediendo a diseccionar los tejidos blandos que son así separados del perióstio.

Se secciona con tijera y cerca de su inserción superior, el conjunto de tejidos blandos situados entre el plano de disección submucoso y el suprapariostio.

Se aspira la sangre coleccionada bajo la mucosa, se adapta esta a su lecho, se sutura la incisión con seda y se coloca una férula de acrílico o la prótesis del paciente, si era portador de ella con el flanco de la misma sobreextendido en la longitud adecuada mediante compuesto de modelar, procedimiento a fijar de la misma, mediante un alambrado perialveolar o circunmandibular.

## 2. Vestibuloplastias por epitelización secundaria.

Suelen usarse cuando se precisa hacer una vestibuloplastia en una zona muy limitada.

Dentro de este grupo se encuentran las siguientes técnicas:

### **Técnica de Kazanjian**

Incisión en la mucosa de la cara interna del labio y disección de la misma hasta el reborde alveolar obteniéndose al final un colgajo de mucosa labio vestibular, pediculizado a nivel de la cresta del reborde alveolar.

Disección supraperióstica de los tejidos que cubren la cara externa del maxilar inferior para profundizar el surco vestibular.

El colgajo mucoso es colocado directamente sobre el periostio al que se sutura al nivel más bajo posible.

La superficie labial denudada se va a cubrir con tejido de granulación y posteriormente con epitelio que crece a partir de los márgenes de la herida.

En la descripción inicial de Kazanjian este coloca un tubo de polietileno en el fondo del surco profundizado y/o fija mediante suturas percutáneas, rollos de algodón situados en la cara externa del labio; este tubo se retira a los siete días.

## **Técnica de Godwin**

Godwin modificó la técnica descrita por Kazanjian; este autor talla un colgajo mucoso igual que el descrito en la técnica precedente.

Practica una incisión del perióstio en la base del colgajo mucoso y en el fondo del surco vestibular, denudando el hueso, que posteriormente se lima.

Coloca el colgajo sobre el hueso desperióstizado y lo fija al margen inferior del perióstio seccionado mediante material reabsorbible.

En todas las técnicas de vestibuloplastías por epitelialización secundaria se aconseja las siguientes medidas postoperatorias: antibióticos profilácticos, higiene oral rigurosa, enjuagues orales con una solución salina, dieta líquida o blanda.

## **Técnica de Cooley**

Se realiza una incisión extendida entre la región del segundo molar de un lado y su homónima contralateral. Pueden

realizarse dos incisiones de descarga en los extremos posteriores de la incisión anterior

Posteriormente se rechaza un colgajo mucoperióstico vestibular mediante disección roma, hasta el nivel al que se desea profundizar el surco.

Durante esta maniobra se comprueba si es preciso desplazar caudalmente el nervio mentoniano; se perforan entonces tres orificios en el reborde alveolar, uno en la línea media y otro en las regiones caninas.

Se sutura el margen gingival del colgajo vestibular a través de los orificios perialveolares, al mucoperiostio de la vertiente lingual del reborde para lo que se emplea sutura reabsorbible.

### **Técnica de Clark**

Se realiza una incisión a nivel de la unión mucogingival, extendida en longitud entre ambos orificios mentonianos, posteriormente se socava la mucosa labial hasta el bermellón, conformando así un colgajo de mucosa labial pediculizado a nivel de la línea de Klein.

Se lleva a cabo una disección supraperióstica sobre la cara vestibular de la sínfisis mentoniana profundizando el surco vestibular más de lo deseado.

La vertiente labial del vestíbulo se cubre con un colgajo mucoso, el cual es mantenido en su nueva posición por medio de tres suturas de colchonero realizadas con sutura no reabsorbible. La vertiente ósea se deja al descubierto para que granule y epitelice

### **Vestibuloplastias con injerto Epitelial**

Están indicadas principalmente en tres casos: inserciones musculares altas, extensas cicatrices locales y atrofia mandibular muy intensa.

La vestibuloplastia inferior con injerto epitelial puede ser llevada a cabo de forma aislada o en combinación con un descenso del suelo bucal.

Cabe definir un injerto de piel como un segmento vivo de esta que ha sido separado de su asiento original y que es implantado en otra zona donde ha de recibir su nutrición.

Según los estratos de la piel que abarcan los injertos pueden ser dermoepidérmicos, si están constituidos por la epidermis, la dermis y dérmicos, si están constituidos por dermis.

Los injertos dermoepidérmicos pueden ser subclasificados a su vez, en función de su espesor en injertos de espesor total e injertos de espesor parcial. Los primeros están formados por la epidermis y la dermis en todo su espesor; que contienen glándulas sudoríparas folículos pilosebáceos y vasos dérmicos.

Los injertos de espesor parcial se clasifican en dos tipos: injertos finos o de Ollier-Thiersch, formados por la epidermis y la dermis papilar que carecen de glándulas sudoríparas y folículos pilosebáceos e injertos medios formados por la epidermis y la mitad aproximada de la dermis.

Según la identidad genética entre los individuos portadores de la zona dadora y la receptora, los injertos cutáneos pueden ser clasificados en autoinjertos. El injerto procede del mismo individuo que lo recibe. Aloinjerto u Homoinjerto. El individuo donante y el receptor son diferentes entre si pero ambos pertenecen a la misma especie

Xenoinjertos o heteroinjertos. El injerto procede de un animal de distinta especie a la del receptor, si el injerto continúa vivo en el sitio receptor de forma indefinida se dice que él ha prendido.

### **Vestibuloplastias con injerto Cutáneo y descendimiento del suelo bucal.**

Crea surcos vestibular y linguoalveolar profundos, en los que la prótesis permanece asentada de forma estable, frente a fuerzas desplazantes laterales.

El reborde alveolar situado entre los dos surcos se encuentra cubierto por una capa de tejido epitelial adherida al hueso subyacente y no desplace con los movimientos de los labios, mejillas y lengua, lo que provee a la prótesis de un soporte para su estabilidad

Probable disminución de la velocidad de resorción del hueso situado bajo la piel, para el injerto epitelial se prefiere, en general la piel a la mucosa que puede ser obtenida en mayor cantidad con facilidad.

En la sutura del injerto, generalmente se emplea material reabsorbible que debe permanecer en el medio oral el tiempo suficiente para que el injerto prenda pero no mucho más por el riesgo de infección, por ello no es aconsejable emplear materiales que tarden demasiado tiempo en reabsorberse.

### **Métodos adhesivos**

Gregory y Schaberg recomiendan usar el FAS (sistema de fibrina adhesiva), para fijar el injerto cutáneo al reborde alveolar.

Este producto formado por trombina y clorhidrato calcico y por otro factor fibronictina y fibrina.

### **Técnica de Taunber y Obwegeser**

Se recurre a la anestesia general con entubación nasotraqueal; posteriormente se afeita la zona dadora y se lava con suero y jabón, en seguida es lavada con un antiséptico. Esta zona debe poseer poco pelo y con frecuencia se elige para ello la piel situada inmediatamente por debajo de la cresta ilíaca, una ves decidido el lugar se engrasa con vaselina tanto en la zona dadora como el cuchillete que se va

a emplear para obtener el injerto, se mantiene la zona en tensión mediante dos placas metálicas y se toma un fragmento de piel utilizando para ello un dermatomo de Brow o de Padgett - Hood; posteriormente el injerto puede ser almacenado o bien aumentarse su superficie penetrándolo mediante un expansor de injertos.

El injerto, una vez obtenido, es colocado en el seno de una gasa plegada sobre si misma y empapada en suero salino para preservar el fragmento cutáneo de la deshidratación y del plegamiento de sus bordes.

Se debe tener una buena hemostasia, por lo que es útil la trombina. en seguida se cubre con una gasa fina y sobre ella se realiza un vendaje compresivo. en el postoperatorio inmediato se retira el apósito, pero no la gasa y se expone la zona dadora a una lámpara de calor seco.

Debajo de la gasa se está produciendo una reepitelización con lo que los bordes de aquella se van despegando paulatinamente, estos bordes son recortados con tijera hasta que al cabo de dos o tres semanas la zona está epitelizada y la gasa se ha perdido.

## **Preparación de la zona receptora.**

La cavidad oral debe ser aislada con paños estériles, lavada y secada, después de la solución anestésica en la submucosa, se procede a separar labios y mejillas por medio de retractores.

Posteriormente se realiza una incisión por medio de una hoja de bisturí: Se inicia en una región retromolar, profundizando la hoja del bisturí hasta alcanzar el perióstio y se continúa hacia adelante pasando entre la unión mucogingival y el agujero mentoniano.

Finalizada la inserción se procede a realizar una disección supraparióstica, dejando el perióstio completamente libre de los tejidos blandos que lo cubren.

Es una condición necesaria para lograr que el injerto cutáneo se fije al hueso, esta disección alcanza una profundidad que varía según la zona del surco vestibular considerada en la región del tercer molar, la disección debe rebasar ligeramente la línea oblicua externa, no descendiendo más de dos milímetros en la cara lateral de la mandíbula.

Desde aquí y a medida que se avanza, la disección se ahonda progresivamente hasta la zona del primer molar

En la zona del agujero mentoniano la disección debe ser superficial y cuidadosa para minimizar el traumatismo quirúrgico sobre el paquete vasculonervioso mentoniano; por delante de este el despegamiento puede ser nuevamente profundizado, pero en el mentón debe ser respetada la inserción para prevenir la caída del mentón consecutiva a la cirugía.

Al finalizar la surcoplastia vestibular es necesario pasar a preparar el surco lingualveolar para lo cual se coloca una solución anestésica y en seguida se separa la lengua hacia el lado contrario al que se va a trabajar. Se realiza la misma en la vertiente lingual de la región retromolar y se prolonga después hacia adelante.

Tras incidir la mucosa, se secciona el musculo milohioideo con una hoja de bisturí o con una tijera de Metzenbaum a lo largo de la cresta oblicua interna, se continúa la disección sobre la cara media de la mandíbula, sin sobre pasar el borde inferior de la misma. En el sector anterior del suelo anterior se

secciona la mitad superior de las fibras de musculo Geniogloso.

Obwegeser refiere dificultades deglutorias durante varios meses, en caso de que la sección del Geniogloso sea completa.

Realizadas las surcoplastías vestibular y lingual la parte superior del reborde alveolar queda cubierta por una franja de mucosa con la que es posible realizar dos situaciones: dejarla en su sitio si el injerto cutáneo va a ser suturado, resecarla si el injerto va a ser mantenido en posición mediante una férula o si el reborde alveolar es agudo.

## **b) Suturas**

Antes de proceder a colocar el injerto, es necesario suturar los colgajos vestibular y lingual, si el injerto va a ser suturado se utiliza material no reabsorbible; por lo cual los colgajos deben ser unidos entre sí mediante suturas submandibulares, para asegurar una profundización del surco vestibular y un descenso del nivel del piso bucal.

Posteriormente se procede a colocar suturas en los siguientes lugares y un par inmediatamente por delante del agujero mentoniano; otro a un centímetro por detrás del mismo agujero y finalmente en el extremo posterior de la incisión.

Una vez hecho esto, se anudan las ligaduras sin demasiada tensión, procurando que al apretarlo, el tejido lingual no penetre bajo la mandíbula.

Si se decide fijar el injerto por medio de una férula de acrílico, es necesario disponer de dos ligaduras circunmandibulares, para lo que se emplea una sutura monofilamento

### **Colocación del injerto**

En la férula de acrílico se coloca compuesto de modelar, con la parte más gruesa hacia el lado vestibular, posteriormente se coloca sobre el compuesto un material que alivie la presión ejercida sobre los tejidos orales; con este fin se han empleado sustancias como gutapercha, óxido de zinc, eugenol, silicona.

Férula e injerto son llevados a la boca, colocados en posición y fijación anudando sobre la férula las ligaduras perimandibulares.

Cuidados postoperatorios a los cuidados rutinarios se le agregan las siguientes indicaciones como son: corticoides, antibióticos, pomada de vaselina. La férula se retira entre los 7 y 10 días después de la cirugía. Se deben hacer controles postoperatorios cada seis meses.

Sutura del injerto: El fragmento de la piel es colocado dentro de la cavidad oral y adaptado meticulosamente a su lecho. Una vez suturado el injerto, se recorta con una tijera el tejido sobrante y se practica unas pequeñas incisiones para evitar la colección de fluidos de bajo de él. Realizadas las suturas, se coloca un apósito compresivo sobre las superficies anterior y lateral de la mandíbula, retirándolo el primer día de postoperatorio.

Complicaciones y resultados operatorios: La mayor parte de los pacientes son referidos satisfactoriamente después del tratamiento quirúrgico.

En el grado de insatisfacción de los pacientes pueden jugar un papel relevante las complicaciones de la cirugía:

Trastornos sensitivos en el territorio del nervio mentoniano, raramente pueden afectar al nervio lingual.

Tumefacción de la lengua y del piso bucal, que puede dar trastornos de la deglución e incluso en la respiración.

En caso de la desinserción completa del musculo geniogloso, se pueden generar dificultades importantes para la deglución, si es posible se debe intentar la re inserción.

Complicaciones sépticas: En caso de que se produzcan absceso en las zonas suturadas es preciso retirar la sutura, drenar el pus por vía percutánea y administrar antibióticos.

Por necrosis de una pequeña zona del injerto puede quedar expuesto el perióstio; los fracasos en el injerto suelen guardar relación con una movilidad del mismo sobre su lecho

Trastornos estéticos: Una disección demasiado profunda en la región mentoniana puede dar lugar a una caída del mentón a la inversión del borde del bermellón y a la desaparición del surco labio mentoniano.

Aparición de pelo en el injerto: Está en relación con el espesor del mismo, aunque es poco común. En caso de que aparezca, puede ser eliminado por cauterización en la base del folículo piloso.

Trastornos a nivel de la zona dadora. Puede aparecer exudación en la misma, que debe ser tratada por medio de lavados de agua y jabón dos veces por día. Se debe minimizar el trauma local producido por la ropa; formación de una cicatriz queloidea; hipo o hiperpigmentación de la mitad de los casos

### **Vestibuloplastia mandibular anterior con injerto de mucosa**

Técnica: En ella es preciso extraer un injerto mucosos de la cavidad oral.

Mejilla: Después de separar la mejilla con un retractor de Arhem o de Deaver, y con la finalidad de individualizar la lámina propia de la musculatura subyacente, se inyecta suero salino, con un bisturí se toma una franja de la mucosa fusiforme; el hecho dador se trata mediante sutura directa con material no absorbible.

Paladar: Previamente a la toma del injerto, se instala en la fibromucosa palatina la solución anestésica, después de medir el tamaño del injerto preciso, para lo que se utiliza papel de estaño, se remueve un fragmento de mucosa, realizando una hemostasia de la zona dadora por electrocoagulación.

En seguida, se adapta una férula preconfeccionada sobre un modelo de yeso, a la bóveda palatina, rebasada con un apósito quirúrgico en la zona que se ha tomado el injerto.

Estando ya en condiciones de llevar a cabo la vestibuloplastía, esta puede ser realizada con anestesia general o local, en seguida se realiza la incisión extendida entre ambos primeros premolares a nivel de la unión mucogingival, seguida de una disección supraperióstica, se debe tener cuidado no exponer el agujero mentoniano, se dispone entonces en la mucosa labial cuatro suturas con material reabsorbible, las cuales pasan por debajo de la mandíbula.

Posteriormente se coloca el injerto mucoso sobre la zona receptora; se adapta una prótesis o férula que se inmoviliza con tres ligaduras perimandibulares retirándose a los siete días.

## **Descendimiento del piso bucal**

### **Técnica de Trauner**

La incisión y el despegamiento se realiza con la técnica antes expuesta y a continuación se realizan suturas con ayuda de una lezna, en las que se toma la mucosa del piso bucal y el musculo

milohioideo siendo anudadas sobre la piel de la región suprahioidea, el perióstio de la cara interna de la mandíbula queda expuesto y se cubre con un injerto epitelial.

### **Descendimiento del piso bucal o Surcoplastia lingualveolar en el área Milohioidea**

Se realiza una incisión en la parte más acuminada de la cresta alveolar, disección de la mucosa de la vertiente lingual, a nivel superiástico, exposición de las fibras externas del musculo milohioideo y desinserción de las mismas de la cresta milohioidea, la cual es posteriormente reducida de calibre por medio de fresas de trabajar el acrílico.

A continuación se sutura la mucosa en posición original y se coloca una prótesis o férula previamente construida, cuyo flanco lingual se ha sobreextendido mediante compuesto de modelar, para adaptarlo a la nueva morfología.

Esto favorece la unión de la mucosa al perióstio y la reinserción del musculo milohioideo a un nivel más bajo, después de siete días la prótesis o la férula, puede ser retirada.

## **Técnicas empleadas sobre el Surco Vestibular superior**

### **Vestibuloplastía Submucosa**

Dada por Kazanjian para el vestíbulo inferior de 1944.

Técnica.

Llevada a cabo bajo anestesia general o local; posteriormente a realizar una incisión en la linera media del surco vestibular, extendida entre el reborde alveolar y la espina nasal anterior.

Si la espina nasal anterior es muy prominente y puede interferir con la colocación de la prótesis puede ser resecada por esta vía.

A continuación y por medio de una tijera de Metzenbaum, se realiza una disección con la que se separa la mucosa de la submucosa, a ambos lados de la incisión inicial; completada la disección submucosa, se profundizan las incisiones hasta el hueso.

Se realiza una disección supraperióstica, separando el perióstio de los tejidos blandos que lo cubren, llevando la disección en altura, hasta la profundidad que requiera el surco vestibular que ha de ser creado.

Con bisturí se libera la inserción de los tejidos blandos situados entre la mucosa y el perióstio de su unión con la cresta del reborde alveolar

El tejido liberado es colocado hacia arriba, poniendo a continuación la mucosa al perióstio.

Por último se suturan las incisiones; se colocan temporalmente, unos rollos de gasa en el surco alveolar para mantener la mucosa adaptada al perióstio, colocando después la prótesis del paciente o una férula construida con anterioridad. con compuesto de modelar, que una vez instalada en la cavidad oral. mantiene el fondo del vestíbulo en la nueva posición, mientras cicatrizan los tejidos.

La prótesis o férula, se retira al cabo de una semana, tomándose entonces las impresiones oportunas para rebasar inmediatamente la prótesis del paciente.

## **Vestibuloplastia por Epitelización Secundaria.**

Indicada en los vestibulos con escasa profundidad, en los que existe hiperplasia fibrosa y cuando hay un proceso alveolar de suficiente tamaño pero insuficiente mucosa sana para hacer una vestibuloplastia submucosa.

### **Técnica de Obwegeser, Rumpel, Szaba y Ganzer.**

Anestesia Local y posteriormente se lleva acabo una incisión en la unión mucogingival en una longitud que guarda relación con el tamaño de la vestibuloplastia que es preciso hacer en cada paciente.

Se realiza una disección superperióstica extendida en sentido craneal todo lo posible.

En la parte anterior del vestíbulo, se debe llegar hasta el piso de la fosa nasal nivel de la fosa canina, es necesario acercarse al agujero infraorbitario y por detrás de ella, ascender todo lo que permita el arbotante maxilomolar.

Posteriormente se sutura la mucosa al periostio en la parte mas elevada del surco. Se coloca entonces la prótesis del paciente.

Al realizar esta técnica es importante tener presente dos situaciones: La profundización del vestíbulo debe ser sobrestendida, pues el proceso de epitelización secundaria hace perder profundidad vestibular con el tiempo.

### **3. Vestibuloplastia Superior o Maxilar con injerto Cutáneo.**

Macintosh y Obwegeser citan a Ewiser como el primero en describirla Schuchardt, introdujo posteriormente modificaciones a la misma.

Primeramente se procede a la construcción de una férula acrílica con las siguientes especificaciones:

Contorno: debe adaptarse al del área protésica.

Forma: depende del sistema de fijación al maxilar superior.

## Técnica

Anestesiar la zona, y posteriormente se realiza una incisión extendida entre los dos surcos molares que contornea la maxila en la zona de unión mucogingival.

En los dos extremos de la incisión se practican sendas descargadas vestibulares de una longitud aproximada de 5 ml.

Después de la incisión se lleva acabo una disección supraperióstica extendida cranealmente hasta el piso de las fosas y el arbotante maxilo molar. Realizada la disección, se sutura el borde del colgajo mucoso al perióstio lo mas alto posible.

Posteriormente se toma impresión del nuevo vestíbulo, para lo que se emplea como cubeta la férula acrílica construida; se retira de la cavidad oral y se cubre con un acondicionador de tejidos, sobre el que se dispone el injerto cutáneo previamente obtenido.

La férula con el injerto se coloca en la cavidad oral se fija al maxilar superior, empleando uno de los siguientes métodos.

Fijación circunnasal, Es el método de elección que consiste en introducir una lezna larga y curvada en su extremo a través de un

vestíbulo nasal y se le lleva en contacto con la mucosa del piso de las fosas nasales hasta el borde posterior del paladar óseo. Se le hace penetrar a través del velo del paladar ayudado para ello de un dedo en la cavidad oral, con el que se eleva el paladar blando y se guía la punta de la lezna; se introducen dos largos alambres por el ojo de la lezna haciéndoles recorrer el camino inverso al descrito anteriormente. Se liberan los alambres y se cogen con una pinza de hemostásia.

De esta forma, tenemos el maxilar superior y la lamina horizontal del palatino rodeados con dos alambres cuyos extremos se encuentran dentro de la cavidad oral.

Posteriormente se coloca un tubo de plástico sobre el porción de los alambres situada a nivel de la bóveda palatina.

Se coloca la férula en posición con el injerto cutáneo y se tensan los alambres por separado, por medio de la pinza hemostática resistente mientras se traiciona de la férula hacia arriba, para aplicarla al paladar.

Fijación transpalatina de Smylski: Se pasa una lezna puntiaguda y curvada a través del tejido blando vestibular; se desliza la lezna bajo la mucosa nasal hasta rebasar el proceso alveolar y por

medio de una firme presión, se atraviesa el paladar duro con la lezna lateralmente a la línea media.

Se repite el mismo procediendo en el otro lado. Se introducen los alambres por los agujeros existentes en la férula, se tensan ajustando el injerto contra la superficie receptora.

Atornillamiento Septal: En la línea media de la férula se construye un orificio se perfora el paladar un agujero piloto, ligeramente menor que el diámetro exterior de la rosca, posesionando a continuación el tornillo. Es recomendable anudar a este un fino hilo para prevenir su aspiración en caso de que se desaloje.

Fijación perialveolar: Se coloca la férula en posición y se pasa una lezna a través de la mucosa vestibular, por encima del flanco de aquella, atravesando con ella, sucesivamente la pared lateral del seno maxilar, la cavidad sinusal, la apófisis palatina de la maxila y la fibromucosa palatina.

A través del ojo de la lezna se pasan dos alambres, retirándola después. luego se repite el mismo procedimiento en el otro lado y se tensan los alambres.

## **Cuidados Postoperatorio**

La férula se mantiene en posición durante siete días y justo antes de retirarla, es necesario desprender de ellas los bordes del injerto para evitar retirar los puntos. Hasta que se retire la férula, el paciente debe recibir antibióticos.

Una vez realizada la vestibuloplastia y debido a la existencia de una gran atrofia ósea, el relieve del reborde alveolar es aun insuficiente para sustentar un prótesis. se hace necesario el aumento de su tamaño, con este fin pueden emplearse diversos materiales: Implantes, Hueso Autógeno, (costilla o cresta ilíaca), Hidroxiapatita.

### **a.4) Exóstosis**

#### **a) Exóstosis Palatina Lateral**

Se encuentra situada en la superficie palatina del proceso alveolar la región molar, cerca del paquete vasculonervioso palatino

## **Técnica**

Se practica una incisión a lo largo de la cresta del proceso alveolar, desde la tuberosidad hasta la región premolar. Posteriormente se despega la mucosa exponiendo el hueso, que puede ser reseca mediante fresas, pinzas gubias ó escoplos.

Una vez terminada la recesión se realiza una hemostasia y finalmente se sutura con material no absorbible.

### **b) Exóstosis vestibular.**

Es mas frecuente en el manillar superior y dentro de él, en las regiones premolar y molar.

Puede interferir con la construcción o utilización de una prótesis, por lo que debe ser reseca. La Exóstosis debe ser eliminada en gran parte pero no en su totalidad.

## **Técnica**

Se realiza una incisión a lo largo del reborde alveolar. En la unión de la encía libre y adherida. Posteriormente se hace un

despegamiento mucoperióstico, exponiendo el hueso en las zona de la Exóstosis, que es resecada mediante escoplo, piza gubia ó fresa quirúrgica.

Se alisa posteriormente el hueso mediante una lima, se repone la mucosa y se sutura con material no absorbible.

### **a.5) Dientes Retenidos**

Es necesario realizar un examen minucioso de la cavidad bucal antes de la construcción de prótesis totales para identificar las áreas que pudieran presentar problemas de potencia.

La identificación oportuna de éstas zonas que representan problemas se hace con la ayuda de los modelos de estudio radiograffas intrabucales de toda el área de radiografias panorámicas.

Durante la elaboración del plan de tratamiento es necesario resolver el problema de conservar o extraer la dentición existente en el maxilar o mandíbula antes de la rehabilitación. Al tomar la decisión deberán considerarse los factores para lograr el mejor plan de tratamiento para el paciente.

La edad es un factor importante, en un joven el diente incluido conserva su potencial de erupción por lo que su extracción prematura causa una pérdida innecesaria de hueso.

En personas de edad avanzada la extracción quirúrgica de dientes incluidos da como resultado pérdida excesiva de hueso debido a la mayor densidad ósea, anquilosis y menor potencial de reparación. La salud general afecta la decisión de recurrir o no a los procedimientos quirúrgicos, las personas debilitadas cicatrizan sus heridas con demasiada lentitud cuando se halla tomado la decisión de conservar los dientes incluidos es necesario advertir al paciente de este hecho así como de la localización y el pronóstico.



***Radiografías que muestran dientes retenidos.***

Un estudio radiográfico completo es un factor importante en un diagnóstico "dientes que no han hecho erupción" es la mayor parte de dientes incluidos que deberá ser extirpados en forma

profiláctica para evitar la posible transición a un quiste dentígero y diferenciación posteriormente en ameloblastoma.

Los dientes incluidos deberán ser extirpados cuándo existan pruebas de patologías relacionadas y esto sea evidente en la radiografía como una zona vacía o oscura dentro del espacio folicular



#### ***Extracción quirúrgica (abordaje vestibular) de dientes retenidos.***

Los dientes que no hallan hecho erupción deberán ser extraídos cuando se presenten síntomas que indiquen cambios patológicos y cuando el patrón de erupción del diente puedan dañar estructuras bucales asociadas o a dientes adyacentes.

## V INSTRUMENTACIÓN

## V INSTRUMENTACIÓN

Para el dentista en general en procedimientos quirúrgicos bucales varía el instrumento dependiendo del número y carácter de las operaciones que intente realizar.

Hay instrumentos de corte que tienen bordes de trabajo afilados o abrasivos y se emplean para incidir tejidos blandos o cortar hueso:

### **Bisturí**

El cuchillo, bisturí o escápelo puede ser una unidad integral con hoja y mango unidos como en el caso de los cuchillos periodontales o de un mango con una hoja desmontable y desechable. El mango No. 3 se le montan hojas del número 11 recta y puntiaguda; la del número 12 hoja falciforme con extremo puntiagudo, el No. 15 es una hoja con borde cortante convexo que se vuelve recto a medida a que se aproxima el mango.



***Mangos de bisturí***

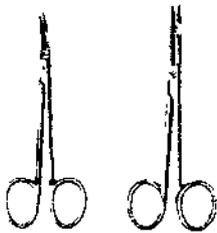


***Hojas de bisturí***

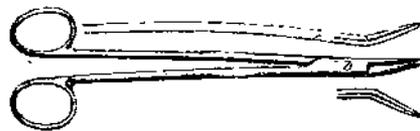
## Tijeras

Son de múltiples formas se emplean para cortar tejidos blandos no deben usarse para cortar hilos de sutura ni ningún otro tipo de material ya que los extremos cortantes deben ser puntiagudos, afilados o redondeados y romos; estas deben tener la hoja ligeramente acerada y prevenir que los tejidos se deslicen.

Los mangos de las tijeras en uso intrabucal deben ser curvados y las hojas rectas o curvadas. Otro tipo de tijeras pequeñas de Metzenbaum se emplean para cortar grandes extensiones de tejidos blandos.



*Tijeras de disección curvas y rectas*



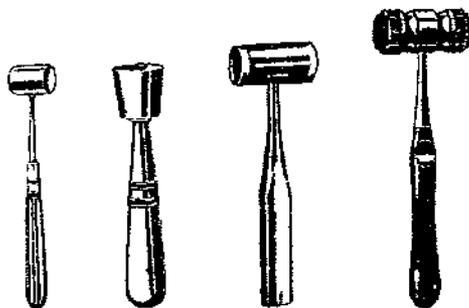
*Tijeras de Dean*

## Cinceles y Martillos

Los hay largos y anchos del mango pero el extremo cortante tienen un bisel que puede ser sencillo o doble, el cincel debe ser

de bisel sencillo el cual se coloca contra el hueso hacia arriba y dirigido hacia abajo a las profundidades del hueso al ser golpeado contra el hueso pasará rasando a lo largo de la superficie. El mango de alta velocidad y los buriles de carbono son útiles para seccionar dientes y cortar hueso.

Los martillos para golpear cinceles vienen en varios tipos, formas y materiales de cabeza pesada con plomo onilón para amortiguar el ruido.



*Martillo, mazo.*

## **Impactadores**

Hay dos tipos de instrumentos de cinceles de impactación los de soporte y los de motor. Algunos dentistas prefieren controlar el

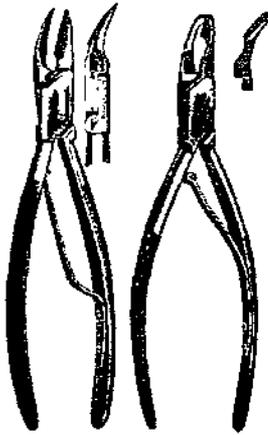
extremo cortante del instrumento como el de dar el golpe de una sola mano y esto es solo posible con el impactador

Las hojas que pueden insertarse en todo modelo se parecen a las elevadores y a los cinceles pero ofrecen una variedad de usos luxación, extracción de hueso y participación de dientes hay impactadores de correa de transmisión que necesitan de un motor para ser operados y son menos adaptables en los consultorios modernos que no tienen mangos impulsados por correa de transmisión.

## **Pinzas Gubias**

Utilizadas para cortar hueso; suelen tener un resorte entre las dos hojas del mango de tal manera que el instrumento se abre por si mismo. Pueden cortar por ambos lados de la pinza y con la punta, cortar solamente con un lado y cortar solo con la punta.

Están hechos de un acero mas blando que el de otras pinzas, de modo que sus bordes pueden afilarse; comprimir los mangos de la pinza cuando se encuentre entre los picos una estructura dental dura, embotara el borde afilado y doblara la pinza.



***Pinzas Gubia***



***Limas para hueso***

## **Limas para Hueso**

Existen de gran variedad de formas y de tamaños, La lima de doble punta Hufriedy, es la mas recomendable para cirugía. Se usa para limar y pulir bordes de hueso que han sido maltratados o comprimidos durante extracciones u otro tipo de cirugías.

## **Buriles**

El buril redondo No. 6 y el No 703 de fisura son los mas usados para partir dientes y cortar hueso. Cuando se usan para cortar deberán mantenerse frescos con cantidades de solución salina normal.

Los buriles de vástago largo deberán usarse con mucho cuidado de tal manera que el vástago no descansa contra el tejido blando, pues podría escoriarse y también quemar profundamente.

### **Piedras de Molar**

Se pueden utilizar en lugar de buriles para contornear hueso o alisar bordes, estos instrumentos no rasgan tejidos blandos adyacentes y por ello son más fáciles de usar pero hacen necesaria una copiosa irrigación

### **Elevadores de perióstico.**

Es un instrumento utilizado para reflejar el mucoperióstico del alvéolo o del hueso del paladar y pueden emplearse para mantener los colgajos en retracción durante la cirugía; también para hacer reflexión supraperióstica de la mucosa.

### **Pinzas Extractoras**

Han sido creados para asir las coronas de los dientes y por ello para adaptar estos picos a los pequeños dientes anteriores

La forma especializada de los picos limita el uso de las pinzas y por lo tanto aumenta el número que se necesita de estos instrumentos para extraer todo tipo de dientes las formas mas sencillas de pinzas y mas usadas son las universales 150 y la 151, con las cuales se pueden extraer todos los dientes.

## **Elevadores**

Se encuentra en varios tipos y formas; estos instrumentos son tipos de palancas y operan con el principio de la cuña, el plano inclinado y el pico con filo.

La hoja varia en el ancho de 2 a 4 mm. y puede formar una línea recta con el mango, estar ligeramente desalineada o curva ó formar un ángulo.

Los elevadores del segundo tipo tiene extremos afilados peniformes, para extraer grandes segmentos de raíces rotas de los dientes multirradiculares y hueso inerradicular. Se utilizan cuando no han corona, ese instrumento se emplea haciendo un movimiento de rotación

Por lo tanto es un instrumento en cierto modo destructivo, y es mejor intentar la extracción del segmento de raíz desnudándolo

con un buril, haciendo en la raíz y sacándola con el elevador peniforme.

### **Punzones para Puntas de Raíces**

Son elevadores pequeños en forma de gubia, ya sea rectos o en ángulo y con mangos mas delicados; se insertan en el fondo de los alvéolos cuando las puntas de las raíces pueden verse claramente y pueden observarse como el punzón las maneja y las saca a la superficie.

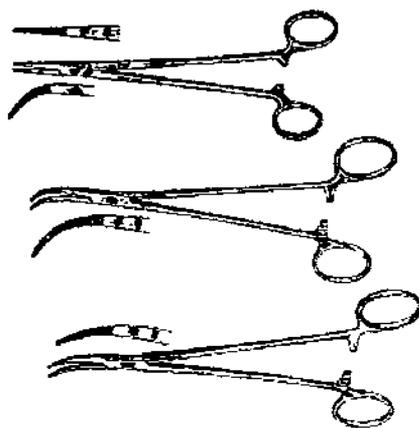
### **Curetas**

Se emplean para quitar tejido de granulación del fondo de los alvéolos y para extraer membranas císticas; las mas utilizadas como las de Miller del No. 9, 10, 11, 12.

A pesar de que la cureta tiene forma de cuchara no se utiliza para sacar el material de Alvéolo a cucharadas, sino para mondar las membranas o el tejido de granulación de las paredes.

## **Pinzas de Hemostasia**

Se encuentran en varios tamaños, pero en general las pinzas mosquito curvadas que son pequeñas y las curvadas Kelly que son mas grandes; fueron creados originalmente para pinzar pequeños vasos sangrantes, de ahí si nombre

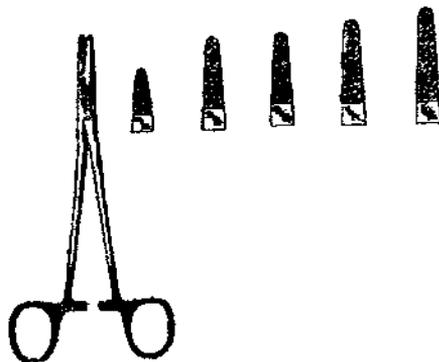


***Pinzas hemostáticas***

## **Portagujas**

Normalmente las puntas son romas y la superficie interna de contacto de los picos tienen estrías que se entrecruzan, suelen tener una depresión elíptica en uno o en los dos picos. Las Estrías se gastan con el tiempo aunque algunas personas han

encontrado que lo portaguas que tienen un revestimiento de carburo en la superficie interna duran más: No llegan hasta el fondo de los alvéolos ya que sus estrías no son suficientemente prominentes para asir tejidos.

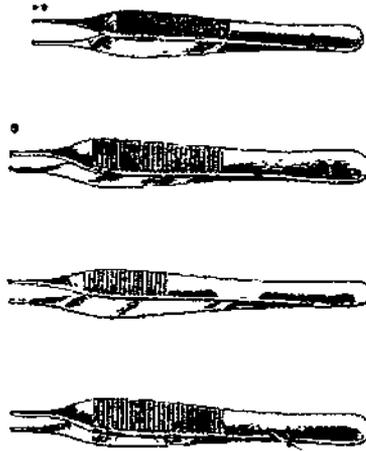


*Portaguas*

## **Pinzas de Disección**

Existe gran variedad de alicates, pinzas de dientes de ratos y pinzas de disección: se emplean para estabilizar colgajos especialmente al suturar.

Otro tipo de pinzas para tejido son las Allis; se emplean para asir grandes segmentos de tejido redundante, para excisión ó para retracción.



***Pinzas de disección***

## **Retractores.**

Existen retractores de mejillas y de tejidos que proporcionan una visión mejor y un mejor acceso al arrea quirúrgica. El retractor de tejido de Black para tercer molar y mejilla Hufredy es muy útil para mantener mejilla y colgajo fuera del campo operatorio en el arrea del tercer molar.

El depresor metálico de lengua Wieder No. 2 es muy útil como retractor de mejilla y como depresor, retractor de lengua para el piso de la boca y cara lingual del borde alveolar del inferior.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

En la cirugía preprotésica en pacientes geriátricos por la experiencia obtenida, ha enseñado que a todos los pacientes se les puede manejar bien si se tiene en cuenta el estado de salud, y si se toman las precauciones necesarias antes y después de la operación, mediante una buena historia clínica, de los exámenes clínicos y control de enfermedades.

Al no descuidar estos factores, carecerá de todo riesgo de complicaciones y obtener un resultado quirúrgico deseado. Evidentemente que la edad del paciente no influye a hacer una barrera de impedimento para la cirugía preprotésica. las únicas barreras que se deben superar son las de un mal diagnóstico por un diagnóstico exacto y efectuar las modificaciones mediante las técnicas correctas de la cirugía, por lo que la cirugía protésica debe lograr su objetivo.

Dar al paciente una restauración de las estructuras óseas para la elaboración de una prótesis, devolviéndole una función, una estética y una anatomía.

El tener de nuevo un proceso para la colocación de la prótesis, con la función y anatomía restaurada, el paciente podrá alimentarse, mejorará su fonación, volverá a adaptarse y desembolverse en la sociedad a la que pertenecía, aumentará su autoestima, su superación personal, alimentará su ego y lo más importante, **ganar de vivir.**

# BIBLIOGRAFÍA

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Cirugía Buco Maxilofacial**

Gustavo O Kruger  
Prof. de Cirugía Bucal  
Edit. Médica Panamericana, S.A  
México 1978, 4ª edición

### **Cirugía Oral**

Guillermo Raspall  
Prof. Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial  
Edit. Médica Panamericana, S.A.  
Madrid, Esp. 1994

### **Cirugía Oral**

J. S. López Arranz  
Catedrático de Anatomía  
Edit. Interamericana Mc. Graww Hill

### **Color Atlas of Preprosthetic Oral Surgery**

Russell Hopkins  
Published by Wolfe Medical Publications  
Ltd. 1987

### **An Aid to Alveolar Ridge Extension J. Oral Sur**

Anderson J.O.D. Waite D.E.

### **Estomatología Geriatrica**

José Y. Ozawa Deguchi  
Edit. Trillas, S.A. de C.V.  
México 1994, 1ª edición