



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Yazmin Griselda Vivian Carlos

CIRUGIA PREPROTETICA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

YAZMIN GRISELDA VIVIAN CARLOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CIRUGIA PREPROTETICA.

CAPITULO I.- INTRODUCCION.

1.1. Síntesis Histórica.

CAPITULO II.- GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA.

- 2.1. Definición de Cirugía Bucal.
- 2.2. Definición de Cirugía Preprotética.
- 2.3. Concepto sobre Técnica Quirúrgica.
- 2.4. Definición de Infección.
- 2.5. Instrumental Necesario en Cirugía Oral.
- 2.6. Asepsia y Antisepsia.
- 2.7. Autoclave.
- 2.8. Varios Métodos para lograr la Asepsia.
- 2.9. Definición de Incisión.
- 2.10. Reglas para una buena Incisión.
- 2.11. Levantamiento de Colgajo.
- 2.12. Osteotomía.
- 2.13. Operación Propiamente Dicha.
- 2.14. Tratamiento de la Cavidad Osea.
- 2.15. Sutura.

CAPITULO III.- VALORACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE.

- 3.1. Historia Clínica.
- 3.2. Exámen Bucal.

- 3.3. Exámenes de Laboratorio.
- 3.4. Estudio Radiográfico.
- 3.5. Interpretación de los Modelos de Estudio.
- 3.6. Pruebas Bacteriológicas.
- 3.7. Otros Estudios de Gabinete.
- 3.8. Preparación del Paciente al acto Quirúrgico.

CAPITULO IV.- ELEMENTOS ANATOMICOS DEL DSENTADO.

- 4.1. Definición de Borde Alveolar.
- 4.2. Músculos del Interior y Exterior de la Boca.
- 4.3. La Boca Ideal para Colocar una Dentadura.

CAPITULO V.- PROTESIS INMEDIATA.

- 5.1. Definición de Prótesis Inmediata.
- 5.2. Ventajas y Desventajas.
- 5.3. Selección y Preparación del Paciente.
- 5.4. Pasos para la Elaboración de la Prótesis.
- 5.5. Técnica Quirúrgica.
- 5.6. Postoperatorio.

CAPITULO VI.- CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS.

- 6.1. Anormalidades de Tejidos Blandos.
- 6.2. Frenillos.

- 6.3. Corrección del Músculo Mirtiforme.
- 6.4. Vestibuloplastias.
- 6.5. Linguoplastias.
- 6.6. Labio Doble.
- 6.7. Hiperplasia Papilar Inflamatoria del Paladar.
- 6.8. Fibromas del Surco Vestibular.
- 6.9. Fibromatosis del Paladar.
- 6.10. Epulis de Fisura.
- 6.11. Papilomatosis Verrucosa del Paladar.
- 6.12. Tuberosidades Bulbosas.
- 6.13. Almachadilla Retromolar Inferior.

CAPÍTULO VII.-CIRUGIA DE TEJIDOS DUROS.

- 7.1. Extracciones Múltiples.
- 7.2. Alveolotomía, Alveolectomía y Alveoloplastia.
- 7.3. Reducción de Rebordes "En Filo de Cuchillo".
- 7.4. Reducción de la Línea Milohiodes.
- 7.5. Resección de Tuberosidades Oseas Maxilares.
- 7.6. Reducción del Torus Palatino.
- 7.7. Reducción del Torus Mandibular.

CAPÍTULO VIII.- CONCLUSIONES.

CAPÍTULO IX.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

En el ejercicio de la Cirugía Oral, debe recordarse de una forma constante el viejo adagio que dice: "Detrás de cada diente existe un paciente". Actualmente, podemos observar la cantidad de pacientes de edad avanzada que día con día requieren un tipo especial de atención por parte nuestra.

La Cirugía Bucal para este tipo de trabajos (prótesis dental) incluye las intervenciones quirúrgicas en la cavidad bucal, necesarias para que la prótesis pueda tener base firme, libre de protuberancias óseas marcadas o sinuosidades, exenta de las inserciones musculares o de un exceso de mucoperiostio. Esto comprende la extirpación de los tejidos blandos y duros, indicados para la restauración del hueso perdido, los dientes o la inserción de dispositivos retentivos de las prótesis.

Existen diferentes técnicas para el tratamiento quirúrgico de un mismo problema y aunque estas tengan los mismos principios en cuanto al fin que se persigue, el instrumental y el procedimiento son diferentes, debido a que dichas técnicas y conocimientos están basadas en la práctica y en los resultados que cada autor ha obtenido en sus propias experiencias y que se han dado a conocer en obras y trabajos presentados en los congresos o publicaciones.

En este trabajo presento las técnicas más conocidas y -
que han obtenido los mejores resultados, así como otro tipo de-
información: generalidades sobre Cirugía, valoración preoperato
rio del paciente, elementos anatómicos, que deben tomarse en -
cuenta en toda intervención; asegurando obtener mejores resulta
dos.

1.1. Síntesis Histórica.

(Guralnick Walter C.)

Desde casi 3000 años a J.C. se refieren problemas quirúrgicos dentarios y orales. No obstante, en el renacimiento cuando la Cirugía Oral comienza como especialidad definida. Es así que en el siglo XVI se nota la separación de esta con la Cirugía General. Quedando establecida como una disciplina, en el siglo XIX. En el siglo XX sólo fue reconocida oficialmente.

En un sepulcro de Tarquinia se encontró un puente de oro etrusco construido con un diente de ternero, fabricado por esta civilización del norte de Italia unos 400 años a J.C. Son los arqueólogos los que han demostrado la antigüedad de la Odontología a través de los restos hallados en las tumbas de Egipto, Babilonia e Italia, así como en las de Asiria, Indostán, México, Perú y Ecuador.

Celso Cornelio, un patricio romano del siglo I de nuestra era, escribió un trabajo monumental de varios volúmenes: en los cuales describe "Ulceras de la boca", que los Griegos llamaban aftas; "Metodo para extraer dientes con forceps"; "Tratamientos para el dolor de muelas"; "Incisiones y reducción de Fracturas".

En el Renacimiento se describió verdaderamente la Anatomía Humana.

Sir John Tomes - fue el que descubrió las fibrillas de Tomes, también diseñó los forceps, que son los prototipos de los que se usan actualmente.

En 1829 - 1895, fue James Garretson, el padre de la Cirugía Oral, y fue el que le dio este nombre a la especialidad.

Es en 1910 cuando se introduce el empleo de la anestesia local con procaína.

Como vemos la Cirugía Oral, lo mismo que las otras ramas de la medicina, ha ido avanzando a lo largo de los siglos XIX y XX paralelamente al desarrollo de la tecnología. El desarrollo de la ciencia nos ha traído la anestesia, la asepsia, los rayos X y no se concibe la práctica clínica sin todos estos elementos.

El descubrimiento de la anestesia general fue lo más destacado del siglo XIX; todo esto representa la ayuda mayor que la Odontología ha podido proporcionar a la humanidad.

CAPITULO II.- GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA.

2.1. Definición de Cirugía Bucal.

Cirugía Bucal es la rama de la Odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes. (7)

2.2. Definición de Cirugía Preprotética.

Rama de la Cirugía Oral que tiene como finalidad, la preparación o corrección de los procesos maxilares, tanto en defectos de los tejidos óseos como en tejidos blandos, los cuales - recibirán una prótesis.

2.3. Concepto sobre Técnica Quirúrgica.

Las bases y principios de la técnica quirúrgica son: la habilidad para efectuar una intervención quirúrgica en el menor tiempo posible; sin dolor, sin nada o mínima hemorragia y sin - infección consecutiva.

Todos estos conceptos dieron como resultado los postulados de la Cirugía:

- a) Evitar el dolor.
- b) Cohibir la hemorragia.
- c) Prevenir la infección.

2.4. Definición de Infección.

Infección es el resultado de la penetración en el organismo de gérmenes patógenos los cuales son atacados por las defensas naturales del organismo.

2.5. Instrumental Necesario en Cirugía Oral.

Los instrumentos para los procedimientos de Cirugía Bucal son variados. Como norma general, mientras menos instrumentos sean necesarios para realizar un cometido, más eficiente será la operación. (17)

- Espejo
- Explorador
- Pinzas para algodón
- Jeringa carpule
- Cartuchos de anestesia
- Bisturf tipo Bard-Parker
- Hojas para bisturf No. 11, 15.
- Fresas

- Elevadores
- Forceps
- Legras
- Curetas de varios tamaños
- Agujas traumáticas
- Portagujas
- Pinzas de disección
- Tijeras (de corte y disección)
- Martillo y escoplo
- Cíncel
- Elevador periosteal
- Retractor
- Limas para hueso
- Gubias
- Abrebocas
- Gasas esterilizadas
- Eyector quirúrgico
- Material de sutura (seda 00 y 000 óhilo)
- Suero fisiológico o agua bidestilada
- Aguja hipodérmica

2.6. Aspepsia y Antisepsia.

Aspepsia: es el método o procedimiento por el que se trata de impedir la llegada de los gérmenes patógenos al organismo

humano y evitar por lo tanto las infecciones.

La asepsia se logra con la Antisepsia = que es el método que se propone evitar el desarrollo de los microbios o trata de destruir a los mismos para impedir la instalación de procesos - infecciosos.

2.7. Autoclave.

El autoclave es un aparato que de preferencia se usa para la esterilización del instrumental y de la mayoría del material que se utiliza para la cirugía, destruye los microorganismos que forman esporas y hongos, produce calor a base de vapor a presión. Los instrumentos para ser esterilizados en este aparato deben envolverse en muselina o papel.

El tiempo del autoclave varía directamente con el número y tamaños de los paquetes. Los pequeños requieren de 30 minutos, a una temperatura de 121°C y una presión de 20 libras. A los paquetes se les ponen indicadores (papel testigo) para saber si realmente fueron esterilizados.

2.8. Varios Métodos para lograr la Asepsia.

Existen cuatro métodos para lograr la asepsia:

- a) Mecánico
- b) Físico
- c) Químico
- d) Biológico

Mecánicos = Se refiere a los métodos mecánicos que se emplean para el lavado de manos, instrumental y campos operativos.

Físicos = Es básicamente calor que puede ser húmedo o seco, actualmente se están usando las fuentes de radiación para producir la eliminación de los microorganismos.

Químicos = Se refiere a una sustancia química para evitar la existencia de microorganismos.

Biológicos = Se refiere básicamente a los antibióticos que empleamos para combatir los focos infecciosos que se encuentran ya establecidos o que se presume su futuro establecimiento por algún tipo de contagio o inoculación.

Después de cada intervención quirúrgica los instrumentos que se han empleado deben lavarse perfectamente, con agua corriente y jabón, para eliminar los restos de tejidos que se pudieron haber quedado adheridos. Después se separa el instrumental según el método que se emplee para la esterilización.

Se sabe que la mayoría de los gérmenes en estado adulto mueren a la temperatura de 120°C durante una hora en calor seco, o a 60°C durante 10 minutos en calor húmedo, también se sabe que hay gérmenes que resisten estas temperaturas sin alterarse como son: los de la tuberculosis, el carbunco y tétanos para los cuales habrá necesidad de emplear 160°C durante 3 horas o 120°C durante 45 minutos en calor húmedo.

Esterilización por calor seco.

La esterilización de calor seco a temperaturas elevadas durante un período largo de tiempo se usa ampliamente en Odontología y en Cirugía Bucal; este método no ataca al vidrio y no causa oxidación.

Los esterilizadores tienen varios grados de temperatura que van desde 100°C teniendo un reloj que controla el tiempo de esterilización. Como el aire caliente es un mal conductor del calor, los bultos grandes tardan en alcanzar la esterilización. La temperatura recomendada es de 160°C durante no menos de 2 horas.

Esterilización por calor húmedo.

Es el más generalizado de los métodos de calor húmedo, - así como el más antiguo es el agua en ebullición; para lo cual

se emplea una temperatura de 100°C y por un tiempo de 30 minutos.

Existen algunas esporas bacterianas que resisten al calor, en estos casos hay que elevar directamente la temperatura añadiendo al agua substancias tales como; carbonato de sodio al 2%, borato o cloruro de sodio y mantenerla a esa temperatura durante dos horas y se eleva de 105°C a 108°C.

Esterilización en frío.

Se utiliza principalmente el cloruro de benzalconio al uno por mil, el cual necesita un aditivo antioxidante (nitrate de sodio) y largo período de inmersión (18 horas).

Esterilización por radiación.

La radiación ionizante como medio de esterilización se usa ampliamente en la fabricación de instrumentos y materiales desechables para la Cirugía.

2.9. Definición de Incisión.

Incisión. Es la separación de los tejidos con fines terapéuticos que se realiza en el sitio adecuado.

Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos - para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. (14)

En toda intervención quirúrgica, se describen los pasos por tiempos quirúrgicos; primer tiempo, segundo tiempo, etc.. - El primer tiempo esta dado por la incisión de los planos.

2.10. Reglas para una buena Incisión.

- a) Ser de un sólo trazo.
- b) Ser perpendicular a los tegumentos.
- c) Que sea por deslizamiento y no por presión.
- d) Con la amplitud, dirección y formas necesarias.
- e) Que sea a la profundidad requerida.
- f) De ser posible que tenga apoyo óseo.

Existen varias maneras de tomar el bisturí para incidir sobre los tejidos. Lo podemos tomar en forma de lápiz; para - una incisión pequeña, como garfio para practicar incisiones con control más exacto de la profundidad, y en forma de cuchillo de mesa para incisiones amplias.

Desde el punto de vista anatómico-quirúrgico para la incisión debe considerarse la relación de los elementos anatómicos, para lograr darle la dirección, amplitud y profundidad co-

recta y no lesionar tejidos.

Desde el punto de vista estético, hay que tomar en cuenta los pliegues de la piel para ocultarla, la incisión debe ser paralela a las líneas de Langer, para facilitar la cicatrización y no exista desgarramiento.

2.11. Levantamiento de Colgajo.

Frecuentemente, la encía y la mucosa alveolar deben ser incididas, despegadas y rechazadas para exponer el hueso y los dientes subyacentes. El éxito o el fracaso de todo procedimiento quirúrgico que movilice tejidos depende de la vascularización y la vitalidad de los tejidos interesados. (15)

Indicaciones para hacer y rechazar un colgajo en tejidos blandos en la Cirugía Bucal.

1. Proporcionar acceso a una zona de operación.
2. Permitir la eliminación del hueso adyacente.
3. Proteger el tejido blando afectado del trauma de los instrumentos durante la cirugía en dientes o hueso adyacente.
4. Inmovilizar el tejido lo suficiente con la finalidad de cerrar un defecto.

5. Trasponer un colgajo de tejido a otra posición.
6. Corregir una cicatriz. (15)

Requisitos para un colgajo correcto.

- a) El colgajo debe ser lo suficientemente grande como para dar acceso al campo quirúrgico.
- b) El aporte sanguíneo del colgajo debe ser mantenido.
- c) Si hay que cubrir un defecto óseo, los bordes del colgajo deben apoyarse sobre una base ósea sólida.
- d) El colgajo debe ser suturado con seguridad en su lugar, al finalizar la operación y quedar inmovilizado hasta su cicatrización. (15)

Las suturas se harán en sentido perpendicular a la línea de la incisión. Por lo general las suturas intrabucales no reabsorbibles se quitan entre el quinto y el octavo día postoperatorio.

Cuando más suavemente se traten los tejidos blandos, durante la cirugía y después de ella, tanto más fácil será para el paciente la evolución postoperatoria.

Tipos de Colgajos.

Se pueden emplear varios tipos de colgajos, unos emplean una incisión vertical en un sólo margen, otros utilizan incisiones verticales en ambos márgenes, mientras que otros prefieren hacer el colgajo sin incisiones previas, simplemente reflejan - los tejidos blandos separándolos de los cuellos dentarios como si se tratase de una envoltura. (6)

2.12. Osteotomía u Osteotomía.

De osteo, y de gr. Tome, corte.

La osteotomía es la parte de la operación que consiste - en abrir el hueso; Osteotomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. La operación se realiza con escoplos, pinzas y fresas. (14)

Osteotomía con Escoplo.

Forma de tomar el escoplo: puede ser de distintas formas una es, el operador maneja él mismo, martillo y escoplo, o el - operador esgrime sólo el escoplo y el instrumento propulsor.

Osteotomía con Pinzas Gubias.

La pinza gubia se usa para agrandar orificios previamente preparados con los escoplos.

La osteotomía puede hacerse con otros fines: para reseñar hueso sobrante del borde alveolar o puntos óseos que quedan después de las extracciones.

Osteotomía con Fresas.

La fresa es un instrumento utilísimo para practicar la osteotomía.

La fresa actúa ya eliminando el hueso en su totalidad o realiza perforaciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea; el hueso limitado por las perforaciones es levantado con un escoplo.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar recalentamiento del hueso.

2.15. Operación Propiamente Dicha.

Puede denominarse así a la ejecución del tiempo objeto de la operación: la extracción de un diente retenido, de un gra

nuloma en una apicectomía, de un quiste dentario, de un secuestro en una osteomielitis, extracciones múltiples y regularización del proceso alveolar, etc.(14)

2.14. Tratamiento de la Cavidad Ósea.

Algunas operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, ya sea porque el hueso está afectado, o porque la índole de la operación así lo exige para evitar hemorragias o dolores postoperatorios.

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando dentro de ella medicamentos (directamente), gasas con medicamentos o drenaje.

El taponamiento con gasas se hace con dos fines: evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el dolor.

Afecciones hay que exigen la comunicación, por tiempo variable de la cavidad ósea con el exterior o sea el drenaje. Tal comunicación se realiza con drenes de gasa o de goma.(14)

2.15. Sutura.

Del latín Sutura = Supino. Sucre = Cocer.

La sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer la cicatrización y por lo tanto debe reunir algunos requisitos:

a) Debe unir tejidos de la misma naturaleza, es decir, - músculo con músculo, esto recibe el nombre de reconstrucción de planos.

b) Que dicha unión de planos sea perfecta, para no dejar espacios muertos, ya que estos espacios favorecen el desarrollo de gérmenes.

c) Emplear la clase de sutura y material adecuado para - la finalidad a que este destinada.

d) Que dicha sutura sea efectuada en una herida limpia - desprovista de coágulos: tejido esfacelado y con una perfecta y definitiva hemostasis.

La sutura es otro de los tiempos quirúrgicos de mucha importancia y para realizarla se han ideado diferentes instrumentos, agujas de distintos tipos, la forma y tamaños de estas va-

rían según la clase de sutura que se desee practicar. Las agujas pueden ser curvas, de media circunferencia o de tres cuartos de circunferencia o de menos. Su punta puede ser lanciforme, cuneiforme o triangular, puede ser de ojo cerrado o de ojo automático.

Todos los materiales de sutura llamados atraumáticos tienen su propia aguja en continuidad con el cabo del hilo de sutura, lo que evita el traumatismo del choque del ojo de la aguja con el material de sutura.

Materiales de Sutura.

Múltiples son los materiales de sutura y en general se clasifican en dos grupos:

- a) Materiales de sutura absorbibles.
- b) Materiales de sutura no absorbibles.

Los materiales de sutura absorbibles son de origen biológico, entre estos están el catgut, elaborado con el tejido conjuntivo del intestino delgado del carnero. Este material es de diferente grosor según las necesidades, se clasifican en: 000 y el 10 ceros, de acuerdo al diámetro en décimas de mm.

Este tipo de sutura se conoce como catgut simple, y es absorbido en un período de 8 a 10 días. Cuando se desea que el tiempo de absorción sea mayor, el catgut se emplea impregnado de ácido crómico o tánico. El grado de impregnación le proporcionará la resistencia a la absorción, y así encontramos catgut absorbible en 15, 20 ó 30 días. Otros materiales como el tendón de canguro, suelen ser utilizados como material de absorción lenta.

Materiales de Sutura no absorbibles.

Estos materiales son de origen vegetal, animal, mineral o sintéticos.

Entre los de origen vegetal se encuentran los manufacturados con fibras de algodón con lino, los elaborados con elementos minerales (metálicos) como son los alambres de acero inoxidable de plata o de oro. Los de origen animal es la seda y la crin de caballo de florencia.

Actualmente se dispone de los materiales sintéticos derivados de la celulosa como el naylon o dermalón; que tienen la ventaja de ser más resistentes y más tolerados por los tejidos.

Los materiales absorbibles se emplean en puntos perdidos, y se absorbe, pero no obstante, en muchas ocasiones se utiliza-

material inabsorbible en puntos perdidos, cuando se desea que -
la acción de estos sea permanente.

Clasificación de Puntadas.

Se clasifican en tres:

- a) Puntadas de afrontamiento.
- b) Puntadas de tensión.
- c) Puntadas de oclusión.

Todas estas derivan del punto aislado que es la forma -
más sencilla de suturar, tenemos además la sutura, también lla-
mada surjete continuo o discontinuo; también esta el punto en-
U, el punto en X y algunas otras variedades poco empleadas.

Los puntos aislados así como los surjetes se usan para -
suturar tegumentos. Los puntos en U se utilizan para suturar -
músculos y los puntos en X para sutura de aponeurosis. Los pun-
tos de tensión se ocupan cuando los labios de la herida estan -
may separados.

Los puntos de oclusión, suele llamársele de jarreta y co-
mo su nombre lo indica se usan para suturar oclusiones circula-
res en perforaciones o pedículos.

Para suturar se requiere del siguiente instrumental:

- a) Aguja atraumática.
- b) Porta-agujas.
- c) Pinzas de disección.
- d) Tijeras rectas o curvas.
- e) Material de sutura indicado.

Motivos por los cuales se Sutura.

- a) Mantener los tejidos en oposición sobre el hueso para ayudarlo a su cicatrización.
- b) Prevenir la hemorragia postoperatoria.
- c) Sostener el tejido en su lugar, ayudando a mantener el coágulo.
- d) Evitar la entrada de restos alimenticios a la herida.
- e) Prevenir la entrada de microorganismos y por ende la infección.

CAPITULO III.- VALORACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE.

3.1. Historia Clínica.

Siempre que vayamos a intervenir quirúrgicamente a un paciente, sea cual fuere su tipo de intervención; debemos hacer primero un buen estudio de este. Con todos estos datos que obtengamos de nuestro estudio, sabremos el estado de salud o enfermedad pudiendo obtener un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento correcto.

Esta información del paciente se obtiene a través de: - la historia clínica, examen bucal, exámenes de laboratorio, estudio radiográfico, interpretación de modelos de estudio, pruebas bacteriológicas y otros estudios de gabinete.

La elaboración de la Historia Clínica es un proceso ordenado y cronológico en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al clínico conocerlo mejor. (17)

Interrogatorio. Llamado también "Anamnesis", es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio, evolución y estado actual. (9)

El interrogatorio se divide en directo e indirecto. El primero es el que hacemos directamente al enfermo; el indirecto es el que hacemos a los familiares o personas que rodean al enfermo cuando este no puede, por su edad o por su estado contestar a nuestras preguntas; tal sucede en los enfermos graves inconscientes, rebeldes o en los niños. (9)

Debemos de tener un parámetro para lograr un buen interrogatorio como estos:

a) Motivar al paciente para que pueda establecer una comunicación.

b) Las primeras preguntas deben de ser de carácter neutral, haciéndolas posteriormente más directas; como estas:

¿Cuál es el motivo de su visita?

c) Evitar toda pregunta superflua que no nos ayude para nuestro estudio.

d) Emplear un lenguaje sencillo, no usar terminología científica para que él nos comprenda, si lo llegara a utilizar hay que cerciorarnos si le da el justo valor porque podría confundirlo.

e) Evitar preguntas cuyas respuestas dejen lugar a duda.

f) Debemos dejar que el paciente hable libremente.

g) Que el interrogatorio sea efectuado de una manera ordenada, metódica y completa. (9)

Posteriormente al interrogatorio nos ayudamos con los métodos de exploración que son:

Inspección, palpación, percusión, auscultación y punción exploradora.

Inspección: Es el método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista. Puede ser directo y se hace sin ayuda de ningún aparato e indirecta y requiere el uso de instrumentos.

Recogemos lo referente a: actitud, forma, volumen, coloración y movimientos. (9)

Palpación: Es el método que nos proporciona datos por medio del tacto.

Puede ser simple o instrumental, la primera puede ser bimanual, monomanual y digital; esta última recibe el nombre es

pecial de tacto. La instrumental su nombre lo dice con ayuda - de aparatos.

Este corrobora los obtenidos por la inspección y como es clusivos recogemos: la consistencia, sensibilidad y temperatura. (9)

Percusión: Es el procedimiento explorativo que consiste en golpear metódicamente la región explorada con objeto de producir fenómenos acústicos y localizar puntos dolorosos. (9)

Esta también es directa o indirecta. Los datos obtenidos por la percusión son: dolor, movimientos y fenómenos acústicos.

Auscultación: Es el método de exploración que nos proporciona datos por medio del oído.

Puede ser inmediata, mediata y a distancia.

La inmediata es en la cual se aplica directamente la oreja sobre la región por auscultar. La mediata hay un aparato entre el oído y la región explorada y a distancia se usa cuando hacemos el estudio de la tos. (9)

Se obtienen fenómenos acústicos.

Función Exploradora. Consiste en introducir una aguja - conectada a un aparato aspirador para extraer líquido del interior de la cavidad.

Motivo de Consulta.

Investigamos el principio, la causa, la evolución y estado actual de la enfermedad. Debemos situarnos en el tiempo y espacio ofreciéndole más libertad de expresión al paciente, para que nos narre las molestias que tuvo al principio, el curso que tomaron y las características actuales.

Las preguntas más comunes son:

¿Cuál es el motivo de su visita?

¿Como se siente?

¿Desde cuando esta enfermo?

¿A que atribuye su padecimiento?

¿Que molestias presenta?

¿Tiene ud. dolor?

Antecedentes Heredo-familiares.

Debido a la gran relación que guardan algunas enfermedades con las leyes de la herencia, otras que se transfieren en -

la sangre por la circulación placentaria. También es muy importante investigar enfermedades congénitas o adquiridas, cardiovascular, neoplásicas, luéticas, convulsionales, etc.

Algunas de estas preguntas que se hacen son:

¿Viven sus padres; son o fueron sanos, que enfermedades padecen o padecieron; de que murieron?

¿Tiene hermanos; son sanos?

Antecedentes personales no patológicos.

Se refiere al nombre, edad, lugar de nacimiento, ocupación estado civil, costumbres, alimentación, escolaridad, toxicomanías y hábitos del mismo: como por ejemplo: succión del dedo, morderse los cuellos de las camisas, morderse las uñas, labios o lengua, bruxismo, etc.

Antecedentes Personales Patológicos.

Nos ilustra sobre las enfermedades que ha padecido el sujeto, sobre todo que puedan tener relación con el padecimiento actual. En este caso le preguntaremos si se le han hecho extracciones y si hubo alguna complicación.

¿Padece de catarros y tos frecuentes?

¿Ha tenido paludismo y reumatismo? (9)

Padecimiento Actual.

La historia de la enfermedad actual es un relato cronológico del problema principal y sus síntomas relacionados. Esta es quizá la parte más importante de la historia por la cual el facultativo deberá redoblar su atención y esfuerzo. La fecha y la forma de presentación de los síntomas así como su duración y gravedad. (17)

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

El interrogatorio de aparatos y sistemas debemos hacerlo siguiendo un orden: digestivo, respiratorio, circulatorio, renal, nervioso y genitourinario.

Aparato Digestivo: apetito, anorexia, polifagia, náuseas disfagia, dolores gástricos, diarreas, adelgazamiento, agruras, gases, etc.

Aparato Respiratorio: dificultad al pasar el aire por la nariz, tos expectoración, amigdalitis, sinusitis, disnea, - tiene asma, ha tenido tuberculosis, (9) (16)

Aparato Circulatorio: ¿se fatiga fácilmente?, ¿tiene palpitaciones? ¿siente vértigos? ¿ha tenido hemorragias? ¿edema? etc.

Aparato Renal: Edema, oliguria, nicturia, disuria, hematuria y carácter físico de la orina, etc.

Sistema Nervioso: ¿duerme bien?, ¿tiene pesadillas?, ¿memoria? ¿hormigueo, calambres? mareos?, etc.

Aparato Genitourinario: El interrogatorio de este aparato es también muy importante, ya que muchas enfermedades genitales presentan manifestaciones ostensibles en la boca. Por ejemplo: sífilis, enfermedades rebeldes de las encías, parodontosis al iniciar la menopausia, así como otras enfermedades o alteraciones que se presentan durante el embarazo y la menstruación.

Sistema Endócrino: Tiene sed con frecuencia?, ¿tiene diabetes algún pariente?, ¿tiene su menstruación con regularidad?, ¿a que edad cesó la menstruación?, etc.

Pronóstico.

Una vez establecido el diagnóstico, el odontólogo puede efectuar el pronóstico, es decir, predecir la duración, curso,-

resultados del tratamiento y terminación de la enfermedad. Debe establecerse correctamente el diagnóstico para que sea exacto el pronóstico. En el establecimiento de un pronóstico es más importante recordar que el odontólogo y el médico no curan al paciente, sino que solamente ponen en práctica métodos que permiten a los tejidos y células del enfermo vencer el proceso patológico y reparar las lesiones producidas por la enfermedad. (10).

Por lo común el pronóstico se conceptúa como bueno, medio no o malo. A veces se establece un pronóstico reservado.

Plan de Tratamiento.

Son los medios profilácticos, higiénicos dietéticos y terapéuticos que se señalan para combatir la enfermedad y evitar su propagación. (9)

El tratamiento puede ser radical o conservador; médico, quirúrgico o restaurador; profiláctico o combinación de todos ellos. (16)

3.2. Exámen Bucal.

El odontólogo debe acostumbrarse a llevar a cabo el exámen bucal completo y metódico. No debe examinar simplemente -

si tiene caries, sino, que debe ver todos los tejidos bucales y juzgar cuidadosamente lo que ve, interpretando correctamente datos y relacionando todos los signos y síntomas en función de todo el organismo.

Este examen no toma demasiado tiempo; debe hacerse rutinariamente con cada paciente de primera visita.

3.3. Exámenes de Laboratorio.

Además de la historia clínica y la exploración física, - debe llevarse a cabo cualquier examen de laboratorio que se considere necesario, basándose en los detalles de historia clínica y exploración física. Los estudios de laboratorio, como pruebas de coagulación de la sangre, química sanguínea, biometría hemática, pruebas de selección de antibióticos, análisis de orina, tiempo de sangrado y de coagulación, deben solicitarse, según esté indicado al laboratorio de un patólogo clínico o a un hospital local.

Cualesquiera de las pruebas mencionadas puede ser necesaria, simplemente para obtener información adicional para el tratamiento de un problema de origen dental.

En seguida se presentan las diferentes pruebas de laboratorio el tipo de análisis, procedimiento técnico, importancia

diagnóstico y valores normales que utilizamos más frecuentemente en cirugía bucal.

Análisis de Sangre. Una vez obtenida una muestra de sangre por punción, interesa analizar sus diferentes componentes, - averiguando la proporción de sus elementos y la presencia de - aquellos que no lo son:

Análisis de sangre más usuales:

A tipo de Análisis:

Determinación de la hemoglobina.

- Procedimiento Técnico.

Existen varios métodos, usándose una medida comparativa de la sangre diluida con una solución estandar.

- Importancia Diagnóstica.

Las cifras bajas de hemoglobina indican la presencia de una anemia, generalmente por falta de hierro.

- Valores Normales.

Mujeres 12-14 g. % Hombres 13-16 g. % (8)

B Recuento de glóbulos rojos (hematíes).

- Procedimiento Técnico:

Una pequeña fracción de sangre se introduce en una cámara especial que se examina al microscopio para el cómputo de las células.

- Importancia Diagnóstica.

Las cifras bajas de hematíes indican la presencia de una anemia de cualquier motivación.

- Valores Normales.

El número normal oscila entre 5,000,000 y 5,500 000/mm³ de sangre. (16)

C Recuento de Glóbulos Blancos (leucocitos).

- Procedimiento Clínico.

Una fracción de sangre se introduce en una cámara especial que se examina al microscopio para el cómputo de las células.

- Importancia Diagnóstica.

Las cifras altas indican la existencia de una infección generalmente purulenta. Las cifras bajas aparecen en ciertas enfermedades infecciosas como la tifoidea o en las de la médula ósea.

- Valores Normales.

Es de 5,000 y 10,000 células por mm^3 de sangre adulta.

D Tiempo de Congulación.

- Procedimiento Técnico.

Se trata de determinar el tiempo que tarda la sangre en coagularse fuera del cuerpo humano, en ausencia de todo tejido orgánico.

- Importancia Diagnóstica.

Es muy importante para diagnosticar la diátesis hemorrágica (hemofilia, púrpura, etc.).

- Valores Normales.

El tiempo normal es de 2-8 minutos. (8) (16)

E Tiempo de Sangrado.

- Procedimiento Técnico.

Se trata de determinar el tiempo que tarda la sangre en dejar de brotar espontáneamente después de una punción en la piel.

- Importancia Diagnóstica.

Importante también para diagnosticar las diátesis hemorrágicas.

- Valores Normales.

El tiempo normal es de 2-4 minutos. (8)

F Tiempo de Retracción del Coágulo.

- Procedimiento Técnico.

Colocando el tubo de ensayo con sangre sin anticoagulantes en la incubadora, a 37°C, el coágulo debe empezar a retraerse en 30 minutos y haberse retraído por completo en 12 horas. (8)

G Tiempo de Protrombina.

- Con la prueba de Quick son de 16 a 17 segundos.

H Tiempo Parcial de Tromboplastina.

- Es de 35-45 segundos. (8)

I Química Sanguínea.

- Los niveles normales de calcio en sangre son de 9 a 11.5 mg. por 100 cc.

- Los Niveles normales de Glucosa son:

De 80-120 mg./100 cc.

- Los Niveles Normales de Acido Urico son:

1-4 mg./100 cc.

- Los Niveles Normales de Colesterol son:

140-220 mg./100 cc. (8)

J Exámen General de Orina.

- Este exámen proporciona información relativa a las enfermedades renales, así como también nos damos cuenta de las deficiencias del metabolismo, las cuales pueden tener a su vez una más directa relación con los trastornos bucales. (16)

La cantidad normal de orina es de 1000 a 2000 cm³ en 24-hrs..

El p^H urinario es ligeramente ácido.

- Albúmina.

Se observa la presencia de esta en la fiebre y nefritis- y en ocasiones en los casos de infección dentaria.

- Glucosa.

En la diabetes sacarina se encuentra más de 0.2% de azúcar.

El valor normal es de 0.

- Densidad de la Orina.

La densidad normal de la orina oscila entre 1006 y 1025.
(16).

3.4. Estudio Radiográfico.

El exámen radiográfico constituye hoy, parte obligada - de todo exámen bucal cuidadoso; sin embargo, en modo alguno sug tituye a una buena exploración clínica. (11)

Existen 2 tipos de exámenes: el intraoral y el extrao-
ral.

En la intraoral están las periapicales, las oclusales y - las de aleta mordida.

Extraorales: las posteroanteriores, la panorámica, late ral de la cabeza, etc.

Un concepto importante en la interpretación de la radio-
grafía es conocer lo normal y buscar la reproducción de estos - datos normales. (17)

3.5. Interpretación de los Modelos de Estudio.

Estos se obtienen de las impresiones preliminares o ana-
tómicas, son una réplica tridimensional de las zonas sobre las -

que se apoyará la dentadura artificial. Podemos observar en ellos las crestas alveolares, forma tamaño, relieves, grado de reabsorción y la proporción relativa entre el maxilar superior y la mandíbula (15) (13).

Las ventajas que ofrece este estudio son:

1) Las impresiones permiten examinar mejor la sensibilidad del paciente y las condiciones de trabajo en su boca.

2) Los modelos permiten conocer mejor las formas y características del maxilar y mandíbula.

3) Los registros intermaxilares permiten estudiar los problemas relacionados con la altura, la estética, el dominio muscular y además el espíritu de colaboración del paciente.

4) Los modelos de estudio, sirven posteriormente para construir los portaimpresiones individuales. (13)

3.6. Pruebas Bacteriológicas.

Las pruebas bacteriológicas se utilizan principalmente para la identificación de microorganismos y la sensibilidad a los antibióticos, ayudando así a recetar el antibiótico adecuado así como su dosificación y duración. (17)

Protis Bacterianos. Para examinar las lesiones superficiales o los exudados de una fístula o de un quiste, se obtiene una muestra mediante un alambre de platino estéril. (16)

Cultivos de Bacterias.

Exámen de exudados de lesiones inflamatorias. El exudado de una infección presenta diversos tipos de bacterias piógenas. (16)

3.7. Otros Estudios de Gabinete.

El electrocardiograma. Regístralas fases sucesivas del ciclo cardíaco. Permite observar los cambios en el sistema de conducción, enfermedad del músculo cardíaco, infarto agudo y tensión en cualquiera de las cavidades del corazón. (16)

Líquido Cefaloraquídeo. A veces se examina el líquido cefaloraquídeo para investigación. (17)

Fotografías. Muchos odontólogos utilizan la fotografía para facilitar el diagnóstico, registrar el aspecto de las lesiones y el estado bucal del paciente antes y después del tratamiento o como material didáctico.

3.8. Preparación del Paciente al acto Quirúrgico.

El paciente, cuya historia clínica estará lista con todos sus exámenes rutinarios de laboratorio, deberá ser preparado y premeditado convenientemente antes de la intervención y se dispondrá además del equipo necesario en caso de accidente o complicación quirúrgica.

Sedación.

Una medicación hipnótica o ataráxica logra que el paciente repose normalmente la noche anterior a la intervención y que acuda a la cita quirúrgica, tranquilo y descansado, colaborando ampliamente con el profesional.

La resistencia a la tensión nerviosa es muy diferente en cada paciente; si el dentista no logra despertar la confianza de su enfermo ni resiste al dolor mediante la anestesia local, entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el Sistema Nervioso Central. (12)

Los propósitos más importantes de la premedicación:

- 1) Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2) Elevar el umbral del dolor.
- 3) Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.

- 4) Controlar las arcadas.
- 5) Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- 6) Disminuir la tensión. (12)

Una cápsula de 0.1 g de Nembutal o Seconal Sódico al tiempo de acostarse y otra una hora antes de la intervención serán muy útiles para sedar al paciente. La acción del Seconal Sódico comienza entre los 20 o 30' y se mantiene efectiva durante 4 o 5 hrs.

Prevención a Posible Hemorragia.

Si la anamnesis y los exámenes de laboratorio hacen sospechar la posibilidad a una hemorragia, se administrará varias horas antes de la intervención vitamina K y complejo C (ácido ascórbico, bioflavonoides, askarutina, etc.). Es conveniente tener dispuesto suero isotónico salino o glucosado listo para ser inyectado y se tendrá identificado el grupo sanguíneo y el Rh del paciente por si fuese necesario una transfusión.

En procesos hemorrágicos graves como hemofilias, púrpuras, etc., nos abstendremos de realizar la intervención, sin haber sido controlado de manera categórica por el médico general.

Prevención en Accidentes.

Se tendrán preparadas ampollas de analépticos, anti--
histáminicos, con inyectoras listas para su uso en caso de -
producirse cualquier accidente o complicación. El equipo de -
oxígeno estará también en condiciones de ser aplicado urgente--

CAPITULO IV.- ELEMENTOS ANATOMICOS DEL DESDENTADO.

Al estudiar las características que presentan los maxilares desdentados, deberá considerarse un aspecto muy especial de la fisiología de las estructuras anatómicas. (1)

4.1. Definición de Rebordo Alveolar.

Los rebordes alveolares son zonas especializadas de la mandíbula y el maxilar superior; su función es la de sostener los dientes naturales. Constan de una tabla externa y una tabla interna de hueso compacto unidas por hueso esponjoso en el que se localizan los alveolos de los dientes. (15)

Los factores que afectan la cantidad y velocidad de reabsorción del proceso alveolar son: edad, salud general, infección ósea local, atrofia por falta de función, cargas funcionales excesivas y aciertos y errores del dentista y del paciente. (15)

Cuando la reabsorción de hueso alveolar se torna pronunciada después de la pérdida de los dientes, también hay una pérdida generalizada de encía. (15)

Se puede decir que el funcionamiento de la prótesis va a estar regido por la miología y no por la osteología, puesto que

se da la doble condición de que, cuanto más cercana e intensa - es la acción muscular, menos superficie de sustentación ósea - tendrá la prótesis. (15)

Es por eso que hacemos mención de los músculos del interior y exterior de la boca, especialmente aquellos que afecten - la retención, soporte y estabilidad de una dentadura. (15)

Entendiéndose que:

Retención: Es la correcta relación que se establece entre organismo y prótesis, que se opone a que esta sea desplazada de su ubicación. (1)

Soporte: Es la capacidad del área de aplicación protética para resistir las presiones ejercidas durante el acto masticatorio. El que las recibe y cumple con la función de soportes es el hueso, a través de la encía. (1)

Estabilidad: Es la condición requerida para que la prótesis no resulte desplazada de su correcta posición durante su funcionamiento. (1)

4.2. Músculos del Interior y Exterior de la Boca.

El Músculo Masetero.

Este músculo se origina en el arco cigomático y en el maxilar; va hacia abajo y atrás para insertarse en la superficie externa del ángulo mandibular.

Cuando se toman impresiones, se determina el límite posterolateral de la impresión inferior mediante la contracción del músculo masetero. (15)

En razón de la dirección de las fibras del músculo masetero, la sobreextensión del flanco de la dentadura hacia la zona de inserción del masetero puede producir la formación de estímulos dolorosos y el desplazamiento persistente de la dentadura durante los movimientos de masticación. (15)

Músculo Buccinador.

Es un músculo débil, cuyas fibras tienen curso horizontal, uniéndose en la zona anterior con el músculo orbicular de los labios y por detrás con el músculo constrictor superior de la faringe.

Si el paciente tolera un flanco vestibular más grande en la prótesis inferior, el flanco se extenderá en sentido lateral para que se apoye sobre el reborde oblicuo del músculo buccinador. (15)

Músculo Triangular o Depresor de la Comisura Labial.

Este nace de la mandíbula por debajo del agujero mentoniano y por lo general no interviene en la confección de las prótesis en manera importante. (15)

Músculos Mentonianos.

Los músculos mentonianos a veces interfieren con el flanco anterior de la prótesis inferior. Estas fibras musculares corren en dirección vertical y, cuando es necesario, se las puede diseccionar, con la finalidad de aumentar la superficie de soporte protética y mejorar el sellado periférico. (15)

Músculos Genioglosos.

Los músculos genioglosos derecho e izquierdo se originan en las trabéculas genianas superiores. Cuando estos músculos poderosos se interponen con la retención de la prótesis, está indicado hacer la corrección quirúrgica. La función de este -

músculo es llevar la lengua hacia adelante y abajo. (15)

Músculos Milohioideos.

Nace en la línea milohioidea en la superficie interna - del maxilar inferior. La mayoría de las fibras van directamente hacia la línea media para reunirse con el músculo milohioideo del lado opuesto en una banda tendinosa denominada rafé milohioideo. Algunas fibras posteriores se insertan en el cuerpo del hueso hioides.

El flanco de la prótesis puede reposar sobre este diafragma muscular. (15) (5)

Músculo Orbicular de los Labios.

Este músculo que es muy superficial y no se instala directamente en el esqueleto, ocupa la totalidad del ancho de los labios. En ocasiones afecta la retención y la estabilidad de la prótesis. (5)

Músculo Pterigoideo Medio.

Este músculo parte de su origen en la tuberosidad del maxilar y en la apófisis piramidal del hueso palatino. Las fi-

bras del vientre inferior de este músculo pueden afectar el sellado del borde posterior y la retención de las prótesis superiores. (15) (5)

Músculos del Paladar Blando.

Estos se unen en una aponeurosis que está insertada al borde posterior del paladar duro. El borde posterior de la prótesis por lo general se extiende una corta distancia, contactando con el paladar blando con presión leve, y así conseguir el sellado palatino posterior. La presión excesiva de la prótesis contra el paladar blando puede producir dolor, úlceras, etc. - (15)

En los maxilares desdentados existe un área que el protista ha denominado "zona Chapeable". Esta zona la divide de acuerdo con las estructuras que la integran y son: (!)

- a) Zona principal de soporte.
- b) Zona secundaria de soporte.
- c) Zona de sellado y periférico.
- d) Zona de postdam y
- e) Zona de alivio.

Zona Principal de Soporte. Esta representada por el borde alveolar residual (proceso alveolar). En el proceso supe-

rior se extiende de uno a otro surco hazular; y en el proceso inferior desde uno a otro trígono retromolar. (1)

Zona Secundaria de Soporte. En el maxilar superior comprende a la superficie de la bóveda palatina a excepción de cuando existe un torus palatino. En el maxilar inferior abarca la región retrolateroalveolar. (1)

Zona de Sellado Periférico. Es aquella que recorre la línea de las inserciones musculares, ligamentos y frenillos. (1)

Zona de Postdam: En el maxilar superior corresponde a la región limítrofe entre el paladar duro y la zona móvil que marca la inserción del velo del paladar. En el maxilar inferior queda limitada a la zona de la papila o cuerpo piriforme. (1)

Zona de Alivio. En el maxilar superior se sitúa a nivel de la sutura sagital de la bóveda, determinada por los torus palatinos en raras ocasiones en los conductos palatinos posteriores. En el maxilar inferior, en la línea oblicua interna, en la externa, agujero mentoniano y cuando existe, en el torus mandibularis. (1)

4.3. La Boca Ideal para colocar una Dentadura.

Como vemos son varios los detalles que hay que tomar en cuenta, o los requisitos para que una boca sea ideal para así poder confeccionarle su prótesis. Mencionaré algunos de ellos.

- a) Los dos maxilares deben estar en relación normal.

- b) Sus procesos alveolares deben de ser lo más grandes posibles sin la presencia de protuberancias óseas o tejidos blandos que pudieran formar zonas retentivas.

- c) Los bordes alveolares deben tener forma de U.

- d) El hueso y los tejidos blandos no deben hallarse enfermos.

- e) Debe haber cantidad suficiente de encía para cubrir los rebordes alveolares y esta debe ser firme y de grosor uniforme.

- f) Los surcos vestibular y sublingual deben hallarse libres de tejido cicatrizado, pólipos y masas hipertrofiadas.

- g) La lengua debe tener sus movimientos normales, no estar enferma ni tener restricciones del frenillo. No debe estar

agrandada ni invadir el espacio correspondiente a la prótesis.

h) Las glándulas salivales deben presentar función secretoria normal y mantener húmeda y lubricada la boca y ayudar así a la retención de la dentadura. (15)

CAPITULO V.- PROTESIS INMEDIATA

5.1. Definición.

Prótesis Inmediata es el procedimiento que consiste en colocar los dientes inmediatamente después de las extracciones y regularización de los procesos maxilares. (14)

Uno de los recursos más valiosos con los que cuenta el cirujano dentista es con la prótesis inmediata ya que le proporciona al paciente su estética y función al mismo tiempo logrando una rápida cicatrización necesaria para poder ajustarle su dentadura convencional, después de haberle hecho extracciones múltiples. (14)

Existen varios motivos en los que se indica la elaboración de una dentadura inmediata:

Problemas Patológicos.- Pacientes que han perdido soporte óseo por problemas parodontales, caries muy avanzadas y en general dientes en mal estado, dientes con raíces fracturadas o con resoclasia y movilidad, etc.

5.2. Ventajas y Desventajas.

1) La prótesis inmediata actúa como un apósito para controlar la hemorragia.

2) La prótesis inmediata promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos.

3) Con la prótesis inmediata el paciente realiza mejor la fonación y la deglución.

4) El paciente acepta más rápido la extracción de sus dientes.

5) No interrumpe sus quehaceres.

6) Psicológicamente el paciente se siente mejor.

7) La nutrición, es fundamental para que haya cicatrización adecuada; y la nutrición se mantiene mejor con dientes que sin ellos.

8) Se conserva la dimensión vertical.

9) Los dientes en la dentadura inmediata, pueden ser colocados en la misma posición que los que posee el paciente. -

(14) (15)

10) El hueso es contorneado por la prótesis. (14) (15)

Desventajas de la Prótesis Inmediata.

1) Es necesario rebasar la prótesis demasiado pronto y quizá sea necesario hacer una nueva prótesis.

2) Es necesario hacer un número mayor de visitas al consultorio durante los primeros meses.

3) Este tipo sistemas aumenta los costos. (14) (15)

5.3. Selección y Preparación del Paciente.

Las prótesis inmediatas no están indicadas para todos los pacientes que pierden sus dientes naturales, necesitamos tener en cuenta factores locales y generales. (15)

Salud General y Edad del Paciente.

Los pacientes ancianos y los con enfermedades orgánicas graves, que no se consideran capaces de soportar la cirugía, no deben de ser sometidos a extracciones múltiples en una sola sesión y a la instalación de prótesis inmediatas. (15)

Infeción Local.

La dentadura no debe impedir al drenaje libre de los tejidos infectados. (15)

Preparación del Paciente.

Es frecuente encontrar pacientes con infecciones a nivel gingival y acúmulo de placa dentobacteriana y sarro, cuando se indica la fabricación de una prótesis total, es necesario hacer la eliminación de éstos, (profilaxis bucal, se premedica antibiótico como medida profiláctica, etc.).

5.4. Pasos para la Elaboración de la Prótesis.

Cuando ya se tienen los modelos primarios, se procede a la fabricación de cucharillas individuales que pueden ser de base de graff o de acrílico de autopolimerización.

Cucharillas individuales de base plate de graff.

Se coloca sobre los modelos un separador que puede ser - talco.

Se eliminan las retenciones de los dientes cubriéndolos con una capa de papel de asbesto previamente remojado en agua.

Se amolda una base delgada que no debe de ir más allá - de la zona secundaria de soporte a la cual se le espolvorea talco con un algodón.

Se amolda una base gruesa sobre la delgada y se le coloca una del mismo material.

Se toma una impresión con un material elástico haciendo los movimientos fisiológicos de los labios y carrillos con el fin de proporcionar un sellado periférico que no intervenga con dichos movimientos.

Se obtienen los modelos fisiológicos en yeso piedra.

Cuando el paciente posee suficientes dientes.

Para poder obtener la altura adecuada y la relación intermaxilar correcta se montan directamente en un articulador con ayuda de una relación de mordida en relación céntrica.

Cuando el paciente no presenta dicha situación se fabrica una base con rodillos y se toma el registro de relación céntrica y dimensión vertical con los cuales se podrá montar en un articulador.

Se obtiene el tamaño de los dientes y el color que sea el más apropiado.

Se practica sobre los modelos de eliminación de las piezas dentarias al igual que la eliminación de la cresta más afi-

lada, de tal manera que se obtenga en los modelos un reborde -
adecuado para soportar la prótesis.

Se fabrica la plantilla quirúrgica haciéndola con acrí-
lico transparente que nos servirá de guía para el momento de -
efectuar el paso quirúrgico, la regularización del reborde al-
veolar.

Se duplica el modelo en yeso piedra, con la ayuda del -
hidrocoloide reversible (pasta para duplicar), utilizada en la
fabricación de puentes removibles.

Se coloca separador sobre el modelo y se hace una plantil
lla de cera que interese toda la zona primaria y secundaria de-
soporte.

Se coloca el modelo en una mufa y se prensa con acríli-
co transparente de curado por calor (termopolimerización), se -
pone a una temperatura de 70°C por 45 minutos y después a punto
de ebullición durante 45 mins. más.

El encerado es necesario estañarlo (colocar papel de es-
taño) antes de ponerlo en la mufa con el fin de que la planti-
lla quirúrgica quede perfectamente transparente, una vez hecho
esto se cubre la primera base con yeso blanco y se deja endure-
cer, se sumerge la mufa en agua hirviendo para eliminar los -

restos de cera que puedan haber quedado, la mufa se lava con gasolina blanca y después de que esta se haya evaporado se coloca el separador. Toda la superficie de yeso que se vea en la parte de la mufa, donde quedó nuestro modelo se coloca nuevamente papel de estaño y se prensa al acrílico transparente.

Se cuece el acrílico siguiendo las instrucciones del fabricante.

Se saca la plantilla de la mufa y se pule con motor de baja velocidad.

Se colocan los dientes en la posición correcta, se hace el encerado, el recorte de los cuellos y el festoneado, se emula y pone a curar de manera convencional y se hace el terminado y pulido con motor de baja velocidad.

Se coloca la dentadura en benzal durante 24 horas antes de la intervención.

5.5. Técnica.

Si se ha hecho el diagnóstico adecuado y el correspondiente plan de tratamiento, la única cirugía necesaria antes de la instalación de la prótesis inmediata es la extracción de los dientes naturales con la menor cantidad de alveoloplastia. Si-

hay torus y exostosis o hiperplasia de la mucosa vestibular o palatina, se las corregirá antes de comenzar la confección de las dentaduras. Los pacientes con antecedentes de dificultad en la extracción de los dientes deben ser sometidos a las extracciones de los dientes posteriores antes de tomar impresiones para las prótesis inmediatas. En pacientes con dientes retenidos o con caries grandes o dientes con grandes obturaciones que muy posiblemente se fracturen durante las extracciones éstos se extraerán antes de la toma de las impresiones. (15)

Los dientes remanentes se extraerán de la manera menos traumática para conservar hueso alveolar. Es preciso rotar los dientes sobre su eje mayor para evitar fracturas radiculares.

Si no se ha recortado el modelo más que los dientes, no habrá que hacer recorte alveolar. La única excepción sería como primar o eliminar proyecciones agudas sobre la cortical alveolar vestibular que de ser dejadas producirían dolor o irritación. Si son muy grandes, se recortarán las papilas gingivales individuales, y se harán suturas en cada zona interproximal. (15)

Una matriz quirúrgica de acrílico transparente, reproducción de la base de la dentadura, es muy útil para determinar la forma apropiada del reborde. Por lo general, cuanto mayor es la cantidad de dientes por extraer y mayor la cantidad de alveoloplastía necesaria para asentar la dentadura sobre los tejidos

basales, tanto mayor es la necesidad de la matriz quirúrgica -
transparente.

Cuando se usa la matriz, se coloca y se la sostiene a -
presión para que los puntos con exceso de presión aparezcan pá-
lidos al ser observados a través de la matriz. Estos puntos de
presión se alivian mediante el recorte mínimo de hueso o teji-
dos blandos, hasta conseguir el empaldecimiento uniforme de la
mucosa palatina y la encía.

A continuación, se retira la matriz y se instala la pró-
tesis.

En esta técnica se elimina el hueso medular interdenta-
rio o del tabique, se libera la cortical vestibular, se la frag-
tura hacia afuera, y, después de ello, se la comprime suavemen-
te como un injerto óseo libre contra la cortical palatina o lin-
gual. (15)

Técnica según Guralnick.

Se hace la eliminación de las piezas dentarias de manera
convencional. (6)

Se procede a hacer la regularización de procesos, de la
manera descrita en el capítulo dedicado a cirugía de tejidos -

duros, con ayuda de la plantilla quirúrgica, que al igual que - la dentadura se encontraba en una solución antiséptica.

Se coloca la dentadura en la boca del paciente y no debe removerse hasta 24 horas después de ser colocada, esto sólo lo debe hacer el cirujano dentista, ya que la retira para lavarla y la vuelve a colocar, fijándose bien de que no haya puntos altos. (6)

Se revisa al paciente durante 3 ó 4 sesiones y se le da de alta.

Al cabo de 6 ó 7 meses se le efectuará un rebase con - acrílico rápido para ajustar la dentadura. (6)

Existe en el mercado algunos materiales acondicionadores de tejidos blandos (Lynal, Coe-confort) que son utilizados en - casos, en donde las impresiones no fueron tomadas adecuadamente y las prótesis quedan desajustadas.

5.6. Postoperatorio.

Después de la extracción de los dientes y la instalación de la prótesis inmediata es preciso indicar al paciente el cuidado que debe tener con la dentadura y los tejidos bucales.

Antes de despedir al paciente debe dársele instrucciones precisas por escrito, respecto al cuidado que debe tener durante su postoperatorio. Tratamiento médico: analgésicos, antibióticos, dieta, diatermia y asse.

Después de 24 horas se examinará la boca y se ajusta la prótesis, procurando eliminar toda la zona de presión. (15)

Lo último que se hace es el ajuste oclusal. Hay que tener en cuenta, que es más fácil, ajustar dientes posteriores de acrílico que de porcelana. (15)

Como menciono anteriormente lo primero que recetamos son medicamentos para eliminar o mitigar el dolor, llamados analgésicos, estos se dividen a su vez en salicilatos y pirólicas.

Los diversos preparados relacionados con el ácido salicílico se denominan, en conjunto, Salicilatos. (10)

Los más frecuentemente utilizados son:

- a) Acido acetil salicílico (aspirina).
- b) Salicilato de sodio.

- ASPIRINA.

- Nombre genérico:

Acido acetil salicílico.

- Presentación:

Tabletas de: 60, 120, 200, 250, 300, 500 y 600 mg.

Cápsulas de: 300 mg.

Supositorios de: 60, 120, 300 y 600 mg.

- Vía de administración:

Oral y rectal.

Tomar de una a dos cápsulas de 250 mg. cada 6 u 8 hrs.

- Salicilato Sódico.

- Nombre genérico:

Acido acetil salicílico.

- Presentación:

Tabletas: 300, 500 y 600 mg.

- Vía de administración:

Oral.

- Tomar una tableta de 500 mg. cada 8 hrs. (10)

- DÍPIRONA:

- Nombre genérico:

Aminopirinsulfonato.

- Presentación:

Tabletas de 325, 500 y 650 mg.

Líquido bucal 500 mg/5 ml.

Inyección (I.M.), 500 mg/ml.

- Vía de administración:

Oral, e intramuscular.

Tomar una tableta de 500 mg. cada 6 hrs. (10)

- PENICILINA G. PROCAINICA.

- Nombre genérico:

Bencilpenicilina.

- Presentación:

Suspensión acuosa inyectable:

300,000 unidades/ml.

500,000 unidades/ml.

1200,000 unidades/dosis.

2400,000 unidades/dosis.

- Vía de administración:

Intramuscular e intravenosa.

Inyectar 1 200,000 unidades cada 24 hrs. (10)

- PENICILINA G. BENZATINICA.

- Nombre genérico:

Dipenicilina.

- Presentación:

Tabletas de 300,000 unidades.

Inyectable (I.M. IV) 600,000 unidades/ml.

- Vía de administración.
Intramuscular.
Inyectar una vez cada 3 ó 4 semanas. (10)

- DICLOXACILINA.
 - Nombre genérico:
Dimetoxifenilpenicilina.
 - Presentación:
Cápsulas de 125 y 250 mg.
Suspensión bucal, frasco de 80 ml.
Inyecciones de 250 mg.
 - Vía de administración:
Oral e intramuscular.
Tomar una cápsula cada 6 hrs. (10)

- PEN-VI-K-
 - Nombre genérico:
Fenoximetilpenicilina.
 - Presentación:
Tabletas de 250 y 500 mg.
 - Vía de administración:
Vía oral.
Tomar una tableta de 250 mg. cada 6 hrs. (10)

- ERITROMICINA.

- Nombre genérico.

Eritromicina.

- Presentación:

Cápsulas de 250 y 500 mg.

Inyección (IM, IV)

- Vía de administración:

Oral e intramuscular.

Tomar una cápsula cada 6 hrs.

Inyectar solución cada 12 hrs. (10)

- LINCOMICINA.

- Nombre genérico:

Lincomicina.

- Presentación:

Cápsulas de 250 y 500 mg.

Inyectable de 600 mg.

- Vía de administración:

Oral e intramuscular.

Tomar una cápsula de 500 mg. 3 veces al día o cada 6 hrs.

Inyectar 600 mg. (2 ml) cada 24 hrs. o cada 12 hrs. (10)

Apósitos de Gasa = Al terminar la operación, deben colocarse apósitos de gasa húmeda para ocluir el alvéolo abierto y ejercer presión. El paciente debe dejar los apósitos en su sitio durante 1/2 hora por lo menos. (17)

Diatermia = Compresas calientes y frías.

Debe aconsejarse al paciente que coloque hielo envuelto en tela o compresas frías sobre la cara durante las 8 hrs. siguientes a la operación. El hielo debe aplicarse a la cara durante 20 mins. y quitarse durante otros 10 mins., en forma alternada. El calor aumenta la circulación y el frío es para reducir al mínimo la inflamación. (17)

Dieta = El paciente debe ingerir bastante líquidos, alimentos para bebé, gelatinas, flanes, natillas, alimentos que contengan calorías, leche, sopa, etc.

El factor importante que debe tenerse en mente y recalárselo al paciente es que debe mantener la ingestión adecuada de líquidos y alimentos de acuerdo con su edad, peso, estatura y actividad. (17)

Higiene Bucal = El paciente no debe enjuagarse durante las primeras horas ni escupir excesivamente. Los dientes no afectados y la lengua deben cepillarse a la hora de acostarse, se recomienda cepillo de cerdas suaves y pulidas.

Al día siguiente el paciente puede empezar a enjuagarse la boca, de preferencia con agua tibia con sal. El enjuague no debe de ser vigoroso. (17)

CAPITULO VI.- CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS.

6.1. Anormalidades de Tejidos Blandos.

Los tejidos blandos que más interfieren en la colocación de las prótesis, son la inserción baja o hipertrofia del frenillo labial, como también las adherencias del ala de la nariz y buccinadores. Además la poca estabilidad de una prótesis y su movilidad; puede deberse a bandas fibrosas, inserciones musculares o cicatrices, muchas de las causas pueden ser de origen traumático produciendo interferencias. (2)

Otra causa muy frecuente cuando el paciente ha llevado por mucho tiempo prótesis mal ajustadas; la extracción de piezas dentarias produce cicatrices que pueden obliterar el vestibulo. (2)

Estas deformidades pueden ser congénitas o adquiridas; en casos más graves encontramos; estomatitis ulcerosa masiva que puede llegar a producir cicatriz en carrillos y arcadas, las quemaduras eléctricas; accidentes automovilísticos y heridas con arma de fuego.

Estas alteraciones de los tejidos blandos presentan al cirujano dentista obstáculos que en lo posible deben ser solucionados, teniendo en cuenta que las prótesis mal ajustadas han-

causado irritaciones en la membrana mucosa, que deben tomarse - muy en cuenta como un factor contribuyente a la formación de muchas lesiones malignas.

La corrección quirúrgica de diversos tejidos blandos normales y anormales ayudan al dentista en la confección de las - prótesis y al paciente en el uso más favorable de ellas. En este capítulo se incluye la corrección de los frenillos hipertróficos, labio doble, hiperplasia papilar del paladar, épulis defisura, tuberosidades bulbosas, etc. (15)

6.2. Frenillos.

El frenillo labial es un repliegue de la mucosa bucal - que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos - frenillos no terminan a este nivel, sino que descienden hasta - el borde alveolar, rodean este borde y van a terminar en la papila interdientaria en la bóveda palatina. (14)

Formas de Frenillos:

- a) Ancha base en forma de abanico en el labio.
- b) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
- c) Ancha base en forma de abanico en el labio y entre - los incisivos.

d) Amplio frenillo difusodiposo.

Anomalías que ocasiona el frenillo:

El frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa y desplazar a esta en los movimientos del labio. Lo mismo ocurre con el frenillo lingual (anquilosis) que puede ocasionar además trastornos en la fonación y deglución esto se resuelve quirúrgicamente. (14)

Corrección del frenillo labial según la técnica de los -
Dres. H. Birn, J.E. Winther.

Las técnicas quirúrgicas para la corrección de estas, -
va a depender del tamaño y volumen de los frenillos. (3)

Si son poco gruesos y están bien delimitados, se extirpan mediante una incisión en V que se inicia en su inserción en el proceso alveolar.

El frenillo se libera del periostio con bisturí, seccionándolo con tijeras a nivel del fondo del vestíbulo.

La herida resultante, de forma romboidal, se sutura con puntos sueltos. El punto al nivel del fondo del vestíbulo incluye también el periostio, para asegurar su altura.

Si el frenillo es grueso y su base de inserción muy amplia, es mejor corregirlo por medio de una vestibuloplastia.

Se inicia la intervención con una incisión semicircular.

Con tijeras se disecciona el frenillo, liberándolo del periostio y seccionando las fibras musculares que puedan insertarse a nivel del proceso alveolar.

Mediante puntos de sutura horizontales, la parte móvil de la herida se fija al fondo del vestíbulo, quedando una herida abierta que cicatrizará por segunda intención.

Se procura no colocar la prótesis durante el proceso de cicatrización, para no provocar la aparición de tejido cicatricial hiperplásico; ya que actuaría como un irritante mecánico. -
(3)

Frenillo Vestibular Posterior.

El frenillo vestibular posterior se halla compuesto principalmente por pliegues de mucosa con sólo un delgado estroma fibroso. Se presentan en las zonas de primeros premolares en los dos maxilares. Su corrección se puede hacer mediante la V Y plastia si los frenillos son grandes. Puesto que la mayoría de los frenillos son pequeños, una incisión transversal a -

través del frenillo, con un bisturí o con tijeras, es todo lo - que se precisa para que esta herida sea en forma de diamante, - cuyos márgenes se socavan y se cierran en sentido longitudinal, o perpendicular a la incisión original. Hay que recordar que - en esta zona encontramos el paquete vasculo-nervioso mentoniano. (15)

Frenillo Lingual (anquilosis).

El frenillo lingual se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el - tercio anterior de este aparato y se vuelve hacia adelante, insertándose en la línea media de la mucosa del suelo de la boca. (15)

El frenillo lingual origina varios problemas:

El primero, la fijación de la lengua al piso de la boca - (anquilosis o lengua atada); el segundo es el diastema inter incisivo, otro es si el paciente ha de usar con éxito una prótesis inferior hay que valorar que la lengua tenga movimientos - libres. (15)

Los pacientes con el primero de estos problemas, tienen - dificultades en la deglución y fonación. (14)

Técnica Quirúrgica del Dr. Starobak.

El procedimiento se realiza con anestesia local o general. Si se usa anestesia local, se hace el bloqueo bilateral del nervio lingual y se completa con cantidades pequeñas de infiltración para evitar la deformación de los tejidos sublinguales. Se tracciona la lengua a través de los músculos de la punta de ésta para levantarla y poner en tensión el frenillo. Se practica una incisión transversal en la mucosa del frenillo a mitad del camino entre la superficie transversal de la lengua y las curvaturas sublinguales. Para la incisión inicial se emplea tijera o bisturí. La disección más profunda se hace con tijeras en la línea media, evitando los conductos de las glándulas salivales submaxilares y las venas sublinguales, las que, por lo general, pasan al costado del campo quirúrgico. Si se comprueba que las fibras del músculo geniogloso estén en el campo, se las puede cortar.

Los colgajos mucosos se socavan con tijeras y se cierran como una incisión lineal longitudinal con suturas independientes.

Al suturar la herida hay que tener cuidado de no pasar la aguja de sutura a través de la vena sublingual, ya que de hacerlo, se produciría una hemorragia rebelde, equimosis e hinchazón.

La evolución postoperatoria no presenta complicaciones.- El dolor y las molestias se neutralizan fácilmente con analgésicos. (15)

6.3. Corrección del Músculo Mirtiforme.

Otro de los problemas que nos encontramos para la retención, y un funcionamiento adecuado de las prótesis es la interferencia de la inserción del músculo mirtiforme. (2)

Este músculo tiene su origen en el espacio interproximal entre los incisivos centrales y cuyas fibras se abren en abanico y están entrelazadas con la zona roja del músculo orbicular de los labios.

Al existir la fusión de las fibras musculares con el tejido colágeno denso, el cual se extiende entre los incisivos centrales aunque en casos de edentados no es necesario diseccionar el tejido colágeno. El músculo si es diseccionado en su totalidad para alejarlo de la cortical vestibular, liberarlo y elevarlo hasta alcanzar el surco vestibular. Aquí es suturado al periostio en profundidad.

Entre los incisivos centrales y a lo largo del surco vestibular se colocan apósitos de gasa yodoformada y se mantienen en posición por el término de una hora aproximadamente. (2)

6.4. Vestibuloplastías.

En muchas ocasiones al colocar prótesis se ven perturbadas, porque no existe el surco vestibular, o donde deben llegar las alas del aparato.

Esta ausencia del surco vestibular, se debe a varias razones:

- 1) Procesos inflamatorios del vestíbulo bucal.
- 2) Exodoncia y alveolectomía excesiva.
- 3) Resorción exagerada de los maxilares desdentados.

Al no existir el surco vestibular se debe rehacer para la colocación correcta de la prótesis. (14)

La vestibuloplastia es necesaria:

- a) Cuando no existe suficiente profundidad de vestibulo para retención y apoyo de una prótesis.
- b) Cuando la resorción alveolar es extensa.
- c) Cuando las inserciones musculares, de frenillos y mucosas se presentan sobre la cresta del borde alveolar o cerca de esta.

El objetivo de extender un reborde es descubrir quirúrgicamente hueso basal de los maxilares volviendo a colocar la mucosa, inserciones musculares y músculo en una posición más baja en el maxilar inferior o más alta en el superior.

La ventaja de esto es poder ponerle una aleta mayor a la dentadura postiza logrando así mayor estabilidad y retención a la dentadura. (7)

No todos los casos de atrofia de hueso basal pueden tratarse quirúrgicamente por extensión del surco. Debe existir hueso alveolar apropiado con suficiente altura para permitir la recolocación de los nervios mentonianos y músculos.

Ni todos los casos necesitan de vestibuloplastías completas con injerto de piel o mucosa, con descenso del piso de la boca. (7)

Vestibuloplastia Submucósica.

Indicaciones.

Este procedimiento se aconseja para pacientes con un pequeño reborde clínico y mucosa sana sobre el mismo sin fibrosis submucósica, hiperplasia, ni cicatrización excesiva.

Una prueba que nos ayuda a determinar si existe suficiente mucosa es con un espejo que se coloca en el surco vestibular y si el labio superior se invierte, existe mucosa insuficiente para realizar este tipo de vestibuloplastia. (7)

Técnica Quirúrgica.

Este se lleva a cabo en una sala de operaciones y bajo anestesia general.

Se usa anestesia local para distender los tejidos, es adrenalina al 1:100 000 para lograr hemostasia y facilitar la disección.

Se hace una incisión vertical en la línea media, de la espina nasal a la papila incisiva.

Se disecciona la submucosa a cada lado (de preferencia con tijeras Lincoln o Metzenbaum), separando los tejidos hacia abajo, hasta la cresta del reborde, y restaurar una buena altura vestibular.

La siguiente disección libera el tejido conectivo submucoso del periostio.

Los tejidos liberados pueden colocarse superiormente para rellenar un defecto en la fosa del canino o researse, lo

mismo se hace con la espina nasal anterior, si interfiere en el asentamiento de la dentadura postiza.

Las incisiones se cierran con Dexon número 000.

La dentadura del paciente se extiende con compuesto dental y gutaforma hasta la nueva altura vestibular.

Se drenan los líquidos para evitar hematomas.

Se fija la férula al maxilar con alambres o nylon. Retiéndose estas después de una semana. (7)

Vestibuloplastia de injerto de mucosa bucal.

Esta se hace bajo anestesia general y en un hospital.

Se infiltra la mucosa con lidocaína al 2% y adrenalina - al 1%, para distender los tejidos, proporcionar hemostasia y facilitar la disección.

Se hace la incisión en la unión de la mucosa adherida - con la libre, de un cojín malar a otro.

Se lleva hacia arriba y hacia afuera, el colgajo supra-periódontico, de la fosa canina a la región del nervio suborbitario.

La disección llega a la abertura piriforme, sin perforar la mucosa nasal.

El colgajo liberado se sutura por arriba al periostio con Dexon No. 0000 para delinear la nueva altura vestibular, hasta aquí sería una vestibuloplastia de epitelización secundaria, - pero al colocar una dentadura sobre este tejido tiende a acelerar la granulación secundaria contribuyendo a la recaída.

Para obtener el injerto de mucosa donador, el procedimiento es: Se mide el tamaño de la mucosa donadora sobre el lugar recipiente usando hoja de estaño esterilizada.

Previamente anestesiado con Lidocaina al 2% y Adrenalina, se corta el contorno del injerto. La disección submucósica se inicia movilizandó una extremidad del injerto con un bisturí y sosteniéndolo con un gancho.

Se corta el injerto en su base y se conserva en una compresa humedecida con solución salina fisiológica.

La primera consideración a tomar, después de extraer - mucosa donante es la hemostasia, ya que el paladar tiene muchos vasos. Esto se logra con electrocoagulación y suturas. La - mucosa palatina es un tejido ideal para soportar tensiones, por estar queratinizada.

Después de probar y medir el injerto para cubrir el lecho recipiente, se recorta y se fija al periostio con Dermalon- No. Seis ceros. Esta es la parte más delicada.

El injerto se cubre después con una férula acrílica re-vestida con compuesto dental y gutaforma y se fija al maxilar - con alambre o sutura.

La férula permanece intacta durante siete días, al quitarse, la mucosa estará cubierta por un coágulo blanco de células de descamación que al frotar se caerían dejando superficie- granulosa hemorrágica. Tomando aspecto de mucosa normal des- pués de dos semanas. La prótesis final se hace cuatro semanas- después de injertar.

El procedimiento para el maxilar inferior es igual al - del injerto de mucosa del maxilar superior excepto en la manera de tratar el surco lingual. (7)

Vestibuloplastia por Epitelización Secundaria.

Quando hay hiperplasia inflamatoria y tejido de cicatrización, los procedimientos de adelantamiento mucoso están con- traindicados. Las técnicas de epitelización secundarias deben- ser consideradas como primera alternativa.

Técnica de Kazanjian.

En esta técnica se rechaza un colgajo mucoso en el labio y se transfiere para que cubra el lado óseo del surco profundizado.

Técnica del Clark.

Se separa un colgajo mucoso alveolar y se lo transfiere para que cubra el lado de tejido blando del surco.

Técnica de Cooley.

Cooley presenta una técnica para profundizar los surcos superiores e inferior. Con esta técnica también se pueden alisar irregularidades óseas sobre la cresta del reborde y hacer el desplazamiento del nervio mentoniano.

Se hace una incisión en la cresta del reborde mandibular desde una zona del segundo molar hasta la misma del lado opuesto. Se hacen incisiones relajadoras laterales cortas en la parte posterior de la primera incisión.

Se rechaza un colgajo mucoperióstico vestibular hacia abajo, se desplaza el nervio mentoniano bilateralmente. Se so-

cava la mucosa, se hacen tres orificios en el reborde alveolar. El margen gingival del colgajo vestibular se sutura a través de los orificios paraalveolares hacia el periostio lingual dejando al desnudo la cresta del reborde.

La férula es asegurada a la mandíbula durante seis días.

En la surcoplastia superior de Cooley, la incisión primaria, en vez de comenzar en la cresta del reborde es hecha hacia el lado palatino de la cresta. Las dos incisiones relajadoras-laterales cruzan el reborde para unirse a la incisión palatina en la parte posterior. Se separa un colgajo de espesor parcial hacia el reborde hasta encontrar la cresta.

Se incide el periostio en el lado profundo del colgajo - para poder disecar la mucosa por instrumentación roma de la submucosa, y se le inmoviliza.

Se perforan tres orificios en el maxilar, y el margen - gingival del colgajo se fija a través del hueso a los tejidos - palatinos mediante suturas de colchonero.

Una vez retirado el catéter, el paciente usó su prótesis con flancos extendidos.

Las ventajas de la técnica de Cooley son:

1) Es posible corregir las irregularidades óseas de la cresta y de la superficie vestibular del reborde.

2) Se deja la cresta del reborde descubierta para que granule y cicatrice por epitelización secundaria. Puesto que aquí no queda la contractura de la cicatriz sobre el hueso.

3) Es posible desplazar el nervio mentoniano bilateralmente, cuando esté indicado, (15)

Técnica de Clark.

Clark describe un procedimiento de extensión que puede ser considerado como inverso de la Técnica de Kazanjian. Clark basaba su operación sobre cuatro principios de cirugía plástica:

1) Las superficies vivas sobre tejido conectivo se contraen, mientras que las mismas superficies experimentan contracción mínima cuando se hayan cubiertas por epitelio.

2) Las superficies vivas que cubren hueso no se contraen.

3) Los colgajos epiteliales deben ser socavados lo suficiente como para permitir el desplazamiento y la fijación sin tensión.

4) Los tejidos blandos operados plásticamente tienen tendencia a retornar a sus posiciones previas de modo que es necesario sobreextenderse y hacer fijación firme.

Se hace una incisión en el reborde alveolar y se realiza la disección supraperióstica hasta la profundidad deseada.

La mucosa del labio se socava hasta el borde del Berme--llón.

Se hacen tres suturas de colchonero en el margen libre - del colgajo mucoso, se los pasa por la piel y se ata sobre un - rollo de algodón. El lado de tejido blando del surco se cubre - con mucosa, mientras que en el lado óseo se deja que la superficie perióstica viva granule y epitelize.

La técnica de Clark se aplica al surco vestibular infe- - rior. (15)

6.5. Linguoplastias.

Para el paciente con gran reabsorción de la mandíbula, - la extensión del surco lingual o descenso del piso de boca, - puede extender el apoyo, de la prótesis y mejorar la estabilidad y retención. Los músculos milohioideo y geniogloso y la mucosa del piso de la boca se pueden desplazar hacia abajo sin entorpe-

cer la función.

Técnica de Caldwell.

Cadwell preconizó una manera de descender el músculo milohioideo y el piso de boca. Se hace una incisión larga en la cresta del reborde. Se separa un colgajo mucoperióstico lingual de espesor total en la zona media. Se separa con cuidado el músculo milohioideo a partir de la línea milohioidea mediante disección aguda. El reborde óseo fué eliminado con escoplo filoso y martillo. Se continúa la desnudación subperióstica hasta el borde inferior de la mandíbula. Esta operación es bilateral. Se suturan los trozos de tubo de goma en la profundidad del surco lingual para mantener los tejidos en su nueva posición. Se pasan las suturas a través de la mucosa y los músculos milohioideos hacia la piel por debajo de la mandíbula, donde se atan sobre rollos de algodón. Los tubos de goma y las suturas percutáneas se retiran a la semana. La prótesis se confecciona a las dos o tres semanas. La evolución postoperatoria es normal con inflamación mínima.

Técnica de Obwegeser.

Obwegeser modificó la técnica Trauner. Combinó la vestibuloplastia con injerto de piel con la surcoplastia lingual. Se hacen disecciones supraperiosticas en las superficies vesti-

bular y lingual de la mandíbula. Se separan los músculos milohioideos de la mandíbula. Si hubiera que desplazar los músculos genioglosos, se dejan insertadas las fibras medias e inferiores a la mandíbula para mantener el control muscular de la lengua.

Los colgajos mucosos vestibular y lingual se suturan juntos con catgut crómico por debajo de la mandíbula, mediante el empleo de una lezna de acceso submandibular. En este momento la mandíbula tiene una tira de encía en la cresta del reborde y periestio desnudo en las superficies vestibular y lingual.

Se rellena una férula preparada con anterioridad con compuesto de modelar y gutapercha y se toma una impresión del nuevo contorno mandibular. Se tapiza la férula con un injerto de piel de espesor dividido, y la férula y el injerto se ligan a la mandíbula con suturas circunferenciales de nylon grueso. A la semana se retira la férula. La piel se ha adherido al periestio desnudo, pero no a la encía de la cresta del reborde. Se elimina el exceso de piel. Se utilizó la férula para mantener la profundidad del surco hasta que se confeccione la nueva prótesis. (15)

6.6. Labio Doble.

El labio doble es un pliegue accesorio de mucosa excedente que se localiza por dentro del borde del bermellón del labio.

Es una anomalía congénita poco común y también puede ser adquirida mediante la succión del labio entre los dientes.

El labio doble es especialmente visible cuando el labio superior se tensiona al sonreír.

Si al paciente le preocupa su aspecto estético hay que eliminarlo, incluso antes de confeccionar una dentadura.

Se lleva a cabo bajo anestesia local en el consultorio dental.

Se hace el bloqueo bilateral del nervio infraorbitario, de modo que se evita la infiltración dentro del labio, que lo deforma.

Los pliegues excedentes de mucosa labial se toman con suavidad con pinzas de Allis y se hacen incisiones elípticas alrededor de las masas.

Se profundizan las incisiones hacia la submucosa de manera que se retiren un bloque o dos.

Los pequeños puntos sangrantes se ligan con Catgut cuatro ceros. Las heridas se cierran por planos con suturas de Catgut cuatro ceros o seda para sutura cuatro ceros.

El edema que es mínimo en el período postoperatorio, se controla mediante vendaje externo a presión con tela adhesiva y bolsas de hielo, y las molestias se suprimen con analgésicos. Las suturas se retiran a los cinco o seis días. (15)

El postoperatorio es el mismo que el que se indicó en el capítulo V, sobre prótesis inmediata.

6.7. Hiperplasia Papilar Inflamatoria.

La hiperplasia papilar inflamatoria es una enfermedad indolora e irreversible de la mucosa bucal. Es más común en el paladar duro. Se observa más en pacientes que portan prótesis superior completa. También en pacientes que usan prótesis superior parcial y en pacientes con dientes naturales sin aparatos protéticos.

La enfermedad se manifiesta como proyecciones nodulares o papilares múltiples de mucosa de tamaño y alturas diversas y-

separadas por fisuras: en estas fisuras es frecuente encontrar alimentos en disposición y residuos bacterianos. (15)

Una característica común es la inflamación con enrojecimiento. A veces en vez de ser papilar o nodular adquieren aspecto de moho o aterciopelado. Sin embargo hay que reconocer que si la irritación persiste puede transformar una lesión benigna en maligna.

Su etiología es desconocida, se cree que son varios los factores contribuyentes:

a) Mala Adaptación de la Prótesis.

La irritación constante de la mucosa producida por la mala adaptación de la prótesis es el factor aislado más importante en la hiperplasia papilar inflamatoria. Esta enfermedad se observa en casos en que la dentadura se mueve o bascula. (15)

b) Uso de la Dentadura durante las 24 horas del día.

La incidencia de la enfermedad parece ser por el uso constante de la prótesis, la limpieza diaria de esta es importante, pero igualmente importante es el retiro de la prótesis durante varias horas al día ya que descansan los tejidos de soporte.

c) Higiene Bucal.

d) Alivio Palatino.

Los pacientes más propensos a formar hiperplasia papilar inflamatoria son aquellos que portan prótesis con alivio palatino.

Guernsey afirma que esta enfermedad es prevenible y que es posible obviar su reaparición. Siguiendo las siguientes recomendaciones:

a) Unas buenas impresiones es esencial para la elaboración de la prótesis.

b) La prótesis no debe tener alivio palatino.

c) El paciente debe quitarse por varias horas su prótesis.

d) La dentadura deberá ser limpiada al igual que la mucosa bucal. (15)

6.8. Fibromas del Surco Vestibular.

Al existir esta lesión la encía del paladar presenta un agrandamiento que se extiende por debajo del plano oclusal superior, siendo una de las consecuencias más frecuentes el aumentar la frecuencia de enfermedad parodontal.

Sin embargo, al extraer los dientes superiores, la masa de tejido blando se convierte en la cresta del reborde residual. En ocasiones la encía de la tuberosidad maxilar es blanda y móvil y alargada, hasta entrar en contacto con la almohadilla retromolar inferior. (14) (15)

Razones por las que esta lesión debe corregirse.

1. La eliminación de la encía blanda y móvil deja un reborde maxilar firme para la buena estabilidad del aparato protético.

2. La encía se remodela para quitar espacios muertos en los tejidos blandos.

3. Al acortar la cresta del reborde maxilar se obtiene - para la base de la prótesis.

Todo esto se hace en el consultorio dental bajo anestesia local. Las incisiones que se hacen alrededor de las masas gingivales son elípticas, hasta llegar a hueso.

Se retiran bloques de encía mediante gubias, se adelgazan los tejidos blandos por vestibular y palatino.

Se quitan los bloques de tejido conectivo submucoso, dejando los colgajos vestibular y palatino de grosor adecuado volviendo a su lugar y suturándolos. (15)

Las suturas se quitan entre el quinto y séptimo día. El período postoperatorio es relativamente normal, la medicación es el mismo que el indicado en el capítulo V.

6.9. Fibromatosis del Paladar.

La fibromatosis palatina bilateral, estas masas de tejido fibroso proyectadas en el paladar impiden la construcción de una prótesis superior.

Estas fibromatosis voluminosas son aplanadas por medio de un anse, contorneado el paladar.

Estas superficies dolorosas al descubierto se protegen colocando en el paladar un apósito de gasa yodoformada enrollada

da, posteriormente se cubre con una mezcla de óxido de cinc y - eugenol durante las primeras 72 hrs. El apósito se sostiene - con suturas. En el tiempo operatorio, se toma una impresión, - se hace una gotera de acrílico provisional para cubrir y prote- ger el paladar durante el período de epitelización. (2)

6.10. Épulis de Fisura.

El tejido blando atrapado entre la alebade una dentadu- ra postiza ajustada y al hueso subyacente llevará a fibrosis - tisular y cicatrización del surco, lo que se conoce como épu- lis de fisura.

a) La oclusión traumática de los dientes naturales opue- tos a una dentadura artificial.

b) La grave cicatrización de los surcos también se obser- va en lesiones traumáticas agudas, provocadas en accidentes y - lesiones por avulsión debidas a fragmentos de mortero o balas.

La corrección de los épulis se logra cortando el pliegue si es pequeño, o haciendo una disección submucósica cortante - para desarrollar un colgajo y entonces hacer una excisión submu- cóica en los tejidos de cicatrización. El colgajo se sutura - al periostio a manera de no perder la altura vestibular. (7)

6.11. Papilomatosis Verrucosa del Paladar.

Como resultado de un trauma, en el paladar se desarrollan pequeños crecimientos multinodulares papilomatosos.

Para impedir la posibilidad de que estas lesiones sean precancerosas es preciso extirpar el epitelio conservando el cartílago, o sea el denso tejido blanco y fibroso por debajo del epitelio. No es necesario eliminar la totalidad de la membrana mucoperiostica para evitar recidiva.

Posteriormente al acto quirúrgico es necesario eliminar la causa de irritación, que por lo general es una prótesis mal adaptada o que presenta asperezas.

Después de la operación hay que examinar al paciente a los 6 meses, para determinar si se ha producido recidiva o no.-
(2)

6.12. Tuberosidades Bulbosas.

Las tuberosidades agrandadas del maxilar superior pueden acompañar a casos de hiperplasia fibrosa submucosa, o pueden ser agrandamientos óseos, que interfieren en el asentamiento de la dentadura debido algún socavado excesivo o a choques en el espacio intermaxilar.

La corrección se logra haciendo una resección en cuña del tejido fibroso hasta el hueso localizado en la porción de la cresta del reborde, seguido por resección submucósica de este tejido desde los colgajos bucal y palatino.

Al hacer el socavado hay que tener cuidado de evitar la arteria palatina posterior.

Las áreas óseas socavadas o de exceso se eliminan con pinzas de gubia o fresas quirúrgicas, se irrigan y se alizan con limas. El cierre se hace con seda número tres ceros, que permanece durante 5 días.

Se ha reducido la tuberosidad, usando una incisión lateral y no la de cresta del reborde, para conservar la cantidad limitada de mucosa queratinizada localizada sobre una estrecha tuberosidad y así hacer la vestibuloplastía.

Se hace una incisión al hueso en el lado externo del reborde superior, desde la tuberosidad por delante para pasar bajo el borde anteroinferior del molar.

El tejido fibrótico engrosado localizado sobre la tuberosidad ósea se eleva con retractores de periostio y se logra la excoisión submucósica del tejido fibrótico.

El surco se extiende hacia arriba desde la altura de la incisión lateral gracias a disección submucósica.

Al cubrir el hueso y recubrir el surco nuevo, se sutura al periostio con dexón núm. tres ceros introduciendo una dentadura superior con periferia extendida, que actúa como férula. -
(7)

6.13 Almohadilla Retromolar Inferior.

Esta hiperplasia fibrosa de la almohadilla retromolar inferior es poco común. Al existir puede contactar con la tuberosidad maxilar o con los dientes.

Su corrección se hace de la siguiente manera:

La parte fibrosa de la almohadilla retromolar sostiene el borde posterior de la prótesis inferior. La excisión completa de la almohadilla retromolar priva al reborde mandibular de una protección valiosa y permite el excesivo encajamiento de la dentadura y la reabsorción del reborde.

Si se va a reducir la almohadilla retromolar, se anestesia localmente. Las incisiones son elípticas y alrededor del tejido blando. Las incisiones deben converger y llegar a hueso. Se acercan y suturan los colgajos gingivales.

Hay que evitar traumatizar al nervio lingual, ya que al hacerlo, se interrumpirá la sensibilidad y la persepcción del - gusto de los dos tercios anteriores de la lengua. (7)

CAPITULO VII.- CIRUGIA DE TEJIDOS Duros.

7.1. Extracciones Múltiples.

La extracción de los dientes naturales es el comienzo de la cirugía bucal preprotética. (15)

Los tres principios de toda extracción son:

- 1) Acceso claro al campo quirúrgico y buena visión.
- 2) Uso de fuerza controlada.
- 3) Trayectoria de extracción sin trabas.

Indicaciones:

1.- Dientes con patología pulpar, en los cuales es imposible tener éxito en el tratamiento endodóntico, y se extraen.

2.- Se extraen los dientes con caries muy avanzadas.

3.- Está indicada la extracción en dientes en los cuales la enfermedad periodontal esta demasiado avanzada, y además no existe cooperación del paciente para la higiene bucal.

4.- En dientes retenidos en zonas de soporte de prótesis, se extraerán antes de la confección de ésta.

5.- Hay que considerar las así denominadas extracciones-profilácticas. En los casos en que tenemos que eliminar focos-potenciales de infección. (15)

Contraindicaciones:

1.- El previo tratamiento de radiación sobre los maxilares es una contraindicación para la extracción de los dientes.

2.- Las personas muy jóvenes o muy ancianas exigen una atención especial.

3.- Las enfermedades crónicas tales como la diabetes, nefritis y hepatitis, complican en mucho la extracción de los dientes, ya que retrasan la cicatrización.

4.- La neurosis y la psicosis, hacen el tratamiento dental más difícil. (15)

Antes de toda extracción de un diente, el paciente será acomodado en el sillón adecuadamente.

En algunos pacientes es necesario administrar primero la premedicación y después el anestésico local. Es necesario el succinamiento constante.

Se hará la separación de la encía alrededor del diente - con un elevador recto y posteriormente se usará el forceps indicado.

Por lo general los movimientos de rotación y los vestibulolinguales es todo lo que se precisa para extraer con éxito la mayoría de los dientes. (15)

Algunas normas que debemos tener en cuenta después de cada extracción:

1.- Eliminar todos los fragmentos dentarios y espículas óseas que puedan actuar como cuerpos extraños.

2.- Aproximar los bordes de la herida para reducir el orificio alveolar y facilitar de este modo la formación del coágulo sanguíneo.

3.- Si se ha realizado la extracción de dientes contiguos, puede quedar en la zona bucal de la herida un gran colgajo mucoperiostico, que deberá ser aproximado mediante suturas. (15)

El postoperatorio, se siguen las mismas indicaciones anotadas en el capítulo de prótesis inmediata. (15)

7.2. Alveolotomía, Alveolectomía y Alveoloplastia.

Alveolotomía = Significa cortar dentro del proceso alveolar. La alveolotomía se hace para exponer y permitir la eliminación de un diente retenido o de raíces, o para exponer un tumor o un quiste, o para una apicectomía. (2)

Alveolectomía - Es la extirpación quirúrgica del reborde alveolar. La eliminación completa del reborde alveolar en un tiempo, se indica en los maxilares que serán sometidos a radiación durante el tratamiento de tumores malignos. Por lo tanto, el término de alveolectomía, tan comúnmente empleado, es incorrecto, pero el uso lo ha impuesto en general. Una alveolectomía parcial es toda aquella siempre necesaria y que prepara solamente el reborde alveolar para la recepción de la prótesis. Esto incluye la eliminación de sinuosidades óseas marcadas o láminas corticales agudas, reducción de las irregularidades de la cresta del reborde y eliminación de exostosis. (2)

Alveoloplastia = Es la intervención quirúrgica para dar forma al reborde alveolar y prepararlo para el soporte de la prótesis inmediata o de las que serán colocadas a pocas semanas del postoperatorio. (2)

Objetivos y principios de la alveoloplastia.

Hay dos objetivos primarios inmediatos y mediatos, que se mencionan:

1) Mediante la eliminación del hueso y/o el tejido blando es posible modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis. El dentista puede tomar las impresiones antes, y el paciente puede usar la dentadura con mayor comodidad y confianza. (15)

2) Hay que impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción excesiva de hueso. (15)

Además de estos objetivos otros secundarios.

a) Para corregir anomalías y deformidades de los bordes alveolares que interfieren en la correcta adaptación de la prótesis u otros aparatos.

b) Para eliminar las prominencias agudas del proceso alveolar, que son a veces, origen de neuralgias faciales.

c) Para eliminar con lima el hueso interseptal enfermo cuando se hace una gingivectomía.

d) Para reducir las tuberosidades de manera que se obtenga espacio para la base protésica, etc. (15)

Tipos de Alveoloplastias.

Comprensión Alveolar = La forma más simple y rápida de alveoloplastia es la compresión entre los dedos de las tablas - corticales externa e interna.

La compresión reduce el ancho del alvéolo y elimina muchos espacios muertos óseos que sin esa compresión presentarían dificultades. Se sutura. (15)

Alveoloplastia Simple = Cuando sea necesario reducir el margen cortical vestibular o lingual, o, en ocasiones más raras, el margen alveolar palatino o lingual. Por lo común esta indicado sólo el colgajo en bolsillo, aunque a veces el trapezoidal con una incisión liberadora o dos. El colgajo se separa más - allá de la proyección ósea porque una mayor separación en dirección apical puede generar hinchazón, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva. (15)

Alveoloplastia de Dean. Para preparar el reborde alveolar para la prótesis es muy positiva.

La técnica de Dean y sus resultados se fundan sobre principios biológicos sanos.

1) Se reduce la prominencia de los márgenes alveolares - vestibulares para facilitar la recepción de la prótesis.

2) No se perturba la inserción de los músculos.

3) El periostio queda intacto.

4) La tabla cortical se conserva como una capa vital de hueso con irrigación.

5) Al conservar el hueso cortical, la reabsorción postoperatoria se reduce. (15)

7.3. Reducción de Rebordos en "Filo de Cuchillo" o "Sierra".

La atrofia alveolar intensa del reborde inferior y a veces del reborde superior produce crestas alveolares residuales - agudas o afiladas que literalmente cortan el mucoperiostio desde la profundidad de la superficie cada vez que ejerce presión - sobre la zona.

Los músculos osteofitos y bordes filosos de hueso se alisan con gubias, alicates y limas para hueso; ello proporciona -

alivio y permite al paciente que use la prótesis otra vez con -
comodidad.

Técnica.

Se hace una incisión horizontal en la encía, con una incisión liberadora pequeña a cada extremo. Los colgajos vestibular y lingual se rechazan lo suficiente como para exponer el hueso afilado de la cresta. Con una gubia de corte lateral se pueden eliminar todos los bordes óseos gruesos o filosos y las prominencias. Después se alisan con lima para hueso. Se sutura mediante suturas individuales sin tensión, teniendo cuidado para no disminuir la profundidad del surco. (15)

7.4. Reducción de la Línea Milohioidea.

La atrofia alveolar pronunciada a veces acentúa la línea milohioidea, la cual puede ser palpada en la superficie lingual de la mandíbula en la zona del segundo y tercer molar. Hay veces en que la línea milohioidea y la línea oblicua externa se hallan en los puntos más altos de la mandíbula atrófica, porque el proceso alveolar se ha reducido a un surco por efecto de la reabsorción. Con frecuencia el mucoperiostio lingual que cubre la línea milohioidea se traumatiza, se ulcera y no cicatriza.

Técnica.

La incisión se hace en la encía residual de la cresta - del proceso alveolar desde la zona de premolares hasta el tercer molar.

El mucoperiostio lingual se rechaza con cuidado, exponiendo la línea milohioidea y el músculo. El músculo milohioideo se inserta al borde de la línea. Una vez separados los músculos, el reborde óseo se reduce con gubias o limas para hueso. El músculo milohioideo separado se volverá a insertar en el borde inferior de la mandíbula. Se sutura. Se rebasa su dentadura ya que esta sirve para mantener abajo el músculo milohioideo. (15)

7.5. Resección de Tuberosidades Óseas Maxilares.

Hay que diferenciarlas de la hiperplasia de la mucosa, o sea, las tuberosidades cartilagueas superiores.

Precaución: Se toman radiografías para estar seguros de que el seno maxilar no se halla tan bajo que llegue a la zona de la tuberosidad. Se hace una incisión a través de la mucosa, - desde distal de la tuberosidad, y siga a lo largo de la cresta-alveolar.

Se inicia con una hoja de bisturí Bard-Parker No. 13 cambiando por uno No. 15 y se extiende la incisión hasta 10 mm. - por delante del punto donde el hueso debe ser eliminado, prolongándose hacia el surco vestibular en un ángulo de 45°. (2)

Reseque las elevaciones con gubias, colocando un bocado sobre la cresta alveolar y el otro debajo de la excrecencia, y corte el hueso que constituye la retención.

A continuación, se despega la mucosa lingual y se reduce la altura del reborde en la tuberosidad con cisallas o gubias. (2)

Se alisan y se suturan los colgajos. (2)

7.6. Reducción del torus Palatino.

El torus palatino es el agrandamiento más frecuente del paladar, esta afección nunca ha sido reportada como un tumor maligno.

Se localiza a la altura de la línea media del paladar, - su tamaño puede variar entre 3 mm hasta ser del tamaño de 1/2 - nuez, la frecuencia con el que se encuentra es el 20 o 25% de la población adulta y en el 5% de los recién nacidos, con prevalencia doble en mujeres que en hombres. (17) (14)

La clasificación de los torus la hizo Thoma y es:

a) Plano, b) Fusiforme, c) Nodulares y d) Lobulares.

Por lo general no está indicado el tratamiento salvo:

- 1) Que sean tan grandes que perturben la dicción.
 - 2) Por falta de irrigación la mucosa se ulcera.
 - 3) Cuando no se logra convencer al paciente de que es - un tumor benigno.
 - 4) O cuando interfiera en la confección de una prótesis.
- (15).

Técnica.

La técnica operatoria puede hacerse bajo anestesia local o general, en el caso de practicarse bajo anestesia local la inyección se pondrá cerca de la base de la protuberancia ósea, - que evitará la hemorragia, al mismo tiempo inflará los tejidos - para facilitar la disección.

Se toma una impresión del maxilar superior y se obtienen los modelos, se recorta el torus, hasta un nivel aceptable y se fabrica una férula de acrílico transparente.

Se practica una incisión en forma de Y en la línea media

para proporcionar un buen acceso, se incide de atrás hacia adelante.

Se elimina el excedente de tejido óseo, se hace la sección del torus con ayuda de una fresa de carburo No. 703, dependiendo del tamaño de la prominencia se secciona en 2, 3 o más fracciones. La eliminación no se hace de una sola pieza por la gran posibilidad que existe de hacer una comunicación con las fosas nasales. Una vez dividido el torus, las partes se eliminan con gubias, sin peligro de fracturar el paladar.

Los bordes afilados se reducen usando lima para hueso y fresón, con movimientos de tracción de atrás hacia adelante o con el uso de ruedas giratorias para hueso haciendo la debridación.

Se prueba la férula para rectificar que no existan puntos de isquemia, los cuales deberán ser eliminados con lima, fresa o diamante; una vez quitada la porción de colgajo que exceda al afrontamiento se sutura con punto de colchonero o aislados y se coloca la férula. (17)

Las suturas se quitan a los 6 o 10 días y por lo general entre las 4 ó 6 semanas se puede tomar una impresión del paladar cicatrizado. (17)

El postoperatorio es el mismo que se indicó en el capítulo V, sobre prótesis inmediata.

7.7. Reducción del Torus Mandibular.

El torus mandibular es una exostosis que se presenta sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula, y el proceso alveolar. Los torus mandibulares pueden ser unilaterales o bilaterales.

Los torus mandibulares se eliminan:

- 1) Cuando se agrandan tanto que traen problemas en la dicción.
- 2) Cuando la mucosa se ulcera.
- 3) Para facilitar la confección de prótesis. (15)

Técnica de Starobak.

La zona se anestesia mediante el bloqueo del nervio alveolar inferior y lingual y la infiltración vestibular con solución anestésica local. Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de los molares hasta la de los incisivos.

El colgajo se debe proteger con un separador ancho sostenido por el ayudante durante la reducción de hueso subsiguiente.

La mayoría de los torus mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco de martillo sobre un cincel afilado. En caso de que haya torus grandes y fusiformes, es útil emplear una fresa dental y así desprenderlo. Una vez reducido el volumen del torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñón mediante limas para hueso y fresas. Al hacer uso del martillo hay que sostener bien la mandíbula. (15)

El cuidado postoperatorio es el mismo que se indicó en el capítulo V., además la férula de acrílico resulta útil para sostener el mucoperiostio en contacto con la superficie lingual de la mandíbula, reduciendo así la hinchazón y la posibilidad de hematomas.

CAPITULO VII.- CONCLUSIONES

Después de haber analizado lo expuesto en este trabajo, nos damos cuenta que es una gran satisfacción en nuestra práctica odontológica poder restaurar y mantener la boca del paciente en perfecto estado de salud.

Sabemos que para tener éxito en toda intervención quirúrgica necesitamos, hacer una valoración preoperatoria del paciente, esto se obtiene:

- a) Realizando un buen diagnóstico.
- b) Elaborando una historia clínica.
- c) Y un plan de tratamiento adecuado, así como también - la selección y preparación del instrumental y campo operatorio, como también su esterilización. Que el operador tenga los conocimientos teóricos-básicos sobre: asepsia, antisepsia, anatomía, fisiología, oclusión, para realizar la cirugía preprotética, cuidando cada detalle en el transcurso de cada tiempo operatorio.

Se describe la importancia de los estados patológicos - tanto en tejidos blandos como tejidos óseos, en los cuales está indicada la cirugía preprotética.

Desde el punto de vista psicológico, la colocación inmediata de una prótesis, no sólo salva al paciente de perturbaciones sociales sino también psicológicas.

El Cirujano Dentista debe tomar muy en cuenta los procedimientos preprotésicos al realizar cualquier (extracción) - intervención quirúrgica, con el fin de preparar y preservar el reborde alveolar adecuado. Entre más cantidad de estructura ósea se mantenga, mayor estabilidad y retención tendrá una prótesis.

Para llegar a conclusiones precisas sobre determinadas técnicas es necesario determinar con la mayor exactitud los casos donde se va a actuar ya que cada método, cada técnica o cada experiencia, tiene su indicación específica a fin de lograr el máximo de beneficio y los mejores resultados para cada caso en particular.

Para el Cirujano Dentista, es de gran utilidad contar con una técnica más de trabajo por medio de la cual puede ofrecer a sus pacientes un mejor servicio y así satisfacer las demandas de los pacientes que gustan de la estética y no soportan permanecer desdentado en ningún momento ya que su actividad, profesión, así se los exige.

La cirugía preprotética cada día va ganando más importancia en la práctica odontológica, no sólo para el Cirujano Dentista especialista sino también para el C.D. de práctica general.

CAPITULO IX.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- APRILE H., M.E. Figón, R.R. Garino.
Anatomía Odontológica.
Editorial "El Ateneo".
Cuarta Edición 1967.
Págs. 760-778, 780.

- 2.- ARCHER Harry W.
Cirugía Bucal.
Tomo I
Editorial Mundi S.A.I.C. y P.
Segunda Edición 1978.
Págs. 269, 256-258, 260, 271, 273, 279, 281.

- 3.- BIERN H., J.E. Winther.
Atlas de Cirugía Oral.
Editorial Salvat.
Primera Edición. España 1977.
Pág. 110.

- 4.- COSTICH - White.
Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
Primera Edición España 1974.
Págs. 57, 171.

- 5.- DUNN Martín J. Cindy Shapiro.
Anatomía Dental y de Cabeza y Cuello.
Editorial Interamericana.
Primera Edición España 1978.
Págs. 98, 107.
- 6.- GURALNICK Walter C.
Tratado de Cirugía Oral.
Editorial Salvat.
Primera Edición 1971.
Págs. 1, 8, 160, 171.
- 7.- KRUGER Gustav O.
Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana.
Cuarta Edición. 1978.
Págs. 117, 120, 121, 118, 114, 109, 111, 126.
- 8.- LAURENCE Cohen.
Medicina para Estudiantes de Odontología.
Editorial el Manual Moderno, S.A.
Primera Edición 1980.
Págs. 223, 224.

- 9.- MARTINEZ Cervantes Luis.
Clínica Propedéutica Médica.
Editorial Librería de Medicina.
Paseo de las Facultades No. 28.
Primera Edición 1972.
Págs.
- 10.- MEYERS Federik H., Jawetz Ernest, Golfien Alan.
Manual de Farmacología Clínica.
Editorial El Manual Moderno, S.A.
Cuarta Edición México, 1980.
Págs. 316, 328, 613, 616, 649, 652.
- 11.- MITCHELL, Standish Past.
Propedéutica Odontológica.
Editorial Interamericana.
Segunda Edición 1973.
Págs. 143.
- 12.- MONHEIM Leonard M.
Anestesia Local y Control del Dolor en la Práctica -
Dental.
Editorial Mundi.

- 13.- OSAWA Deguchi y S.
Prostodoncia Total.
Editorial UNAM.
Primera Edición 1973.
Págs. 45, 55.
- 14.- RIBS Centeno Guillermo H.
Cirugía Bucal.
Editorial "El Ateneo".
Octava Edición.
Págs. 413, 418, 437, 544, 549, 550, 555, 568.
- 15.- STARSHAK Thomas J.
Cirugía Preprotética.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Primera Edición Paraguay 1974.
Págs. 18, 21, 123-125, 134, 141, 148, 61, 63, 64, -
69, 71, 73, 75, 151, 148, 160.
- 16.- THOMA K.H. Robinson H.B.G.
Estomatología.
Editorial Salvat.
Tercera Edición 1962.
Págs. 32, 35, 38, 41, 43.

17.- WAITE Daniel E.

Cirugía Bucal Práctica..

Editorial C.E.C.S.A.

Primera Edición 1978.

Págs. 269, 256, 258, 260, 271, 273, 279, 281.

18.- Diccionario Odontológico.

Durante Avellanal.

19.- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas.

FLM.

24^a Edición Mexicana.