

19 456

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**CIRUGIA DE FRENILLOS Y
VESTIBULOPLASTIAS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
Marco Antonio Ham Chi

MEXICO, D. F.

14839

1879



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CIRUGIA DE FRENLLOS Y VESTIBULOPLASTIAS.

I N D I C E

INTRODUCCION.	I
I.- ANATOMIA Y ESTRUCTURA HISTOLOGICA.	1
II.- ANOMALIAS O PATOLOGIAS.	7
1.- <i>Fonidtricas.</i>	11
2.- <i>Funcionales.</i>	12
III.- INDICACIONES DE LA INTERVENCION POR CAUSA DE ALGUNAS DE LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA.	14
1.- <i>Oyodoncia.</i>	14
2.- <i>Prótesis.</i>	19
3.- <i>Parodoncia.</i>	24
IV.- FUNDAMENTOS BASICOS DE LA CIRUGIA BUCAL.	26
1.- <i>Incisión.</i>	26
2.- <i>Material de sutura.</i>	28
3.- <i>Apósito quirúrgico.</i>	29
V.- TECNICAS DE LA INTERVENCION.	32
1.- <i>Lingual.</i>	33
2.- <i>Labial.</i>	34
a).- <i>Federspiel (1933).</i>	34

b). - <i>L'Hirondel y Aronowica (1935)</i>	35
c). - <i>Wassmund (1935)</i>	36
d). - <i>Mead.</i>	38
e). - <i>Robinson o fenestración periódica.</i>	39
f). - <i>Robinson con combinación del vestíbulo.</i>	40
g). - <i>Ries Centeno.</i>	41
3. - <i>Profundización del vestíbulo.</i>	42
a). - <i>Vestibuloplastia submucosa.</i>	42
b). - <i>Vestibuloplastia de epitelización secundaria o de injerto de mucosa bucal.</i>	44
c). - <i>Vestibuloplastia con injerto de mucosa bucal.</i>	47
d). - <i>Vestibuloplastia con injerto de piel bucal y descenso completo del piso de la boca.</i>	48
VI. - <i>CUIDADOS DEL PACIENTE.</i>	58
1. - <i>Preoperatorio.</i>	58
a). - <i>Tratamiento de la diatesis hemorrágica.</i>	61
2. - <i>Postoperatorio.</i>	80
A. - <i>Tratamiento local postoperatorio.</i>	81
B. - <i>Fisioterapia postoperatoria.</i>	82
C. - <i>Cuidados de la herida.</i>	83
D. - <i>Extracción de los puntos de sutura.</i>	84
E. - <i>Tratamiento general del paciente.</i>	86

F.- Alimentación del recién operado.	86
G.- Instrucciones para los pacientes.	87
H.- Complicaciones de la operación.	89
Hemorragia.	89
Hematoma.	93
Dolor.	94
Shock.	95
VII.- CASOS CLINICOS.	97
CONCLUSIONES.	II
BIBLIOGRAFIA.	III

INTRODUCCION.

En esta época moderna de la odontología, el cirujano dentista necesita tener conocimientos generales de lo que es la cirugía bucal, hablamos de ésta refiriéndonos a la cirugía reconstructiva - o bien a la cirugía plástica dentro de la cavidad bucal, que es el área primordial de trabajo para nosotros.

El objeto principal de mi trabajo es la recompilación de datos - importantes para tener una base, digamos, sólida acerca de lo que es la cirugía de frenillos, ya que ésta puede ser importante para realizar cualquier otro tipo de tratamiento dentro de la cavidad bucal, como es en la prosthodoncia y principalmente en tratamientos ortodónticos.

Esperemos que esta recompilación de datos sea útil para la documentación de mis compañeros, no es un trabajo muy completo, - pero sí creo que nos va a ayudar en caso de tener alguna duda - sobre el tema.

Ojalá ésto sea superado y mejorado en su contenido y su totalidad para el bienestar de nuestra profesión.

FRENILLO. - Es un pliegue de membrana mucosa, que por lo común encierra fibras musculares que unen el labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio subyacente.

I. - ANATOMIA Y ESTRUCTURA HISTOLOGICA.

En el surco gingival situado en las partes superior e inferior del vestíbulo, a cuyo nivel la mucosa de los labios se refleja sobre el hueso para continuarse con la de las encías. Tanto arriba como abajo, esta región presenta en su línea media un pliegue sagital que se conoce como frenillo labial superior e inferior (Frenulum Labii Superioris et Inferioris). El correspondiente al labio inferior está a menudo poco desarrollado.

La inserción del frenillo superior en la superficie gingival del vestíbulo termina normalmente a unos 5 a 8 mm. por encima del borde gingival, pero puede descender más; y en los casos en que exista una hendidura entre los incisivos centrales superiores, la inserción puede cruzar el borde dentario alcanzando hasta la papila incisiva. Se trata entonces de la persistencia de un estado embrionario, el frenillo se halla regularmente extendido entre la papila incisiva y el tubérculo labial superior.

Y en la región del conino con más frecuencia en el inferior que en el superior, muchas veces hay pliegues que atraviesan el surco vestibular. Están menos desarrollados que el frenillo medio o labial y reciben el nombre de frenillos laterales o coninos.

(Frénula Lateralia).

En la superficie inferior de la lengua, en tanto está cubierta por la mucosa, es en general, lisa. En la línea media se extiende entre la cara externa y la cara interna del maxilar inferior o piso de la boca, un pliegue mucoso sagital denominado frenillo lingual (*Frenulum Linguae*), que termina en alguna distancia de la punta de la lengua. A partir del extremo apical del frenillo, discurren hacia atrás y afuera por la cara inferior de la lengua dos pliegues, que a causa de sus bordes irregularmente festoneados reciben el nombre de pliegues franjeados o fimbriados.

HISTOLOGICAMENTE. - El repliegue que forma el frenillo está constituido histológicamente por tres capas:

- 1.- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- 2.- *Túnica propia*, consistente en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.

3.- La submucosa que contiene glándulas mucosas y Malpighianas.

El epitelio escamoso estratificado es el que se halla en las superficies húmedas sujetas a desgaste considerable y a funciones de absorción. El líquido necesario para mantenerlo húmedo suele estar proporcionado por glándulas situadas en la propia membrana debajo de ellas como sucede con la saliva que protege a la mucosa de los alimentos pastos.

Este epitelio está compuesto de cuatro estratos sucesivos de células planas que son:

Estrato basal.- Constituidos por células provistas de gránulos de melanina en su citoplasma, que con frecuencia, se encuentran en mitosis.

Estrato espinoso o de Malpighi.- Es la capa de mayor amplitud o grosor, estando formada por células poliédricas íntimamente unidas entre sí por medio de tonofibrillas que les dan un aspecto espinoso.

Estrato granuloso.- Constituido por dos o tres hileras de células

ovoides, en cuyo citoplasma se localizan en abundancia, gránulos de queratohialina.

Estrato córneo o queratinizado. - Es muy escaso el espesor y previsto de células en necrobiosis que fácilmente se descaman, su constituyente principal es la queratina.

La formación de la queratina empieza desde la capa basal en donde frecuentemente se realiza la mitosis, con esto explicamos que las células sean impulsadas desde esta capa hacia la capa espinosa o de Malpighi. Las células de la capa basal o germinativa tiene un buen contenido de ribosomas libres, que probablemente intervengan en la síntesis del elevado contenido de material fibrilar (tonofilamentos) que forman los velos celulares en las células en esta capa y que, finalmente, pasan a formar parte de la queratina.

Cuando las células de la capa espinosa son impulsadas hacia la superficie, se van aplanando y acumulan en su citoplasma gránulos llamados queratohialina. A medida que las células son empujadas hacia la superficie en los estratos córneo o queratinizado, sus núcleos y todos los organitos citoplasmáticos van desapare---

ciendo. Inclusive los gránulos de queratohialina se van desapare--
cer.

Existen diferentes puntos de vista en la formación de la queratina.

Punto de vista No. 1.- Los gránulos de queratohialina se trans--
forma en una matriz densa donde queda -
incluido todo el material fibrilar previa--
mente formado del velo celular y es así--
como se forman las escamas queratínicas
(estrato córneo).

Punto de vista No. 2.- Los gránulos de queratohialina se transfor--
man en material fibrilar que viene a añ--
dirse y así se forma la queratina.

El tejido conjuntivo tiene tres funciones:

- a.- Sostén.
- b.- Desarrollo o inducción.
- c.- Nutritivo.

Los dos tipos principales de fibras de este tejido reciben el nom--
bre de fibras coldgenas formadas por la proteína coldgena y fi--
bras elásticas, formadas por la proteína elastina, también encon--
traremos un tercer tipo que colindan con estructuras epiteliales,-

estas son más delgadas y finas y se llaman fibras reticulares.

En estos tipos de fibras son más frecuentemente abundantes los -
fibroblastos.

II. - PATOLOGIAS O ANOMALIAS.

Se desconoce la causa específica de las anomalías de los frenillos, puede ser congénita, que puede ser un defecto hereditario por combinación desfavorable de genes derivados de los óvulos y espermatozoides; o bien pueden ser adquiridos durante la vida intrauterina como resultado de influencias o lesiones sufridas por el embrión en desarrollo, estos factores etiológicos pueden ser:

- 1.- Lesiones mecánicas.
- 2.- Isquemia.
- 3.- Irradiaciones iónicas.
- 4.- Tóxicos químicos.
- 5.- Productos farmacéuticos.
- 6.- Infecciones por espiroquetas o por virus.
- 7.- Desnutrición.

Hablamos de anomalías o patologías de los frenillos y se clasifican (según Jacobs) en:

- a.- Ancha base en forma de abanico en el labio.
- b.- Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
- c.- Anchas bases en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- d.- Amplio frenillo difuso adiposo.

Un frenillo se convierte en problema si está insertado muy cerca del margen gingival; entonces, puede hacer tracción del margen gingival sano y favorecer la acumulación de irritantes; puede separar la pared de una bolsa y agravar su estado; o puede entorpecer la cicatrización después del tratamiento, impedir la adaptación estrecha de la encía y conducir a la formación de bolsas o dificultar el cepillado dentario adecuado.

Los frenillos labiales con inserción baja puede ser causa de diastemas entre incisivos superiores permanentes, ésto es más frecuente que entre caninos y primeros premolares. En estos casos se observa que el frenillo, como doble lámina mucosa muy gruesa, pasa entre los incisivos centrales y se inserta en la papila incisiva, de esta manera, queda abierto un espacio normalmente ancho entre los incisivos centrales.

No raras veces la mucosa labial se inserta directamente en la cresta del maxilar tuberoso y malformado, sin formar un vestíbulo bucal. Como signo de trastorno embrionario temprano del epitelio bucal, faltan algunos gérmenes dentales, otros están deformados. A veces, se destacan mejor algunos frenillos (embrionarios), como el frenillo lateral es más notorio que los frenillos labiales superiores o inferiores.

Con la amplia adherencia de la lengua al piso de la boca, es característico de esta anomalía la punta de la lengua dividida o cónica de la forma del frenillo lingual; por eso, esta forma de enqui-
loglosis se diferencia claramente de la fijación de la lengua por un frenillo lingual adherido donde existe un espacio por debajo de la lengua y está dividida en dos partes.

Otro de los problemas es el empuje del frenillo a causa de hábitos frecuentes.

Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplaza las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

Este efecto se produce como si colocáramos una hoja de naranjo para separar los dientes.

Este hábito sucedió en un caso verídico en un paciente que hacía-

ciende de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas, después de haber tenido un buen descanso y a consecuencia de este hábito se le produjo un gran diastema. (Fin).

PROBLEMAS DE FONACION A CAUSA DE FRENELLOS ANORMALES.

FRENILLO LABIAL ANORMAL. - Como se sabe el frenillo labial es un repliegue mucosofibroso que une al labio superior y en menor grado el labio superior con la apófisis alveolar de los maxilares.

En los niños pequeños se extiende sobre la cresta alveolar y forma un rasé que llega a la papila palatina. En los adultos, el frenillo normal está insertado hacia la parte media entre el margen gingival y el repliegue de la encía alveolar; el cambio en posición es causado por el crecimiento del proceso alveolar cuando los dientes hacen erupción.

La disposición anatómica infantil puede persistir aun después de brotados los dientes permanentes.

ETIOLOGIA. - Muy poco se sabe acerca de la causa de la persistencia del frenillo infantil; algunos autores sugieren que es una anomalía congénita que representa un rasgo de un período primitivo del desarrollo del hombre en su génesis evolutiva.

El frenillo hipertrofiado se observa como un grueso cordón que -

se extiende hasta la cresta alveolar, cruza al lado palatino y se une a la papila palatina formando una cresta en la línea media del paladar. La papila gingival media, puede hacerse más prominente y la cresta palatina puede ser irritada por los incisivos inferiores durante la masticación. El resultado es un diastema entre los incisivos centrales superiores que no pueden ser tratados por el ortodontista hasta que se corte el frenillo, esta anomalía nos produce alteraciones en la pronunciación de los fonemas.

ANQUILOGLOSIA Y FRENILLO LINGUAL ANORMAL. - La anquilosis completa consiste en la fusión de la lengua en el piso de la boca. Es más común encontrar anquilosis parcial causada por un frenillo lingual corto; que llega demasiado cerca de la punta de la lengua; si esto sucede, el paciente presenta dificultad de sacar la lengua sobre los incisivos y cuando hace un esfuerzo para sacarla, se arquea en medio del dorso.

Esto dificulta los movimientos de la lengua y la pronunciación de fonemas linguales y linguopalatales.

La deglución de los alimentos generalmente se dificulta con la anquilosis.

El frenillo lingual une la parte inferior libre de la lengua con el piso de la boca, esto es cuando se presenta normalmente; pero en muchas ocasiones puede aparecer anormalmente corto. En estos casos nos produce alteraciones en la emisión de las palabras por que debido a ello la lengua no tiene el control absoluto del movimiento.

III. - INDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN POR RAZONES DE - ALGUNA DE LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA.

La relación de la cirugía de los frenillos con otras de las ramas de la odontología es muy importante.

ORTODONCIA. - Es un tema controvertido, la relación entre el frenillo labial y el diastema que se presenta entre los incisivos superiores. La mayor parte de la controversia se debe a la falta de entendimiento acerca del papel de la herencia, tamaño de los dientes, hábitos locales y procesos de crecimiento y desarrollo, con los consiguientes cambios en la posición de los dientes.

En el pasado han sido cortados miles de frenillos labiales innecesariamente para permitir que cierre el espacio. En un gran porcentaje de estos casos, es posible que el cierre hubiera ocurrido por sí solo con la erupción de los caninos permanentes.

En muchos otros casos, debido a la falta de conocimiento de los problemas creados por los hábitos, discrepancia en el tamaño de los dientes, dientes faltantes congénitamente o dientes supernumerarios en la línea media, el corte del frenillo hace poco por cerrar el espacio del diastema.

Al nacimiento, el frenillo se encuentra insertado en el borde alveolar, las fibras penetrando hasta la papila interdientaria lingual. Al emerger los dientes y al depositarse hueso alveolar, la inserción del frenillo migra hacia arriba con respecto al borde alveolar. Las fibras pueden persistir entre los incisivos centrales superiores y en la sutura intermaxilar en forma de V, insertándose la capa externa del periostio y el tejido conectivo de la sutura.

La existencia de un frenillo fibroso no siempre significa que existe espacio, con frecuencia en el curso del tratamiento ortodóntico, las fibras interpuestas se atrofian, lo que hace innecesario la cirugía del frenillo.

Un auxiliar para el diagnóstico que nos ayuda a determinar el papel del frenillo es la prueba del blanqueamiento (isquemia).

Generalmente el frenillo se ha desplazado hacia arriba lo suficiente a la edad de 10 a 12 años para que al tirar del labio superior no se produzca cambio en la papila interdientaria de los dientes superiores.

Cuando, si existe un frenillo patológico se nota un blanqueamiento (isquemia) de los tejidos en dirección lingual a los incisivos centrales superiores. Esto casi siempre significa que la inserción fibrosa aun permanece en esa zona.

La dificultad estriba en determinar cuándo esta inserción fibrosa es causal o resultante o si es factor primario o secundario de problemas como sobremordida, hábitos locales, discrepancia en el tamaño del diente.

El componente hereditario es un factor primordial en diastemas persistentes, por lo tanto un examen a los padres y a los hermanos es recomendable cuando se observa un diastema.

En este momento, basta decir que el corte del frenillo no resuelve el problema del diastema.

En el recién nacido, como ya se mencionó, el frenillo labial se encuentra insertado en la cresta del borde alveolar. En situaciones normales, al hacer erupción los dientes y al depositarse hueso alveolar para aumentar la dimensión vertical, la inserción del frenillo paulatinamente se desplaza hacia arriba respecto al borde.

Una cuidadosa dirección mostraría que las fibras de esta inserción pueden ser encontradas a través de toda la mucosa entre los incisivos y centrales superiores hasta la papila lingual. Con frecuencia las fibras se aproximan o se insertan en la papila intermaxilar.

En los primeros años las fibras del frenillo terminan normalmente de esta forma, por lo que un tirón enérgico al labio superior provocará isquemia del tejido en el aspecto lingual de los incisivos centrales superiores. Normalmente las fibras están limitadas a una banda estrecha y no son suficientemente fuertes para afectar materialmente a la posición de los incisivos.

Sin embargo, en algunos individuos esta banda de fibras no elásticas, es más tensa y actúa como barrera para la migración mesial de los incisivos centrales durante la erupción provocando la formación de un diastema de proporciones notables.

Los diastemas por frenillos con frecuencia son hereditarios. Esto significa que si existe espacio entre incisivos en el padre, el niño presentará siempre un espacio similar, ni el hecho de que el frenillo se encuentre insertado entre los incisivos separados comprueba que fue la causa de la formación de este espacio.

Algunos autores consideran el espacio mismo como la característica hereditaria y la presencia del frenillo como accidental. Creen que las fibras que se insertan en el aspecto lingual de los incisivos permanecen intactas, ya que no ha habido presión de los incisivos centrales al desplazarse hacia la línea media.

Desde luego, existen otros factores que causan diastemas entre los incisivos superiores, además de los frenillos labiales, se enumeran la microdoncia, la macrogancia, dientes supernumerarios (especialmente los mesiodents), laterales en forma de cono, laterales faltantes, oclusión enérgica de los incisivos inferiores contra las superficies linguales de los incisivos superiores, quistes en la línea media y hábitos tales como chuparse el pulgar, proyección de la lengua y chuparse o morderse el labio.

Desde un punto de vista hereditario, existe una fuerte tendencia a la reapertura del diastema anterior, aun después de haberlo cerrado ortodónticamente y de haber empleado retención prolongada, aun cuando las fibras del frenillo sean disecadas de su inserción lingual.

En muchos casos los incisivos cerrarán el espacio por sí solos al hacer erupción los caninos.

Aunque el espacio no se cierre completamente, se puede terminar de cerrarlo mediante procedimientos ortodónticos simples con gran probabilidad de éxito, siempre que la oclusión sea normal - en otros aspectos.

Antes de intentar la cirugía deberá asegurarse uno de que el diastema no sea una etapa de desarrollo transitoria, debido a las maniobras de los caninos e incisivos laterales compitiendo por el espacio al hacer erupción el hueso alveolar. Si existe alguna duda, se deberá esperar hasta que los caninos permanentes hayan hecho erupción antes de cortar el frenillo.

PROTESIS. - Dentro de la cirugía preprotética se encuentra la ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis, éste es un punto de vista ideal para colocar una prótesis.

Se ha aconsejado un gran número de procedimientos quirúrgicos correctivos para lograr los requisitos para un buen ajuste de la prótesis.

Los principios básicos de la cirugía plástica bucal son, el manejo delicado de los tejidos, preservación del aporte sanguíneo y -

prevención de la infección; son especialmente aplicables a este tipo de cirugía.

Los procedimientos correctivos necesarios para preparar el reborde desdentado para una prótesis, puede dividirse en dos grupos básicos en relación con el momento en que se opera, las preparaciones iniciales, y preparaciones secundarias.

En el grupo de las preparaciones iniciales se subdivide aun más, en preparaciones que corrija el tejido blando y deformaciones del tejido duro, y en la primera se incluyen procedimientos para eliminar frenillos, cicatrices, e inserciones musculares altas.

Muchas veces es necesario profundizar surcos y seccionar frenillos altos, todo lo que impida una buena extensión de la base necesaria principalmente en los casos de carga por vía mucosa.

De la misma manera está indicada la frenillectomía anterior en los casos de colocación de encías artificiales en esa zona.

La corrección se inicia con una incisión transversal a través de la inserción, y disección supraperióstica de la misma, seguida por desplazamiento hacia abajo y sutura del músculo al periostio

con Dexon número 3-0 (material de sutura poliglicólico) en la nueva posición. Se obtiene estabilización adicional extendiendo en exceso la periferia de la dentadura postiza con compuesto dental, y pasta para impresiones de gámperecha u duido de cinc para asegurar la inserción en esta nueva posición.

Si existen tres o más inserciones musculares altas o frenillos, habrá de pensarse en realizar una vestibuloplastia submucósica en el maxilar superior o vestibuloplastia con injerto cutáneo en el maxilar inferior.

Otros métodos correctivos útiles incluyen plastia en forma de Z, plastia en V-Y para alargar tejido, plastia en Y-V para acortar el tejido, y excisión del diamante cruzado de frenillo.

Dentro de las vestibuloplastias se nombrarán las indicaciones para los procedimientos para el maxilar superior y el maxilar inferior.

PROCEDIMIENTOS PARA MAXILARES SUPERIORES.

Vestibuloplastia submucósica.- Se aconseja para pacientes con pequeño reborde clínico y mucosa sana sobre el mismo sin fibro---

sis submucósico, hiperplasia, ni cicatrización excesiva. Una prueba útil para determinar si existe suficiente mucosa que apoye la extensión del surco es empujar un espejo bucal superiormente en el surco labial. Si el labio superior se invierte o se lleva hacia arriba fuertemente, existe mucosa insuficiente para realizar este tipo de vestibuloplastia.

La vestibuloplastia en la submucosa deberá llevarse a cabo de preferencia, en la sala de operaciones con el paciente bajo anestesia general.

Vestibuloplastia de epitelización secundaria o con injerto de mucosa bucal.- Es el procedimiento de elección en pacientes con cicatrización excesiva o épulis de fisura en el surco, o que poseen cubierta de mucosa de buena calidad disponible, pero sin altura suficiente.

La vestibuloplastia de epitelización secundaria requiere disección supraperiódica de la mucosa para formar un colgajo y su reposición hacia arriba suturando el colgajo en posición alta al periostio. Se permite que el periostio expuesto granule y reepitelice sin beneficiarse con recubrimiento de una dentadura postiza.

PROCEDIMIENTOS PARA EL MAXILAR INFERIOR.

Vestibuloplastia con injerto de mucosa bucal. - En pacientes gravemente traumatizados o con lesiones por ablación en quienes el surco ha desaparecido totalmente debido a cicatrización o a procedimientos reconstructivos con injertos óseos.

En pacientes con surco obliterado por altas inserciones musculares, extensa cicatrización local, extensa atrofia ósea del maxilar inferior con los nervios mentonianos emergidos en la cresta del reborde o con extensión del surco normal de continuo a continuo, resultando de pérdida dental prematura causada por enfermedades periodontales.

Vestibuloplastia con injerto de piel bucal y descenso completo del piso de la boca. - Dentro de las indicaciones incluyen maxilar inferior atrófico pero no demasiado delgado, frenillo e inserciones milohioides altas, cubiertos por mucosa no queratinizada, delgada, atrófica y móvil. Además, el suelo de la boca sobresale hacia arriba para desplazar la aleta lingual de la dentadura. El paciente típico es aquél con la boca ulcerada a causa de la dentadura postiza, y con antecedentes de incapacidad de mover o retener una dentadura postiza inferior total, en situaciones de tensión funcional.

PARODONCIA. - Dentro de esta rama no se indica la intervención del frenillo directamente sino al contrario, se realizan cirugías mucogingivales, las cuales son mucho muy diferentes a la cirugía del frenillo y a la profundización del vestíbulo; pero sí se corrigen las anomalías de las inserciones.

Hay que hacer un buen diagnóstico para indicar correctamente la intervención quirúrgica, ya sea la profundización de vestíbulo, la frenillectomía o la cirugía mucogingival.

La cirugía mucogingival se realiza como complemento de los procedimientos corrientes de eliminación de las bolsas con las siguientes finalidades:

- 1.- Para reubicar la inserción del frenillo y las inserciones musculares que invaden las bolsas periodontales y las traccionan, separándolas de las superficies dentarias. La tensión que ejercen esas inserciones son:
 - a.- Distienden el surco gingival y favorece la acumulación de irritantes que conducen a la gingivitis y formación de bolsas.

b.- Agrava el proceso de las lesiones periodontales y produce su recidivo después del tratamiento.

Este problema es más común en la cara vestibular, pero a veces se presenta en la cara lingual.

2.- Para profundizar el vestibulo bucal es crear espacio para una zona ensanchada de encía insertada o para la reubicación del frenillo. Asimismo, el vestibulo profundizado proporciona espacio para la excursión sin trabas de los alimentos y aminora la retención de alimentos en el margen gingival, también puede facilitar un mejor cepillado dentario.

IV. - FUNDAMENTOS BASICOS DE LA CIRUGIA BUCAL.

INCISION. - El empleo eficiente del bisturí requiere el conocimiento básico de los puntos de apoyo convenientes que el cirujano bucal ya conoce por la instrucción que recibió acerca de los instrumentos.

El bisturí se toma con firmeza, pero sin tensión, cualquiera que sea la forma en que se use, no debe asirse rígidamente de manera que haga temblar la mano, o que pueda influir en el movimiento necesario para lograr una incisión limpia y atraumática.

El tomar el bisturí en forma de pluma fuente (el mango del bisturí se toma entre el pulgar y los dos primeros dedos), que es el elegido para los cortes delicados y pequeños que se requieren en la cirugía intrabucal.

La manera de tomar el bisturí es cuestión de preferencia individual. Es más importante emplear una técnica atraumática para la incisión y la escisión para que el bisturí afilado pueda utilizarse con eficiencia y seguridad. Es más seguro emplear un punto de apoyo durante la incisión para que el bisturí pueda tomarse -

con los dedos que descansan sobre hueso o sobre un diente adyacente a la línea de incisión.

Es indispensable la completa visualización de la región que se va a cortar.

Las incisiones intrabucales que abarcan la reflexión del mucoperiostio, para descubrir el hueso son incisiones directas en línea recta o curvilíneas, que siguen la distancia más corta a través de los tejidos. Sin embargo, donde el hueso subyacente puede estar lejos del sitio de la incisión, por ejemplo, en paladar blando, lengua, carrillos, labios y piso de la boca, la incisión no es necesariamente directa. En estos casos, se hace solamente a través de la mucosa.

Después se combina la disección roma con sección por bisturí o tijeras para que los tejidos importantes no se sacrifiquen inútilmente. Esta disección puede efectuarse con instrumentos romos y las capas tisulares se separan desgarrándolas. Se utilizan pinzas hemostáticas, tijeras romas, mango de bisturí o el dedo del cirujano enguantado.

La exposición de las capas tisulares cortándolas con las tijeras -

o con el bisturí es menos traumática que la disección. Sin embargo, esto requiere conocimientos anatómicos más precisos.

El corte es necesario solamente para descubrir la línea de despegamiento. Se corta esta capa y se disecciona hasta encontrar la siguiente capa. Así se llega ordenada y atraumáticamente a la región patológica.

MATERIALES DE SUTURA. - Actualmente se prefieren los materiales de sutura inabsorbibles para piel y mucosa. Sin embargo, se utilizan todavía los materiales absorbibles para las capas no superficiales.

De los materiales absorbibles, el catgut es el más usado.

En realidad, el nombre de catgut es inadecuado, pues este material se hace de la capa serosa del intestino de borrego. Se fabrica simple y crómico, en muy diversos calibres.

De los materiales inabsorbibles, la seda negra se emplea con mayor frecuencia. Tiene fuerza de tensión adecuada, produce reacción tisular mínima, se ve con facilidad y se quita rápidamente. El tamaño 4-0 es muy usado en cirugía bucal y es barato.

si se compra en carretos. El hilo de algodón común para coser número 40, tiene muchas de las ventajas de la seda y es aún -- más barato.

Las suturas atraumáticas, absorbibles e inabsorbibles, se venden en ampollitas cerradas que contienen un líquido esterilizador. Este tipo contiene una aguja fina de medio círculo o de tres octavos de círculo en uno de sus extremos.

APOSITOS QUIRURGICOS. - El fin primario del apósito es mantener el campo quirúrgico libre de infección. En segundo lugar, los apósitos sostienen la incisión, la protegen del trauma y absorben el exudado. Dentro de la boca, los apósitos tienen otras finalidades. Se utilizan como drenaje o como vehículo para llevar medicamentos, calmantes, etc., al sitio operado.

Se prefieren las tiras de gasa estéril de 1 a 2 cms. de ancho. Esta gasa puede ser simple o yodoformada. La gasa yodoformada es antiséptica, pero tiene olor medicinal fuerte y persistente.

Cuando se utiliza como drenaje, la tira de gasa puede suturarse con petrolato, lo que facilita quitarla.

Todos conocen la tendencia a la curación rápida y completa de la mucosa bucal. Por esta razón, las lesiones menores como mordeduras, quemaduras y cirugías limitadas, curarán sin tratamiento en una boca limpia.

Las laceraciones grandes y colgajos quirúrgicos requieren colocación adecuada y aproximación, suturando o fijando de alguna manera los tejidos dañados. Las áreas desnudas dentro de la boca son extremadamente dolorosas hasta haberse producido granulación y recubrimiento al curar. Durante este período de curación corto, pero doloroso, el apósito intrabucal puede ser beneficioso. Estos apósitos tienen gran uso en la cirugía postperiodontal, en que el área desnuda se cubre no sólo para aliviar el dolor postoperatorio, sino también para controlar el contorno gingival adecuado.

Muchos apósitos intrabucales combinan un medicamento con otras sustancias que producen fraguado de tipo cemento. La medicación generalmente es un calmante para aliviar localmente el dolor.

El cemento frecuentemente comprende combinaciones de óxido de cinc, resinas en polvo y gomas mezcladas con ácido tánico.

Los barnices tópicos que forman una película protectora sobre las áreas dañadas también son útiles para aliviar el dolor y retener los coágulos de sangre. A este efecto existen muchos barnices tópicos. Algunos emplean éter y colodión; otros usan celo-fón, tefón y los cementos impermeables de policarboxilato.

En general, es difícil mantener cualquier apósito cómodamente dentro de la boca húmeda durante cualquier período prolongado. Sin embargo, puesto que el epitelio bucal se regenera tan rápidamente en una boca lesionada, tan sólo unas horas con apósito tópico pueden hacer soportar al paciente el período más doloroso y también proporcionar protección para que continúe la curación de la herida en la que ya se está formando tejido de granulación.

La cirugía del frenillo consiste en la incisión y reposición del frenillo produciendo una barrera de tejido cicatricial que evite reinsertión.

El objetivo principal de la mayoría de los procedimientos vestibulo-plásticos es establecer una zona de tejido gingival adherido. Al mismo tiempo puede estar indicado para profundizar el surco vestibular, reposicionamiento de músculos y/o frenillos.

V. - TÉCNICAS DE LA INTERVENCIÓN.

PRINCIPALES INDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN.

- 1.- Alivio del margen gingival de la tracción del frenillo.
- 2.- La tensión o estiramiento del labio, causa de que se forme una boca o bien, una entrada en la bolsa y ahí queden acumulados residuos alimenticios.
- 3.- Cuando el frenillo está tenso y torna imposible el cepillado correcto.
- 4.- Cuando se practica una gingivectomía a veces es necesario la frenillectomía.
- 5.- Y en general, en todas las aberraciones del frenillo.

La opinión correcta para el cirujano es que el frenillo en los niños debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes.

En este capítulo definiremos paso por paso cada una de las técnicas para realizar la frenillectomía para el entendimiento del cirujano dentista.

LINGUAL.

- 1.- Se anestesia con la técnica local infiltrativa.
- 2.- Se hace una incisión horizontal a través del frenillo manteniendo la lengua hacia arriba para estirarlo.
- 3.- Para sostener la lengua hacia arriba podemos colocar unos puntos de sutura en la punta de la lengua, sin cortar la seda y se procede a estirarla por medio del hilo de seda. Esto facilita al cirujano, puesto que tiene de dónde sostener la lengua.
- 4.- Se socavan suavemente los márgenes de la herida con tijeras curvas y se transforma en herida vertical.
- 5.- Y finalmente, suturándola de izquierda a derecha con puntos aislados.

Otro método más sencillo para el frenillo lingual consiste en:

- 1.- Anestesiarse la zona con la técnica local infiltrativa, si queremos reforzar la anestesia colocamos puntos de anestésico en la rama lingual.
- 2.- Aplicar un hemostato pequeño y de punta recta sobre el - - -

frenillo, exactamente bajo la superficie de la lengua.

- 3.- Colocamos otro hemostato, pero esta vez curvo, cerca de la unión al piso de la boca, cuidando de no pinchar con el hemostato los conductos y carínculas salivales.
- 4.- Se hace la excisión de la sección triangular entre los dos hemostatos con tijeras.
- 5.- Se socavan los márgenes de la herida con las tijeras.
- 6.- Se cierra la incisión con los puntos de sutura interrumpidos.

LABIAL.

FEDERSPIEL, (1933).

- 1.- Previa anestesia local infiltrativa.
- 2.- Se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo.
- 3.- Con un bisturí de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en forma de abanico, a derecha e izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso.

Federspiel no secciona la extremidad alveolar, la cual escari

fica con galvanocauterio.

- 4.- Se toma con unas pinzas de Kocher o con unas pinzas de disección la porción del frenillo circunscrito por la incisión.
- 5.- Se despega el tejido a resecarse por medio de una legra o espátula roma.
- 6.- Finalmente, los bordes de la incisión se suturan con dos o tres puntos aislados.

L'HIRONDEL Y ARANOWICS. (1935).

- 1.- Se anestesia con técnica local infiltrativa.
- 2.- Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, que adquiere así una forma triangular a base superior y vértice inferior, siendo el cateto mayor la inserción del frenillo en el hueso y la hipotenusa su borde mucoso.
- 3.- Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura, el corte del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.
- 4.- Se reseca a bisturí el cordón fibroso del frenillo y se lo extirpa.

5.- Se cauteriza con galvano la base de la incisión.

6.- Se sutura con hilo o seda, tres o cuatro puntos que reúnen los labios de la herida.

Es conveniente en éste, como en otros métodos para esta operación, despegar la base de la encía a los costados de la incisión - (por medio de una espátula de Freer) con el objeto de permitir - que puedan afrontarse los labios de la herida y la sutura no provoque tensión; por otra parte, con el tejido gingival despegado, - se puede pasar la aguja con mayor facilidad.

WASSMUND, (1935).

Wassmund tiene dos operaciones para la resección del frenillo y tratamiento del diastema.

Operación I.- Despegamiento plástico del frenillo.

1.- Se practica una incisión a ambos lados del frenillo a modo - que los extremos inferiores de las incisiones se junten por - debajo del vértice del frenillo.

Las capas mucosa y submucosa así incididas son separadas - del periostio subyacente por seccionamiento en plano de la -

submucosa, de manera de dejar una parte de este tejido reposando sobre el periostio, queda más grueso y permite regular las maniobras posteriores.

- 2.- Se adapta el colgajo triangular obtenido, de manera que el frenillo no actúe.
- 3.- Se fija en ese sitio por sutura con seda y el periostio con catgut, previa excavación de las partes laterales de la incisión.

Operación II.- El tratamiento óseo, según Wassmund. Este autor propone una osteotomía interincisiva para corregir el distema. La operación se realiza de la siguiente manera:

Después de la operación I se procede a:

- 1.- Se incide el periostio y la delgada capa de submucosa en la línea media y se separan estos elementos del hueso.
- 2.- Se realiza la osteotomía, la cual con una fresa redonda número 3, se practican pequeños orificios que circunscriben el hueso a resecarse. Esta porción ósea se elimina con un golpe de escoplo filoso.

- 3.- Se vuelve el periostio a su sitio.
- 4.- Se sutura con puntos aislados.
- 5.- Se puede colocar un trozo de gasa yodoformada o xeroformada para que proteja el periostio que queda al descubierto, ya que la mucosa y submucosa fueron elevadas para anular la acción del frenillo.

MEAD.

- 1.- Se traza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso.
- 2.- Se separa el frenillo de su inserción ósea con una espátula (de Freer) o con una legra.
- 3.- Disecando el frenillo se secciona en su límite superior.
- 4.- Los labios de la herida son reunidos con sutura, el límite superior con una sutura en "tres direcciones".

Para evitar un exceso de hemorragia y disminuir el dolor se procede a:

- 1.- Se pinza el frenillo con pinzas hemostáticas.

- 2.- Se coloca la tijera (de Goldman Fox curva) descansando en la superficie correspondiente a la encía.
- 3.- Se realiza el corte de 1 a 1.5 cms. tratando de que sea de un solo corte (también se puede cortar con bisturí, pero con tijeras es más nítido el corte).
- 4.- La herida es en forma de rombo, un triángulo hacia la encía y otro hacia el labio.
- 5.- Se sutura la parte del triángulo del lado de la encía, se coloca apósito quirúrgico del lado del triángulo correspondiente al labio. El material que se usa para colocar el apósito quirúrgico es el wondr pak.

ROBINSON O FENESTRACION PERIOSTICA.

- 1.- Se anestesia con puntos locales técnica infiltrativa a nivel de los caninos.
- 2.- Con bisturí hacer una incisión horizontal de un solo intento y firme hasta llegar a hueso.
- 3.- Con una cureta pesada (CK6) se realiza una canaladura en el hueso (fenestración perióstica), esta fenestración debe ser

más apical que la incisión primaria, esto es para que a esa altura se establezca la cicatrización.

4.- Se controla la hemorragia.

5.- No se utiliza sutura sino apósito quirúrgico (wondr pak).

ROBINSON CON COMBINACION DEL VESTIBULO.

Debe hacerse con profundización de encía insertada, ya que es muy corto el frenillo.

1.- Se anestesia en base del frenillo con la técnica local infiltrativa.

2.- Se hace la incisión a la altura del fondo de saco en forma horizontal de un solo intento tratando de llegar a hueso.

3.- Se realiza la fenestración perióstica de 4 a 5 mm.

4.- Se controla la hemorragia con el fin de obtener una mejor adherencia del apósito quirúrgico.

5.- Se coloca apósito quirúrgico a nivel del fondo de saco, para que ahí se establezca la cicatrización.

RIES CENTENO.

Levantamiento o descenso de la inserción del frenillo.

Se propuso una operación con el fin de modificar la inserción del frenillo labial superior o inferior sin necesidad de su exéresis. Este tratamiento quirúrgico es de una sencillez extrema y se puede aplicar tanto a las bridas laterales como al frenillo labial. Suponiendo el caso de un desdentado total con su frenillo insertado sobre la arcada alveolar que se opone a la retención de la prótesis total.

Los pasos de esta técnica son:

- 1.- Se practican dos incisiones paralelas, trazadas a cada lado del frenillo que lleguen en profundidad hasta el hueso, su límite inferior está dado por el vértice del frenillo.
- 2.- Se realiza otra incisión perpendicular a las dos primeras, completa al colgajo.
- 3.- Desprendiendo el colgajo en el cual se encuentra el frenillo, se ubica donde no sea un obstáculo para la prótesis.

4.- Se sutura con dos puntos aislados de cada lado.

Queda una porción de periostio al descubierto, el cual se cubre prontamente con tejido de granulación.

5.- El periostio descubierto puede protegerse temporariamente, con un trozo de gasa yodoformada que se sujeta con dos puntos de sutura. (La protección del periostio no es muy indispensable).

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO.

Dentro de la profundización del vestibulo para el maxilar superior se encuentra:

VESTIBULOPLASTIA SUBMUCOSICA.

- 1.- Los tejidos submucósicos se distienden con solución de anestésico local, usando solución de adrenalina al 1:100 000 para -- lograr hemostasia y facilitar la disección.
- 2.- Se hace una incisión vertical en la línea media, de la espina nasal a la papila incisiva.
- 3.- A partir de esta incisión, se procede a disecar la submucosa

distalmente a cada lado, separando los tejidos hasta abajo, - hasta la cresta del rebordo y hacia arriba hasta restaurar - una buena altura vestibular.

- 4.- Si no puede manejarse a ciegas el borde anteroinferior del molar en este nivel, puede hacerse otra incisión en el pliegue mucobucal en la raíz del molar permitiendo terminar la disección posteriormente hacia la región de la tuberosidad.
- 5.- La siguiente disección libera el tejido conectivo submucósico del periostio. Esto se hace estableciendo un plano suprapérióstico y se logra mejor con tijeras curvas. Los tejidos liberados pueden entonces ya sea volver a colocarse superiormente para rellenar un defecto en la fosa del canino o researse.
- 6.- La espina nasal anterior, si es prominente o si interfiere en el asentamiento de la dentadura postisa, se interviene con la misma incisión vertical y se reseca con un osteótomo.
- 7.- Las incisiones se cierran con Dexon número 3-0.
- 8.- La periferia de la dentadura del paciente se extiende con com puesto dental hasta la nueva altura vestibular.

- 9.- Se drena el exceso de sangre en el tñnel para evitar la formación de un hematoma.
- 10.- La férula se fija al maxilar superior con alambres perialveolares o suturas de nylon.
- 11.- El soporte se retira una semana después.

VESTIBULOPLASTIA DE EPITELIZACION SECUNDARIA O DE -- INJERTO DE MUCOSA BUCAL.

Esto es generalmente una operación con anestesia general en la sala de operaciones del hospital, aunque naturalmente puede hacerse un injerto localizado y de corta duración en el consultorio.

- 1.- La preparación del lecho recipiente comprende infiltración de la submucosa con lidocaína al 2% y solución de adrenalina al 1:100 000, para distender los tejidos, proporcionar hemostasia y facilitar la disección.
- 2.- Se hace la incisión a través de la mucosa en la unión de la mucosa adherida con la libre, de un cojín malar al otro.
- 3.- Se desarrolla un colgajo supraperiostico por disección cortante.

- 4.- Se lleva el colgajo hacia arriba y hacia afuera de la fosa ca-
vina a la región del nervio suborbitario. En posición ante-
rior en la línea media, la disección llega a la abertura piri-
forme, sin perforar la mucosa nasal.
- 5.- Si la espina nasal anterior es muy prominente, se elimina -
como mencionábamos anteriormente.
- 6.- El margen del colgajo liberado se sutura por arriba al pe-
riostio con Dexon número 4-0 para delinear la nueva altura -
vestibular.

El procedimiento para obtener el injerto de mucosa donador es -
el siguiente:

- 1.- Se mide el tamaño de la mucosa donadora sobre el lugar re-
cipiente, usando hoja de estaño esterilizada.
- 2.- La hoja se adapta al paladar, previamente inyectado con lido-
caína al 2% y adrenalina al 1:100 000 para lograr hemostasia.
- 3.- Se corta el contorno del injerto hacia la submucosa, pero so-
bre el periostio.
- 4.- La disección submucósica se inicia movilizand una extremi-

dad del injerto con un bisturí y manteniéndolo bajo tensión - con un gancho.

- 5.- Ya modelando muy bien el injerto, se procede rápidamente a extraer mucosa, usando bisturíes periodontales y tijeras de estrabismo.
 - 6.- Se corta el injerto en su base y se conserva en una compresa humedecida con solución salina fisiológica.
 - 7.- La hemostasia del lecho vascular es la primera consideración a tomar después de extraer mucosa donante, ya que el paladar contiene muchos vasos. Esto se logra con electrocauterización y suturas, según sea indicado.
 - 8.- Se prueba el ajuste de una tablilla palatina preparada anteriormente o de una dentadura artificial con periferia extendida.
 - 9.- Después de probar y medir el injerto para cubrir el lecho - recipiente, especialmente en la altura del surco extendido se recorta y se fija al periostio con Dermalón número 6-0 cuando se haya logrado meticulosamente la hemostasia. (Kruger).
- Esta parte de la operación es la más tardada y delicada.

10.- Si el lecho receptor presenta tendencias a contraerse, se colocan puntos de colchonero horizontales en la parte media del injerto para mantenerlo en su lugar.

11.- El injerto se cubre después con una férula acrílica revestida de compuesto dental y gutapercha, y se fija el maxilar superior con alambres perialveolares o suturas de nylon.

Con este procedimiento se producen a veces áreas de necrosis localizadas, debidas a presión excesiva sobre el injerto. A menos de poder lograr alivio apropiado en el soporte, se recomienda suturar el injerto y cubrirlo con cianocrilato isobutílico.

Dentro de los procedimientos plásticos para el maxilar inferior se definirán los pasos de las técnicas.

VESTIBULOPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL.

El procedimiento es igual al del injerto de mucosa del maxilar superior, excepto en la manera de tratar el surco lingual que expondremos detalladamente dentro de la vestibuloplastia con injerto de piel bucal.

El uso de férula en esta técnica es muy hábil para el éxito de la operación.

Se usa una férula palatina completa de acrílico para cubrir el lugar donador en el paladar. Para el maxilar inferior, de modo especial el parcialmente desdentado, se usa una férula sobreextendida con relieve sobre el nervio mentoniano.

La férula se usa para tomar una impresión compuesta del vestíbulo extendido y se alivia para acomodar un revestimiento de gutaforma.

Se sutura el injerto en su lugar al igual que en el procedimiento para maxilar superior, se inserta la férula sobre el injerto y se inmoviliza con puntos de sutura con Mersilene o Tevdek número 2-0 colocados circunferencialmente alrededor del hueso y férula.

Esto reduce al mínimo la necrosis por presión de injerto, producida por exceso de presión de la ligadura circular.

VESTIBULOPLASTIA CON INJERTO DE PIEL BUCAL Y DESCENSO COMPLETO DEL PISO DE LA BOCA.

Con esta cirugía, más que con ninguna otra de las que se expo-

tem, es obligatorio seleccionar el caso y observar respecto a las secuelas probables. Deberán explicarse a fondo y con entonación las secuelas de hiperestesia, parestesia o anestesia del nervio mentoniano, unidas a disfagia grave y dolor al deglutir que se asocia a operaciones realizadas en el piso de la boca.

Debe entenderse la necesidad de llevar una férula fijada al maxilar inferior durante una semana. El lugar donador deberá requerir cuidado especial hasta que caiga el apósito de gasa de malla fina, tres a cinco semanas después de la cirugía y que la piel nueva cubra el sitio donador.

Hablando directamente de la técnica, la operación comprende los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTO PARA PIEL DONADORA.

- 1.- Se prepara el área de la parte externa del muslo y se colocan los lienzos de campo.
- 2.- Se obtiene una porción de piel de 4 x 10 cms., laminado de 0.49 a 0.625 cms. con un dermatomo Brown o Pagett.
- 3.- Se conserva la piel, hasta necesitarla en gasa de malla fina.

inmediata con solución salina fisiológica.

- 4.- En el sitio donador se coloca inmediatamente un apósito de gasa de malla fina y se cubre con un apósito de presión temporal durante el resto de la operación. Se reducirá al mínimo el cuidado postoperatorio del sitio donador al exponerse éste a una lámpara de calor seco en el período postoperatorio inmediato.

Esto dará por resultado un sitio de donador seco, con pérdida de apósito a las dos o tres semanas al producirse reepitelización bajo éste.

PROCEDIMIENTO EN EL PISO DE LA BOCA.

- 1.- Se infiltra lidocaina al 2% con adrenalina al 1:100 000 inmediatamente por debajo de la mucosa lingual hasta el maxilar inferior para hinchar el tejido y lograr vasoconstricción.
- 2.- Se hace una incisión en la mucosa exactamente por dentro de la cresta del reborde de un cojín retromolar a otro.
- 3.- Se retrae vigorosamente la lengua hacia afuera con un hisopo para poner en tensión el músculo milohioideo. Esto facilita

la disección. Alternando disección cortante y roma puede hacerse probar las fibras musculares en la disección.

- 4.- Se pasan pinzas de homoclasia Kelly curvas bajo el músculo, que se corta con tijeras cerca del maxilar inferior sin lastimar el periostio ni el nervio lingual en la porción posterior de la incisión.
- 5.- La disección restante de la pared faríngea externa a la inserción del geniogloso es roma, se hace con el dedo enguantado. Se realiza disección similar en el otro lado, en ángulo con el área de la sínfisis. En la línea media se seccionan las fibras externas y superiores del músculo geniogloso pero el fascículo muscular inferior se deja intacto para sostener la lengua.
- 6.- El periostio sobre la apófisis geni se corta verticalmente y se identifican las inserciones musculares.
- 7.- Se anuda un calgut crómico número 2-0 al fascículo que servirá como sutura de tracción.
- 8.- El fascículo se corta desde la inserción. Las apófisis geni se reducen con mazo y osteótomo.
- 9.- El periostio se cierra con material de sutura crómico.

- 10.- Cuando el injerto de piel que está pegado a la férula, se intervin más tarde, se coloca un punto de sutura circular con Tevdek número 3-0 en la línea media para que sostenga la férula.
- 11.- La sutura de tracción con material crómico se anuda por debajo de un nudo colocado en la sutura circular, permitiendo así que el fascículo se desplace hacia abajo y que después se mantenga en su lugar al anudar la sutura circular sobre la férula.

PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL REBORDE E INJERTO DE PIEL.

- 1.- El lado externo de la mucosa del maxilar inferior, se infiltra con lidocaína para distender este tejido y proporcionar hemostasis.
- 2.- Se hace una incisión superficial en la mucosa de un cojín retromolar al otro, exactamente por fuera de la cresta del reborde.
- 3.- Se hacen posteriormente dos incisiones externas relajantes. A través de estas incisiones se desarrolla un colgajo suprape

ridad hacia arriba y hacia abajo, dirigiéndose poco antes de la línea oblicua externa.

4.- La disección en la región del nervio mentoniano es meticulosa para identificar y diseccionar estos importantes nervios. Si se necesita hacer descender el agujero (lo que es determinado por la presencia del agujero en la cresta del reborde) para eliminar la presión sobre el nervio que podría esperarse bajo el injerto de piel, entonces se retrae el nervio con un gancho roma, mientras se hace descender el agujero perforando en el hueso con fresa redonda número 6.

5.- El surco anterior entre los agujeros mentonianos se disecciona hacia los lados y hacia abajo, lo suficiente para cercenar parte de los músculos cenio y del mentón, pero no su totalidad. Si estos músculos se cercenan completamente, el paciente mostraría después, labio inferior de aspecto flácido.

Se lleva el mismo procedimiento en el otro lado del maxilar inferior.

TECNICA DE SUTURA ESPECIAL.

Los bordes liberulados de la mucosa obtenidos por medio de las

disecciones de colgajo lingual y bucal, necesitan volver a colocarse y estabilizarse en su posición más inferior.

- 1.- Esto se lleva a cabo con ocho puntos de sutura con Marsille-ne o Teudek número 2-0, cuidadosamente colocados en cabezavillo bajo el maxilar inferior.
- 2.- Se pasan ocho puntos (cuatro a cada lado de la línea media con el primero a 1 cm. de ésta), cerca del fascículo genio-glósico a través de la mucosa del colgajo lingual y se sujetan con pinzas de hemostasia.
- 3.- Empezando del lado externo hacia la línea media, se pasa una lezna desde la piel que queda bajo el maxilar inferior hacia el piso de la boca; se enliebran ambos cabos del punto de sutura en el ojo de la lezna que se lleva al borde inferior del maxilar inferior, entonces se pasa bucalmente al vestíbulo donde se quita un cabo del ojo de la lezna.
- 4.- El cabo restante se pasa entonces, a través de la mucosa del colgajo bucal con la lezna y se saca del ojo de ésta, que se quita. Esto termina la colocación de una sutura en hama-ca simple. El material de sutura se vuelve a sujetar con pinzas de hemostasia. Se usan leznas separadas y se aplican y sujetan los puntos restantes.

5.- Se suelda sobre un punto que se quedará este tirando de él hacia afuera, con cada soga número 3-0 colocada en forma de lazada en el surco lingual y cubriendo bajo todas las puntas en hamaca. Esto facilitará quitarlos a los siete días.

Esta etapa puede omitirse si se usa material reabsorbible Dexon número 2 en vez de Marsilene o Teudek número 2.

6.- Los puntos en hamaca se someten a tensión alternando la tracción en cada cabo del material de sutura. Se tiran los tejidos bucal y lingual hacia abajo, bajo el maxilar inferior, profundizando así los vestíbulos bucal y lingual.

7.- Entonces se eliminan con tijeras tejido fibroso excesivo, inserciones musculares y tejido cicatrizado gingival, teniendo cuidado de no perforar el periostio.

IMPRESION DEL SITIO RECIPIENTE.

1.- La bandija acrílica transparente se lleva con compuesto dental rojo y blando, y se toma una impresión del reborde extendido, manteniendo corta la aleta lingual, puesto que no se colocará injerto de piel en esta área socavada.

2.- Se desprende el compuesto con cuidado, se recorta y se fla-

mos hasta que el ajuste sea satisfactorio y se refina más revisando la impresión con guías firmes de bajo punto de fusión.

- 3.- En la impresión se aplica algún adhesivo para piel (como magique de caucho o un compuesto que contenga partes iguales de cemento para dermátomo y éter) y se deja que seque durante un minuto cuando menos.
- 4.- La piel se coloca entonces en la férula (el lado epitelial contra el adhesivo) y con masaje se coloca en su lugar con aplicadores de punta de algodón humedecidos. Se recorta el --- exceso de piel en la periferia.

PREPARACION FINAL DEL LECHO RECEPTOR.

- 1.- Mientras el cirujano coloca la piel en la férula, un asistente obtiene hemostasia cuidadosamente del lecho gracias a la electrocauterización de los vasos sangrantes, presión y aplicación de agua helada.
- 2.- Cuando la hemostasia es satisfactoria, la férula que contiene la piel, se coloca sobre el sitio receptor y se mantiene con dos puntos de sutura circulares con Marsilene o Tevdek número 2-0 (una anterior y la otra posterior al agujero mento

nimo) cuidados circulatorios sobre la férula.

3. - Esto termina el procedimiento, excepto por un apósito superficial sobre las heridas provocadas en la piel por la lesión.

VI. - CUIDADOS DEL PACIENTE.

1. - PREOPERATORIO.

Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en ésta una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención.

Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas indicaciones, aunque, indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicadas para la cirugía general.

Esta preparación previa es la que en cirugía se llama preoperatorio, definido como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y, en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Partimos de la base de que el paciente de nuestra especialidad tiene un estado general normal, y aunque no sea un hombre sano

desde la absoluta concepción del término, su local o afección local no termina con conclusión.

En caso de tratarse de un paciente con su estado general perturbado por alguna afección general, o como complicación de su enfermedad bucal, debe ser tratado previamente por su internista por un periodo en las condiciones que necesite. Tal tratamiento escapa a nuestros propósitos.

Sólo nos dedicaremos a señalar las medidas preoperatorias indispensables a todo acto quirúrgico bucal, que son, por otra parte, extremadamente simples.

Estas medidas preoperatorias pueden clasificarse en generales, que son las que se refieren al organismo total, y locales, las que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención.

La antibióticoterapia, como medida preventiva, antes del tratamiento quirúrgico, es una útil medida precautoria que se emplea en la actualidad.

Las medidas generales son:

- a).- Examen de orina.
- b).- Tiempo de coagulación y sangría.
- c).- Exploración y estudio del aparato respiratorio.
- d).- Exploración y estudio del aparato cardiovascular.
- e).- Exploración y estudio del aparato digestivo.
- f).- Exploración y estudio del sistema nervioso.

Las consideraciones sobre las posibles alteraciones de la hemostasis se obtienen por medio del estudio clínico del paciente.

Por lo general, quien ha tenido inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores nos pondrá sobre aviso; pero si así no fuere, al efectuar la historia clínica podemos averiguar los antecedentes sobre el particular y en caso de existencia de anteriores sucesos se profundizará el examen en la medida conveniente.

Se investigan otros posibles antecedentes hemorrágicos: gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de sangre ante traumatismos aun leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias, se valorará su intensidad

momento de producción y terapéutica empleada para combatirlos. Solo en ciertas ocasiones se llegará a la conclusión de estar frente a una diatesis hemorrágica, (hemofilia, púrpura trombocitopénica o vasculares) o a una enfermedad hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia); todos estos estados llevarán a solicitar la consulta médica para profundizar el estudio clínico y para poder contar con un examen completo de hemostasis.

Exámenes parciales, y sobre todo, las pruebas más comunes, pueden ocultar estados hemorrágicos graves. De acuerdo con el resultado se resolverá sobre la oportunidad del tratamiento.

Pero como se ha dicho, la mayor parte de los casos de este tipo no serán graves y una minuciosa técnica quirúrgica y los apropiados recursos hemostáticos locales serán suficientes.

TRATAMIENTO DE LA DIATESIS HEMORRAGICA. - En principio se puede decir, que de considerar que las maniobras hemostáticas locales no sean suficientes, lo cual no ocurre en la mayoría de los casos, debemos recurrir a la terapia general.

consistirá en la reposición del factor en defecto, por medio de transfusiones de sangre total o de la parte de ella que sea necesaria.

Para la hemostasis local efectiva contamos con elementos mecánicos: la sutura y la presión, ambas efectivas; con elementos químicos, sustancias estípticas y hemostáticas orgánicas, tales como la trombina y la tromboplastina; ésta última, provendrá de tejidos que la poseen en gran grado de concentración, principalmente la placenta humana y el cerebro de conejo.

La leche de mujer, pura o desecada, también tiene poderoso efecto, así como ciertos venenos de víboras.

Con relación a la hemostasia, es de vital importancia la determinación de los tiempos de protrombina o coagulación del plasma, de sangrado y de retracción del coágulo; para las personas que no tienen estados hemorrágicos son: tiempo de coagulación entre 4 y 7 minutos, con un promedio de 5.25 minutos; para el tiempo de sangrado se toma como cifra normal entre 1 a 3 minutos; en cuanto a la retracción del coágulo, es perceptible después de la primera hora, notable a las 18 horas y total a las 24 horas.

Como dato complementario, se puede practicar la prueba de la fragilidad capilar.

La alteración de estas constantes es indicio de un estado hemorrágico anormal y es conveniente investigar la causa de éste y tratar de normalizar el desequilibrio.

Para normalizar el desequilibrio podemos administrar algunos medicamentos que generalmente son a base de vitaminas K o componentes que produzcan protrombina.

Mencionamos algunos medicamentos que podemos usar:

ARLIFLAV con vitamina K.

Contiene: Bioflavonoides cítricos, ácido ascórbico (vitamina C), -
menadiona (vitamina K3).

Dosis: 3 d 6 grageas al día. Solución: 3 cucharadas al día antes de la intervención.

CAL-RUTINA. (Tabletas).

Contiene: Rutina, vitamina K, gluconato de calcio, vitamina C.

Dosis: 3 d 4 tabletas diarias o más, a juicio del médico, antes de la intervención.

REPTILASE. (Polvo para solución inyectable).

Caution: Hemocanguinas liofilizadas. Y la ampollita de 2 ml. --
 contiene, solución acuosa de cloruro de sodio.

Dosis: Repetir su administración según sea necesario, 1 ó 2 ho-
 ras después de administrada la primera inyección; general-
 mente basta repetir la dosis a las 12 ó 24 horas.

Una unidad intravenosa comienza su acción a los 15 minutos y du-
 ra su acción 12 horas. Una unidad intramuscular comienza su --
 acción a los 45 minutos y dura su acción de 24 ó 48 horas.

El examen de orina nos informa de la existencia de los elementos
 normales o anormales. Algunos de éstos últimos, tales como la
 albúmina, la glucosa y la acetona, exigen tratamiento previo.

El estudio de la orina tiene un interés diagnóstico relativo, pues-
 salvo en algunos padecimientos renales que producen alteraciones
 en la composición química o física de la orina, tal estudio sólo -
 se considera complemento clínico del estudio hemático, ya que -
 generalmente todas las anomalías de estructura química del plas-
 ma se revelan en la orina; aunque el mecanismo de producción -
 de ésta no es muy conocido, se supone que está en la filtración -

del plasma sanguíneo y los glóbulos rojos reabsorbiéndose en la reabsorción tubular selectiva de los reabsorbidos, por lo tanto, es difícil definir con exactitud que es la orina normal.

Su composición está sujeta a las variaciones del régimen, las modificaciones de temperatura exterior e interior, la actividad física y la composición del plasma, debido a las variantes fisiológicas y del metabolismo. Este último hace que al llegar dicho plasma al filtro normal, desaparezca en la orina casi los mismos caracteres que el componente de la eliminación plasmática.

Para los fines que nos ocupan estamos obligados a la exploración y estudio sistemático de los aparatos respiratorio y cardiovascular.

Estos dos aparatos mantienen una relación entre sí y su equilibrio funcional es de suma importancia, principalmente por lo que se refiere a problemas de hipertensión.

No obstante que el cirujano o el médico de práctica general ofrece algunas dificultades en el diagnóstico y estudio de los padecimientos cardiovasculares y pulmonares, es preciso hacer por lo

menos una exploración orientadora y en caso de sospecharse algún trastorno, enviar al paciente con el especialista para su estudio y tratamiento.

Generalmente, el médico no especializado carece de seguridad y con frecuencia comete errores de diagnóstico en las enfermedades del sistema cardiovascular; es erróneo el concepto de que cualquiera de los síntomas llamados cardíacos (dianea, edema, dolor precordial o hallazgo de soplos cardíacos) constituye un signo evidente de enfermedad del corazón e igualmente inexacto creer -- que un corazón que no da soplos es un corazón normal, así como que toda irregularidad o perturbación del ritmo cardíaco indica miocardiopatías y que al ser normal el ritmo, la tensión y la frecuencia cardíacas, se trata necesariamente de un miocardio sano.

En verdad y por desgracia no hay síntomas patognomónicos algunos de enfermedad del corazón; con frecuencia, las enfermedades del corazón son al principio asintomáticas y sólo pueden ser diagnosticadas por medio de los signos objetivos, para lo cual se requiere gran experiencia y conocimientos especiales, que el cirujano no tiene; más es preciso conocer algunos datos de cultura --- médica general que fácilmente hagan presumir la existencia de --

una cardiopatía, que es lo que interesa para fines quirúrgicos y - como ya se dijo, para poner al paciente en manos del especialista.

Hay un conjunto de signos físicos que se aceptan generalmente como prueba evidente de cardiopatías, a los cuales se les debe prestar particular atención.

En la fibrilación auricular el pulso es de ritmo irregular, se vuelve aún más irregular al provocarse la aceleración en la contracción cardíaca y persiste aunque el corazón late con un ritmo de 120 a 140 veces por minuto.

La alternancia en la contracción cardíaca da un impulso que tiene, a intervalos regulares y en forma alternada, latidos débiles con dos niveles sistólicos de presión sanguínea.

La auscultación es el procedimiento de exploración cardíaca más importante, y por medio de ella se estudian el ritmo, el tono y la frecuencia en el funcionamiento cardíaco.

En un corazón normal se oyen dos ruidos: el primero o sistólico

corresponde a la contracción ventricular y el cierre de valvulas auriculoventriculares; luego le sucede un pequeño silencio; después se produce el segundo ruido o diastólico, debido al descenso de las valvulas sigmoides y por último se produce un nuevo silencio o gran silencio para repetirse el ciclo.

Patológicamente puede mezclarse a este ritmo ruidos extraños, soplos y estremecimientos, que ocupen cualquier momento del ciclo cardíaco o que substituyan a alguno de los tiempos fisiológicos del ciclo.

Las anomalías orgánicas que originan los soplos pueden estar compensadas, y en este caso no tiene importancia el síntoma; por lo tanto, un soplo por sí solo no debe tomarse como un hecho que contraindique la intervención quirúrgica y será necesario asociarlo a otros signos para afirmar la existencia de alteraciones que contraindiquen la intervención.

La determinación de la presión arterial completa el estudio cardiovascular y es de gran importancia, sobre todo cuando se trata de aplicar anestesia local con anestésico que contenga alguna substancia vasoconstrictora, pues en los casos de hipertensión --

por arterioesclerosis puede originarse la ruptura de un vaso.

Se acostumbra investigar la presión sistólica o máxima y la diastólica o mínima: entre ambas existe una relación constante que es poco más o menos de 3 a 2.

La diferencia entre las presiones sistólica y diastólica, da la presión del pulso o diferencial.

Las cifras para el valor de la presión arterial varían según la edad. Como promedio de una presión normal en la adolescencia se calcula 80/50, para el adulto 120/80 a 140/90 y 150/90 a los 75 años; después de esta edad las presiones suelen ser un poco más bajas, expresadas en milímetros de mercurio.

A la presión media determinada con el oscilómetro se le ha dado un valor clínico de mucha importancia, pues ésta representa el trabajo que desempeña el corazón durante la diástole, y es una constante normal que sólo puede variar, cuando mucho, 10 ó 20 milímetros en todo el curso de la vida.

El estudio del aparato respiratorio tiene también gran importan--

cia, sobre todo desde el punto de vista anatómico. La auscultación es el principal procedimiento para obtener datos de gran valor clínico; por medio de ella se estudian los distintos tiempos de la respiración y se identifican ruidos sobreenfadados.

Los ruidos sobreenfadados pueden ser roces, los cuales se originan en la pleura, y los rancos o estertores que se producen en la tráquea, los bronquios o los pulmones, debido a la presencia de cuerpos extraños o a colección de líquidos, de gases o exudados.

Los estertores tienen un timbre característico en cada caso, según el agente que los produce: como en catarro de tipo bronquial; en que el exudado contenido en los bronquios produce un estertor seco, sonoro; o el estertor crepitante de la neumonía o del edema pulmonar, o los estertores subcrepitantes de la tuberculosis y de la bronquitis capilar, o los estertores de burbuja, musical o silbantes, que denotan cada uno de ellos un estado especial patológico.

El estudio del aparato digestivo es importante, porque de las enfermedades originadas en los diferentes aparatos del organismo -

las que se encuentran más íntimamente relacionadas con los enfermos medidos o anemias de la cavidad bucal, por lo mismo, nuestro conocimiento de dicho aparato debe ser lo más completo posible.

Para efectuar el interrogatorio del aparato digestivo en relación con las enfermedades de la cavidad bucal, le preguntaremos al paciente si está normal su apetito, esto para darnos cuenta de su estado alimenticio, si no presenta anemia alguna por falta de alimentación. Si mastica bien los alimentos para valorar si asimila bien todas las proteínas, minerales, carbohidratos, etc.

Sensaciones anormales motivadas por la llegada de los alimentos al estómago: sensación de peso, plenitud, eructos, náuseas, vómitos, sus características: tiempo de aparición, olor, cantidad, frecuencia, consistencia, etc.

Principalmente investigar si el paciente no tiene antecedentes de úlceras gastrointestinales, en caso de que existan, tendremos que investigar a fondo el grado de peligrosidad para el control de los medicamentos preoperatorios y postoperatorios.

Algunas exploraciones del sistema nervioso son en realidad, en -

cierto modo, un interrogatorio condicionado por las maniobras - que el médico ejecuta para que el enfermo informe sobre el resultado de ellas.

En tal caso, se encuentra la exploración de la sensibilidad, tanto general como especial.

Hechas las consideraciones anteriores, diré que el interrogatorio de los enfermos que tienen padecimientos del sistema nervioso - comprenderá las manifestaciones actuales, los antecedentes personales y hereditarios.

Entre las manifestaciones de padecimiento del sistema nervioso - se considera el dolor de cabeza.

El dolor de cabeza puede ser un episodio agudo o por lo contrario, de evolución crónica (Cefalalgia, Cefalea). De una manera general, la cefalalgia tiene menos valor, como manifestación de padecimiento nervioso, que la cefalea, ya que el dolor episódico de la cabeza puede venir en las circunstancias más variables, in toxicaciones, estados febriles, malas digestiones, etc.

Los antecedentes personales patológicos son de importancia, en la realización del padecimiento del sistema nervioso, principalmente las infecciones.

Se averigua si el paciente ha tenido en la infancia algunas convulsiones, (por lo más ligeras que sean), terrores nocturnos, enuresis, etc.

Los antecedentes hereditarios serán adquiridos con detalle, principalmente referentes a los progenitores y colaterales del enfermo para conocer si en ellos no se han presentado padecimientos del sistema nervioso como epilepsia, alineación mental, sífilis, neurosis, alcoholismo, etc.

Debe tomarse en cuenta la psicología del paciente, para esto se puede recurrir a sedantes que tienden a prevenir o a eliminar los signos y síntomas: equilibrio mental, epilepsia, temperamento del paciente, neurosis, drogas, etc.

La mayor parte de los padecimientos de los aparatos cardiovascular y broncopulmonar son motivo de contraindicación quirúrgica, principalmente por razones de índole anestésico.

Cuando un paciente cardiopata o pulmonar se debe someter a una intervención quirúrgica, se ha de estudiar el procedo efectuar dicha intervención y el beneficio que ésta puede reportarle.

Pero aún cuando el riesgo sea leve, conviene que el especialista observe de continuo a estos pacientes hasta que el peligro haya pasado.

Dentro de las medidas locales encontramos la principal, que es el estado de la cavidad bucal.

Para realizar la operación en la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza y no en condiciones de esterilización total.

El líquido salival, las raíces y los dientes cariados, deberán ser extraídos u obturados.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican la operación. Nos referimos a las gingivitis y a las estomatitis (en especial las úlcero-membranosas), terreno extraordinariamente malo para realizar la operación y que necesita un

tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas (chancro, placas mucosas) contraindican la operación por el peligro que significan incisiones sobre lesiones tales y el contagio que representan para el operador.

La preparación de la región sobre la cual se va a intervenir requiere cuidados especiales en cada caso. Los tegumentos deberán estar desprovistos de toda materia extraña, para lo cual se lavará y limpiará bien el área quirúrgica.

La piel debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada (en atomizador), o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor de agua; o bien con agua simple y jabón, de ser posible desde un día antes de la intervención hasta el instante cuando se va a intervenir; y sobre la región ya limpia se colocará una compresa estéril impregnada con un antiséptico no cáustico y un tanto húmeda para suavizar la piel y facilitar la incisión.

Si la región sobre la que se va a intervenir está cerca de donde-

está cubierto de pelo (bigotes, barba, patillas) es indispensable - rasurarla, de preferencia con máquina eléctrica para evitar escoriaciones, que pueden ser la causa de infección de la piel, especialmente cuando los planos por intervenir están infectados; es frecuente encontrar como complicación postquirúrgica la erisipela, muy particularmente cuando se interviene en planos contaminados por estreptococos.

La mucosa puede ser lavada con suero fisiológico para remover - materias extrañas, pero por ningún motivo se emplearán tinturas o soluciones cáusticas que esfacelen el epitelio.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, colocarán la región en una condición óptima para realizar en ella la intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones - - - postoperatorias.

Los últimos cuidados preoperatorios propios del paciente, se refieren especialmente a los preparativos preanestésicos: para este fin se tendrán en cuenta los factores fundamentales siguientes: - ayuno, temperatura, posibilidades de una buena oxigenación, condiciones hemáticas y balance hidroelectrolítico.

El ayuno es necesario cuando es administrado anestesia general, pues el vómito de materias alimenticias puede constituir un serio peligro al obstruir la permeabilidad en las vías respiratorias, lo que impide la oxigenación y causa la muerte. En caso de anestesia sin local no es necesario el ayuno sino al contrario, debe presentarse el paciente bien desayunado, ya que el efecto anestésico sólo actúa donde se aplica el líquido.

El control de la temperatura es muy importante: la hipertermia aumenta el metabolismo basal y por lo tanto el consumo de oxígeno, condición que se agrava durante el momento quirúrgico, principalmente en los pacientes deshidratados y en salas de operaciones con temperaturas elevadas, al grado de producir hipoxia de tal magnitud que puede ser el díctil de un paro cardíaco.

El control de la hipertermia puede hacerse mediante enemas de agua helada y en ocasiones mezcladas con ácido acético diluido o pirimidina.

Siempre que se habla de procedimientos anestésicos se debe tener en cuenta la oxigenación, y entre los cuidados uno de los principales es asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias.

respiratorias, evitando principalmente el acúmulo de exudados laríngeos o bronquiales, ya sea por medio de la aspiración o administrando atropina para reducir la secreción de las mucosas.

La administración de atropina forma parte de la medicación preanestésica.

Las condiciones hemáticas tienen una gran importancia desde el punto de vista preparativo para una anestesia: no sólo por ser la sangre el vehículo de transporte del oxígeno y de las sustancias anestésicas, sino porque es el medio que permite restablecer el equilibrio hidroelectrolítico que pudo haber sido alterado por factores como la fiebre, el vómito, la diarrea o cualquier otra causa que haga perder líquido y aumente la concentración.

En toda intervención quirúrgica que se lleve a cabo bajo anestesia general debe aplicarse como cuidado preanestésico un sistema de venoclisis que permita transfundir los líquidos necesarios para conservar tanto el balance hidroelectrolítico como el volumen y cantidad del elemento hemático para evitar el peligro de un shock hipovolémico o el peligro de la hipoxia.

Los vasos utilizados de preferencia para este fin son: la hialina, la cefálica, la mediana superficial, la safena externa o las del dorso de la mano (de la última es la más usada); teniendo cuidado de que la aguja penetre en la luz del vaso y no se mueva, para lo cual se fija mediante tiras de tela adhesiva el pabellón de la aguja a la piel y el miembro a un soporte especial; esta fijación es indispensable para tener la seguridad de que la venoclisis funcione durante todo el momento quirúrgico.

Si todas estas maniobras preparatorias preanestésicas son importantes, no lo es menos el aspecto psicológico del paciente, ya que sólo la idea de someterse a una intervención quirúrgica por sencilla que sea, causa temor e intranquilidad, principalmente en los últimos momentos de conciencia; por ello es absolutamente necesario tranquilizar e inspirar confianza al paciente.

La premedicación masoquiza está destinada a tranquilizar y sedar al paciente para inducirle un sueño suave, tranquilo, sin momentos de agitación.

En este momento terminan en realidad, los cuidados preoperatorios de la persona a operar, pero también es importante el medio en el cual se va a desarrollar el acto quirúrgico.

2.- POSTOPERATORIO.

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Desde luego que el postoperatorio en cirugía bucal no puede tener la trascendencia del mismo en una operación de cirugía general.

En otros términos, nuestra cirugía es la cirugía de un paciente ambulante y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usada que en la operación misma (ésto último también tiene excepciones) el enfermo no necesita hospitalización.

Las cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma - (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y el estado general del paciente.

A. - Tratamiento Local Postoperatorio.

Higiene de la cavidad bucal. Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lava prontamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en suero fisiológico.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyectada ésta con un atomizador que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo) hará lavajes suaves de su boca, cuatro horas después de la operación con una solución antiséptica cualquiera.

B.- Existencia Postoperatoria.

Se ha precisado el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de la herida dentro de la cavidad bucal. Se refieren al empleo del frío y calor.

FRIO.- Empleamos con gran frecuencia el frío como tratamiento postoperatorio. Lo aconsejamos bajo la forma de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada que se colocan en la cara frente al sitio de la intervención.

El papel del frío es múltiple, se evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios.

El frío se usa por períodos de quince minutos, seguidos de un período de descanso de otros quince minutos. Esta terapéutica sólo se aplica en los tres primeros días siguientes a la operación. Prolongada su acción es inútil, cuando no perjudicial (producción de dolor: no cesación de dolor postoperatorio; en este último caso el calor está más indicado).

La acción del frío puede ser complementada con el empleo de -- una solución de sulfato de magnesio (100 gramos en medio litro de agua); esta solución se usa fría en lugar del agua, empleando una pequeña toalla y aplicándola en el lugar indicado; el resto de la solución se guarda en la nevera para mantenerla refrigerada; - el sulfato de magnesio tiene una acción terapéutica para reducir los edemas.

CALOR. - Solamente lo empleamos con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus; después del tercer día puede aplicarse para disminuir los dolores postoperatorios.

C.- Cuidados de la Herida.

Las heridas en la cavidad bucal cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. La naturaleza que es sabia, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

En términos generales, una incisión que sangra y se forma un -- coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Después del segundo día, la herida, será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado (fenol alcanforado, 30 gotas; alcohol, 3 c.c.; agua, 200 c.c.). Si hay que extraer los puntos de sutura, ésto se hará a partir del cuarto día en adelante sin sobreponerse de ocho días, sino esta sutura actúa como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones; si es necesario que quede la sutura por si no ha cerrado la herida, únicamente se cambia el apósito quirúrgico.

D.- Extracción de los puntos de sutura.

A partir del cuarto día hasta los ocho días se pueden extraer los puntos de sutura. La técnica es la siguiente: Se pasa sobre el hilo a extraerse, un algodón mojado en tintura de yodo o de mercuriolate, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado. Se toma con una pinza de disección o pinza de algodón (manejada con la mano izquierda), un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo como para permitir obtener un trozo de éste por debajo del nudo para poder cortarlo a este nivel.

Con una tijera tomada con la mano derecha, se corta el hilo.

La mano izquierda sigue traccionando el hilo o lo vuelve a tomar próximo al punto que emerge por el extremo opuesto al de la -- sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos.

Es importante procurar que la menor cantidad de hilo infectado -- pase por el interior de los tejidos: por razones obvias.

De esta manera, se eliminan todos los puntos de sutura, procu-- rando de no lastimar la encía, el tejido circundante, ni entre---- abrir los labios de la herida.

En algunas ocasiones, el nudo por hipertrofia de las partes veci-- nas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es-- difícil desalojarlo. En tales ocasiones conviene extirparlo cuanto antes; demorar su extirpación significa mantener la cause irrita-- tiva de la hipertrofia (que es el hilo), y las dificultades de la ex-- tirpación aumentan con el tiempo. Con cuidado y delicadeza pue-- de eliminarse el punto. Si no es posible, ubicar una tijera para seccionarlo, este objeto se logra con una aplicación del galvano-- cauterio.

Las suturas festoneadas o continuas se eliminan cortando por separado cada vuelta de espira y extrayéndolas con la precaución - anotada anteriormente, de no pasar el hilo infectado por el interior de los tejidos.

E.- Tratamiento general del paciente.

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente, en colaboración con el odontólogo cirujano. Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, de la alimentación del paciente, del tratamiento general - de las complicaciones postoperatorias.

F.- Alimentación del recién operado.

Nos referimos a la alimentación que no esté restringida por la - administración de la anestesia general; es decir, el tipo de alimentación que necesita y que puede tomar el paciente por la circunstancia de una operación en la boca. La primera comida la - hará 6 horas después de operado; consistirá en una taza de té - con leche tibia; 6 horas después podrá tomar el menú correspondiente.

G. - Instrucciones para los pacientes.

Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos, corticoides).

Estas instrucciones pueden darse por escrito para evitarle dudas. Acostumbramos entregar a nuestros pacientes una hoja impresa con las instrucciones que necesitan, y que se mencionan a continuación:

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperatorios.

Parte de éstos debe realizarlos el paciente; otros los realiza el profesional. La colaboración entre el odontólogo y el enfermo llevará a buen éxito la intervención.

- 1.- Cuando llegue a su casa, después de la operación, conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

- 2.- Colocar una bolsa de hielo o compresas de agua fría sobre la región operada durante quince minutos y quince minutos de descanso por lo menos durante las primeras seis horas.
- 3.- No realizar ninguna clase de enjuagatorios por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.
- 4.- Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios tibios con una solución de agua y sal. Estos enjuagatorios se repetirán cada dos horas.
- 5.- Al cabo de las seis primeras horas, colocar compresas de agua tibia en la zona operada.
- 6.- En caso de sentir dolor, se puede administrar un analgésico o bien tanderyl, tomado después de cada alimento o con leche para evitar inflamación.
- 7.- Si existe una salida de sangre mayor que la normal, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia, colocando sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada sobre lo cual, se deberá ejercer una presión durante treinta minutos. Avisarle por teléfono a su cirujano dentista.

- G.-** La alimentación en las primeras seis horas deberá ser líquida (leche con leche, hervida, caldo tibia sin mucha grasa). Después de estas seis horas puede tomarse el siguiente menú: Extracto de carne, caldo con jugo de carne, puré de papas, - gelatinas de aves, compota de manzana, jugo de tomate, fi- - deo con mantecas, huevos pasados por agua, dulce de leche. Lo que hay que evitar a lo máximo es la comida irritante - (chile, cebolla, ajo, grasas en abundancia).

H.- Complicaciones de la operación.

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole; el afán del operador debe ser prevenirlas. En la precisión de las técnicas, en la asepsia de la operación, encuentran escudo los accidentes postoperatorios.

a).- Complicaciones locales.

HEMORRAGIA.- La salida de sangre en el curso de la operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vasoconstrictores).

Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemos

lisis, que ya fue considerada; nos referimos ahora a la hemorragia postoperatoria, que aparece intempestiva e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria).

HEMORRAGIA PRIMARIA. - El tratamiento de la hemorragia primaria se realiza por dos procedimientos: uno, instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura solamente tiene escasas aplicaciones; el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión que se realiza con un trozo de gasa. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa por compresión de la cavidad ósea, por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes. A expensas de este coágulo se realiza el proceso de osificación.

Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en tiempo y en cantidad desusados, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto: para aumentar su

acción hemostática, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro; para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad --- deca puede ser impregnada previamente con vaselina (gasa vaselinada). Existen ciertas gasas que tienen propiedades estípticas como el Clauden o Stripnon.

HEMORRAGIA SECUNDARIA. - Aparece algunas horas o algunos días después de la operación, puede obedecer a la caída del coágulo luego del esfuerzo del paciente o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia.

A estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia. Estas hemorragias adquieren características e intensidad variables.

El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos locales y métodos generales.

MÉTODOS LOCALES. - Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al paciente un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre -

que dificulta la visión y la individualización del punto sangrante.

Investigado el lugar por donde mana la sangre, la hemostasis se realiza por tapamiento a presión, con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos o, mejor aún, bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse por lo menos durante media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión. En caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales.

En muchas ocasiones, no es fácil realizar cómodamente las maniobras para cohibir la hemorragia porque el paciente está dolorido o el mismo acto ocasiona dolor. En tales casos, será útilísimo realizar una pequeña anestesia local a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que se obtienen por el poder vasoconstrictor del líquido anestésico, el empleo de este procedimiento permitirá realizar con comodidad las maniobras y al final pasar un hilo de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante, con colocación o no de spongostan, oxycel

o Necrosis en el interior de la herida.

MÉTODOS GENERALES. - Según la cantidad de sangre perdida será el estado del paciente. En general, las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, aunque conocemos algunas alarmantes.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cardiazol) y se tratará de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero - glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno), (salvo algunas excepciones).

HEMATOMA. - Accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo" puede adquirir un volumen considerable con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La encía que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones - repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejantes casos debe ser expectante. Después - de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reab-- sorbe; cuando supura, se trata como un absceso incidiéndolo a - bisturí o galvano-cauterio y colocando un dren para reducir el - - volumen.

Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo - con una jeringa la sangre, todavía líquida del hematoma.

El hematoma puede originarse también por desgarro o ruptura de un vaso, en las maniobras de anestesia.

DOLOR. - El dolor postoperatorio que se presenta a causa del tr tamiento operatorio debe ser calmado por medicamentos preconi- zados para tal objeto: antipirina, piramidón, excepcionalmente moz fina.

El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma en - las primeras horas los dolores postoperatorios.

Cuando sea necesario (muchas postmoleculares o dolor a la digestión que impida medicar al paciente por vía oral) pueden administrarse los analgésicos por vía rectal en forma de supositorios.

b).- Complicaciones generales.

Cualquier intervención puede ser seguida de complicaciones generales. Muchas de éstas podemos prevenirlas; otras escapan a nuestros buenos propósitos.

SHOCK.- Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. El primero es el más frecuente cuando no se trata del shock neurogénico: el shock quirúrgico, por la intervención misma es raro en nuestra especialidad.

Por lo común, se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas, en la mayor parte de los casos por el miedo a la operación.

El cuadro es clásico: el paciente empieza a palidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, -

los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. Esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento de esta hipotimia se realiza de la siguiente manera: se suspende la intervención; se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el cuerpo para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100%, con la careta para la anestesia general o directamente con una goma si no se tiene aquel elemento. Se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metedrina, veritol u otros sintéticos derivados de la efedrina (productos que deben tenerse siempre a mano en el consultorio dental, junto con la jeringa esterilizada lista para ser usada).

VII. - CASOS CLINICOS.

En este capítulo mencionaremos algunos casos clínicos realizados en consultorio particular, esto nos ayudará para darnos cuenta de la necesidad que tenemos de tener los conocimientos básicos de las técnicas.

Caso clínico No. 1.

Nombre del paciente: V.M.H.G.

Edad: 7 años.

Problema: Frenillo lingual corto.

Etiología: Congénita.

Antecedentes personales: Ninguno, el paciente se presenta sano al consultorio.

Antecedentes familiares: Padre sano, madre sana. Uno de los tíos paternos era cardiópata, murió de un paro cardíaco.

El paciente se presentó al consultorio a causa de que se le disfi-

culaba deglutir los alimentos y principalmente porque se lastimaba el piso de la boca al tratar de sacar la lengua, sentía una molestia al hablar y su madre no sabía qué era lo que le ocasionaba esos molestares.

Dentro de su historia clínica se advirtió que en los antecedentes personales se encontraba sano durante el periodo de la consulta; pero en los antecedentes familiares se descubrió que uno de sus tíos paternos era cardiópata y falleció el señor a causa de un paro cardíaco.

Para poderlo intervenir lo mandamos a revisar por un cardiólogo y sus resultados salieron negativos con respecto a algunas lesiones hereditarias del corazón.

Previsto de la autorización del cardiólogo, procedimos a restaurarle completamente sus caries y extrajimos dos restos radiculares para poder intervenirle de su frenillo lingual.

Técnica: La que usamos fue la más sencilla. Anestesiámos con xilocaína con epinefrina la rama lingual y para tener mayor seguridad y mayor tiempo de anestesia colocamos puntos locales por-

debajo de la lengua a los costados del frenillo.

Ya perfectamente anestesiada la zona, pinzamos el frenillo por su parte superior (en la unión con la lengua) con un hemostato de punta recta y después colocamos un hemostato de punta curva en el frenillo de la parte inferior (en la unión con el piso de la boca).

Con unas tijeras incidimos entre las dos pinzas hasta que la lengua pudo tocar el paladar y los labios; y secavamo los labios de la herida.

Como fue muy pequeña la hemorragia transoperatoria logramos rápidamente la hemostasis, secamos perfectamente nuestro campo operatorio y finalmente colocamos tres puntos de sutura aislados con hilo crómico traumático número 3-0.

Después de terminada la operación se le indicó a su madre el tratamiento postoperatorio que deberá seguir en su casa para cuidar la herida de la operación.

Se le mandó como antiinflamatorio Tanderyl infantil, como medida

de precaución, se le aconsejó que tomara un poco de vitaminas C para no desbalancear su dieta vitamínica y un analgésico (piramidón) en caso de dolor.

Después de veinticuatro horas se reportó el paciente con un dolor ligero en la parte inferior de la lengua y no podía tomarse las -- pastillas; y se le administró un analgésico inyectado (prodolína).

A los seis días lo citamos para retirarle los puntos de sutura; -- transcurridos estos días, observamos que la herida estaba completamente cicatrizada y procedimos a quitarle los puntos de sutura. Y finalmente lo dimos de alta.

Se le citó para un mes después y se observó que la herida quedó estética sin cicatriz alguna.

Caso clínico No. 2.

Nombre del paciente: I.S.C.

Edad: 18 años.

Problema: Frenillo labial superior central con inserción demasia-- do bajo con un pequeño diastema entre centrales supe--

rivos.

Etiología: Congénita.

Antecedentes personales: Sano, sin problema alguno. Ciclo menstrual normal.

Antecedentes familiares: Padre sano, madre sana. Sin problema alguno.

La paciente se presentó al consultorio por problemas estéticos, deseaba que se le corrigiera el labio superior, porque se presentaba retraído hacia abajo por causa del frenillo labial con su inserción baja, además de su pequeña abertura entre los incisivos centrales superiores. La paciente quería que se le corrigiera su diastema, colocando un aparato ortodóntico, porque su espacio lo veía muy amplio.

La paciente presentaba caries en la mayoría de los dientes posteriores, ausencia del primer molar superior derecho.

Realizada la historia clínica y la exploración de la zona, se procedió a restaurarle sus piezas cariadas antes de intervenirla - de su frenillo anormal.

Para este caso clínico seleccionamos la técnica del Dr. Robinson o también llamada fenestración periodontal, es una técnica bastante sencilla y da muy buenos resultados en los casos de los frejillos bajos.

Técnica: Anestesiemos al paciente con xilocaína con epinefrina para evitar hemorragias excesivas transoperatorias con una técnica local infiltrativa a nivel de los caninos. Ya realizada la anestesia local se tensó el labio para poder ubicar a qué altura se --- debía realizar la incisión. Localizada la altura se cortó horizontalmente con bisturí, el corte se realizó de un solo intento y con trazo firme hasta tocar hueso.

Se separaron los labios de la herida, tensándolos para darle la - abertura necesaria a la herida y con una cureta pesada (nosotros usamos el CK6) realizamos una canaladura en el hueso, esto debe de ser más apical que la incisión primaria, esta canaladura - que se realizó nos dará la altura donde se realice la cicatriza- ción y no vuelva a establecerse a la misma posición anterior.

Retiramos todo el excedente del hueso y tejido suelto a causa de la fenestración, lavamos bien con suero fisiológico y controlamos

perfectamente la hemorragia; finalmente colocamos un apósito quirúrgico de wadypak sin suturar.

Se le dió sus indicaciones por escrito después de haber terminado la intervención, se le administraron analgésicos (piramidón, -prodolín, antipirina) y antiinflamatorio (manderyl) y se le citó a los tres días para darle un chequeo de la herida y el estado general de la cavidad bucal.

A los tres días regresó a su cita, se le retiró el apósito quirúrgico y se observó que faltaba poco para la cicatrización total de la herida y se colocó un nuevo apósito para cubrir la herida de agentes extraños. Se le citó para dos días después y se observó que la herida cicatrizó totalmente.

Se le colocó un aparato provisional preventivo en la pieza faltante (primer molar superior derecho) para que no perdiera el espacio correspondiente durante la mesialización de las piezas, ya que el diastema no necesitaba un tratamiento en especial (ortodóntico).

Al paciente se le tuvo en observación cada mes y en seis meses se logró el cierre total del diastema, posteriormente se le colocó su prótesis definitiva.

CONCLUSIONES

Posterior a estos datos tan importantes, podemos darnos cuenta de lo difícil que es tratar a los tejidos naturales que nos da la vida.

Nos damos cuenta de los componentes de nuestros tejidos blandos de la cavidad bucal y las anomalías de que estamos expuestos aún si tomamos la debida higiene y cuidados necesarios de nuestra boca; lo que no podemos controlar son las anomalías congénitas o hereditarias, sólo las podemos corregir, a base de intervenciones quirúrgicas como lo hemos visto en este trabajo.

Las intervenciones quirúrgicas deben de realizarse con el sumo cuidado aunque se vean fáciles de llevar a cabo.

No nada más nos debe de importar el transoperatorio lo que en sí es la operación, sino también el preoperatorio y el postoperatorio que son las partes más importantes para obtener un buen éxito dentro del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **SICHER, HARRY Y TADLER JULIUS.**
Anatomía para dentistas.
Edición 1976.
Editorial Interamericana.
Pág. 159.
- 2.- **HAM, ARTHUR W.**
Tratado de histología.
Sexta Edición 1969.
Editorial Interamericana.
Pág. 206.
- 3.- **SEGRE, RENATO.**
Tratado de foniatría.
Volumen II.
Editorial Paidós.
Buenos Aires, Argentina.
- 4.- **HARNDT, EWALD Y WEYERS HELMUT.**
Odontología infantil.
Edición 1969.
Editorial Mundo, S.A. C.I.F.
Buenos Aires.
Págs. 111 - 114.
- 5.- **FINN, SIDNEY B.**
Odontología pediátrica.
Cuarta Edición 1976.
Editorial Interamericana.
Págs. 333 - 364.
- 6.- **RIES CENTENO, GUILLERMO A.**
Cirugía bucal con patología, clínica y terapéutica.
Séptima Edición 1975 (Tercera reimpresión).
Editorial El Ateneo.
Pág. 525.

- 7.- **KRUGER, GUSTAV. O.**
Tratado de cirugía bucal.
Edición 1976.
Editorial Interamericana.
Págs. 26 - 117.

- 8.- **GLICKMAN IRWING.**
Periodontología clínica.
Cuarta Edición 1974.
Editorial Interamericana.
Pág. 710.

- 9.- **GURALNICK WALTERS C.**
Tratado de cirugía oral.
Edición 1971.
Selva Editores, S.A.
Pág. 131.

- 10.- **COSTICH, EMMETT R. Y WHITE, RAYMOND P. JR.**
Cirugía bucal.
Primera Edición 1974.
Editorial Interamericana.
Pág. 114.