

24. 917



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

“TECNICAS BASICAS EN CIRUGIA BUCAL”

T E S I S

Que para obtener el titulo de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

FERNANDO SANCHEZ HERNANDEZ



1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | 2 |
| GENERALIDADES DE LA CIRUGIA | |
| a) Estudio del Enfermo | |
| b) Rayos "X" | |
| c) Anestesia | |
| d) Instrumental y Equipo | |
| e) Post-operatorio | |
| CAPITULO II | 14 |
| DIENTES RETENIDOS | |
| a) Estudio Clínico, Radiográfico y Tratamiento | |
| CAPITULO III | 28 |
| CIRUGIA PERIAPICAL | |
| CAPITULO IV | 33 |
| FRENILECTOMIA | |
| CAPITULO V | 39 |
| BIOPSIA | |
| CONCLUSIONES | 46 |
| BIBLIOGRAFIA | 48 |

INTRODUCCION

La Odontología es sin duda alguna una de las carreras universitarias - que más beneficios proporciona a la humanidad, aliviar el dolor humano es la mas grande satisfacción del Cirujano Dentista; además de poder - diagnosticar antes que cualquier facultativo, enfermedades que al observar la cavidad oral, Estas se encuentran en etapa inicial, pues debe tomarse en cuenta que a pesar de los avances en las investigaciones oncológicas y del progreso en los tratamientos quirúrgicos, el factor principal hasta ahora de acuerdo con las estadísticas mundiales, para obtener resultados terapéuticos satisfactorios en el diagnóstico temprano.

Para tal fin, se cursa un Plan de Estudios con materias básicas, - de suma importancia Estas, ya que están relacionadas con las Clínicas dentro de su plan general; capacitando así al profesionista para que - cumpla con su función social.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA

El Cirujano Dentista, profesional especializado del aparato masticatorio y en general de la cavidad oral; debe tener como fin principal ampliar sus conocimientos hacia todo aquello que se relacione con el campo en que se desarrolla, es decir con todo aquello que incluya la cavidad bucal; que lo capacitará para la eficaz representación de los aspectos médicos y quirúrgicos de las afecciones bucodentales.

La realización de este trabajo sobre "TECNICAS BASICAS EN CIRUGIA BUCAL" es muy extenso y es evidente que para alcanzar el nivel máximo de capacidad diagnóstica, es necesario el conocimiento previo, la experiencia y la habilidad dentro del campo.

El hombre moderno tiene dientes retorcidos, a causa de la falta total ó disminución del estímulo que existe en un desarrollo adecuado, -- que provee de suficiente espacio para una erupción normal, pues la dieta ó alimentación no requieren un esfuerzo en la masticación, como lo es la alimentación artificial en los bebés, los hábitos de la infancia etc., trayendo como consecuencia caninos incluídos y 3er. molares retorcidos tanto superiores como inferiores, derechos e izquierdos; provocan

do alteraciones en la posición de los demás dientes ocasionando problemas oclusales o problemas de trauma óseo o gingival, por lo que su intervención quirúrgica es lo indicado.

Es de suma importancia para el Cirujano Dentista observar no sólo las estructuras dentarias, sino fijar nuestra atención en las áreas adyacentes que se encuentran en la cavidad oral como los labios, carrillos, región yugal, paladar, istmo de las fauces, región amigdalina, piso de la boca, maxilares y lengua. A fin de poder diagnosticar toda clase de tumores benignos o malignos para nuestro paciente y prevenir o tratar dichas afecciones; que debido a su diferente etiología y curso que tienen es difícil especificar un tratamiento infalible, debiéndose ajustar este para cada caso, tomando en cuenta su causa y localización, realizando los pasos básicos que prácticamente son los mismos y dejando a criterio del Cirujano Dentista la elección de la técnica más adecuada ya que su finalidad es la misma, suprimir el tumor, prevenir recidivas y evitar el aumento de volumen de la afección.

Para esto necesariamente tendremos que auxiliarnos, de la biopsia o de la citología exfoliativa, técnicas que nos permiten observar a través de microscopía y determinar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La diferenciación que existe entre un tumor benigno y un tumor maligno es que en el primero su crecimiento es lento y generalmente encapsulado, su agrandamiento es por expansión periférica, empujando las es-

estructuras vecinas sin producir metástasis; por el contrario el segundo pone en peligro la vida del paciente en virtud de su rápida expansión - por infiltración en las vitales estructuras vecinas provocando metástasis, dando origen a neoplasias secundarias distantes a través, de las corrientes linfática y sanguínea.

Ahora describiremos la cirugía periapical que en la Odontología moderna trata de preservar las estructuras dentarias y que esta indicada en los siguientes pasos:

- 1) Destrucción de los tejidos periapicales.
- 2) Fracaso de un tratamiento endodóntico con presencia de una zona de rarefacción.
- 3) Rotura de un instrumento en el tercio apical del conducto.
- 4) Canal bloqueado por un nódulo pulpar.
- 5) Perforación del tercio apical del conducto.
- 6) Dientes jóvenes con raíces incompletamente formadas en que la obturación hermética del foramen apical es sumamente difícil, pues, el conducto tiene a este nivel su mayor diámetro
- 7) Fragmento de una obturación radicular en la zona periapical donde actúa como irritante.
- 8) Un conducto inaccesible con una raíz con forma de bayoneta, que presenta una zona de rarefacción.

- 9) Fuerte curvatura o angulación marcada de la raíz en esta parte.
- 10) Imposibilidad de obtener un cultivo negativo mediante el tratamiento medicamentoso del conducto.
- 11) Un conducto radicular aparentemente calcificado que presenta una zona de rarefacción.
- 12) Cuando no es posible, retirar un pivote y existe una zona de rarefacción apical.
- 13) Un conducto aparentemente bien tratado y obturado en el que existe una ligera periodontitis, aunque persistente probablemente causada por la irritación de las fibras nerviosas de un conducto accesorio.
- 14) Fractura del apice radicular con mortificación pulpar.
- 15) Factor tiempo, dientes con afección periapicales cuyos poseedores no pueden perder el tiempo en un tratamiento endodóntico.
- 16) Dientes estratégicos con obturaciones radiculares pobres que en el curso de su eliminación podrían ser impulsados más allá del foramen apical.

La frenilectomía es uno de los casos en los que la Cirugía forma parte, ya sea para corregir diastemas provocados por el frenillo o para que en pacientes con prótesis total no sean desalojadas a causa de la fuerza del frenillo.

A) ESTUDIO DEL ENFERMO

El estudio general del paciente, en realidad comienza en el momento mismo en que tenemos el primer contacto con él, observando su aspecto físico, estado de nutrición, color de la piel, estatura, peso, actitud, contorno y expresión de la cara, marcha ó anomalías visuales, peculiaridades del habla, signos de nerviosismo ó muestras de dificultad -- respiratoria.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es el medio por el cual conocemos más a fondo a nuestros pacientes; tiene importancia en relación al tratamiento a -- que va a ser sometido y nos obliga a proceder debidamente según el caso lo requiera; se compone de dos partes :

1.- INTERROGATORIO

2.- EXPLORACION FISICA

El interrogatorio llamado también "anamnesis", es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio, evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico.

El interrogatorio se divide en directo e indirecto. El primero, -

como su nombre lo indica, es el que hacemos directamente al enfermo; el indirecto es el que hacemos a los familiares o personas que rodean al enfermo cuando éste no puede, por su edad o por su estado, contestar a nuestras preguntas, tal sucede en los enfermos graves inconcientes, - - alineados, rebeldes o en los niños.

Su elaboración puede llevarse a cabo en 15 ó 20 minutos, no requiere de un local especial y el material necesario se limita a una báscula y baumanómetro.

El estudio debe ser ordenado y sistemático, siguiendo un orden casi rutinario, para que la repetición vaya suprimiendo las dificultades iniciales y creando un hábito que facilita la recolección de datos.

1.- DATOS GENERALES

Nombre, edad, ocupación, estado civil, origen y dirección.

2.- ANTECEDENTES

Son una parte muy importante de la historia. Frecuentemente proporciona una explicación más fiel del estado real del enfermo.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Los padecimientos que más interesan son los que tienen un carácter hereditario bien demostrado o los que traducen una tendencia familiar definida a un cierto tipo de patología.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Hay que obtener una enumeración rápida de las enfermedades padecidas durante toda la vida del paciente, de las operaciones a que se ha sometido y de la sensibilidad a alimentos o medicamentos.

PADECIMIENTO ACTUAL

En los casos que exista una enfermedad en evolución.

3.- INTERROGACION POR APARATOS

- a) Aparato digestivo
- b) Aparato cardiovascular
- c) Aparato respiratorio
- d) Aparato genito-urinario
- e) Sistema endócrino

- f) Sistema hematopoyético
- g) Sistema nervioso
- h) Estudio psicológico
- i) Exploraciones físicas

4. - EXAMEN BUCAL

- 1) Con la boca cerrada
- 2) Labios
- 3) Mucosa de carrillos
- 4) Con la boca abierta
- 5) Lengua
- 6) Piezas dentarias
- 7) Oclusión

B) ESTUDIO RADIOGRAFICO

La radiografía es el registro fotográfico de una imagen producida por los Rayos X que pasan a través de un objeto y llegan a una película para poder precisar con exactitud un buen diagnóstico, nos valemos de un auxiliar que es muy indispensable como lo es el estudio radiográfico en el podemos interpretar las anomalías que nos permitirán dar un diagnóstico final cuando el estudio ha sido completo.

Se ha definido también como "la parálisis descendente e irregular del sistema nervioso central con pérdida de la conciencia", esta definición se basa en la Ley de la Parálisis descendente de Jackson, que establece que las funciones cerebrales más complejas y más recientemente adquiridas son las más fácilmente alteradas por la anestesia o la enfermedad, y luego las filogenéticamente más antiguas. Así, se afecta primero la corteza cerebral, ganglios basales, tronco cerebral, médula espinal y finalmente bulbo.

D) INSTRUMENTAL Y EQUIPO

Para la buena ejecución de una cirugía de cualquier tipo que esta sea, es necesario el conocimiento del instrumental que se ocupará en la misma y la selección del más adecuado entre todos los existentes en el mercado. Para la realización de cirugía bucal existe instrumental específico el cual por su función se le ha clasificado en instrumental de tejidos blandos y duros.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDO BLANDOS

- a) Bisturí
- b) Tijeras
- c) Pinza de disección
- d) Pinzas de Kocher
- e) Separadores

f) Pinza portaagujas

INSTRUMENTAL PARA TEJIDO DURO :

- a) Escoplos y martillo
- b) Pinzas gubias
- c) Fresas para cirugía
- d) Limas para hueso
- e) Legra
- f) Cucharillas quirúrgicas
- g) Periostotómos
- h) Pinzas para extracciones dentarias
(forceps)
- i) Elevadores
- l) Sierra de striker

MATERIAL PARA SUTURA

El material para sutura se divide en absorbibles y no absorbibles.

MATERIAL ABSORBIBLE :

- a) Catgut
- b) Dexon

MATERIAL NO ABSORBIBLE :

- a) Nylon
- b) Seda

EQUIPO :

que se debe tener en cuenta en el momento de la anestesia es que se debe tener en cuenta y a) **Sillón dental** de altura variable.

b) **Mesa para instrumental** para el cirujano.

c) **Aspirador quirúrgico** para la aspiración y se podrá utilizar.

d) **Equipo de oxigenoterapia** para el paciente.

E) POSTOPERATORIO

Es una de las partes más importantes para el éxito de cualquier intervención además de requerir la colaboración del paciente atendiendo las indicaciones que se llevarán a cabo para el restablecimiento total de éste.

Estas medidas son : el lavado de toda la cavidad bucal una vez terminada la operación para eliminar cualquier agente que pudiera acarrear problemas y que incrementara la flora bacteriana, esta operación será efectuada por el cirujano y se podrá realizar con suero fisiológico o bien con agua bidestilada que se impulsa a presión con aguja esterilizada o se podrá aplicar con atomizador, estos líquidos es preferible que se encuentren estériles, esto acelerará la obturación y eliminará el olor desagradable.

El paciente en su domicilio podrá ayudar con enjuagues ligeros con solución salada.

Es conveniente que el paciente se aplique compresas de hielo, ya -

EQUIPO :

- a) Sillón dental
- b) Mesa para instrumental
- c) Aspirador quirúrgico
- d) Equipo de oxigenoterapia

E) POSTOPERATORIO

Es una de las partes más importantes para el éxito de cualquier intervención además de requerir la colaboración del paciente atendiendo las indicaciones que se llevarán a cabo para el restablecimiento total de éste.

Estas medidas son : el lavado de toda la cavidad bucal una vez terminada la operación para eliminar cualquier agente que pudiera acarrear problemas y que incrementara la flora bacteriana, esta operación será efectuada por el cirujano y se podrá realizar con suero fisiológico o bien con agua bidestilada que se impulsa a presión con aguja esterilizada o se podrá aplicar con atomizador, estos líquidos es preferible que se encuentren estériles, esto acelerará la obtención y eliminará el olor desagradable.

El paciente en su domicilio podrá amular con enjuagues ligeros con solución salada.

Es conveniente que el paciente se aplique compresas de hielo, un -

que el frío local se usa en casos de tratamiento en que no existe infección aguda y con el propósito de disminuir la inflamación.

Los cuidados locales pueden ser ayudados por medios farmacológicos con los que podemos eliminar el dolor y la infección y se podrán prescribir al paciente : analgésicos, anti-inflamatorios, relajantes musculares y antibióticos.

La alimentación del paciente será a base de una dieta líquida preferiblemente con ausencia de azúcar para evitar bacteremias por acumulación de hidratos de carbono; esto durante las primeras 24 horas posteriormente el paciente ingerirá una dieta blanda, bien balanceada, con el objeto de guardar absoluto reposo y no lastimar la herida con el movimiento de la masticación.

CAPITULO II

DIENTES RETENIDOS, ESTUDIO CLINICO, RADIOGRAFICO Y TRATAMIENTO

Se denomina dientes retenidos o incluidos, aquellos que una vez -
llegada la época normal de erupción esta no se lleva a cabo debido a :

CAUSAS LOCALES

- 1.- Diente adyacente con irregularidad en la posición y presión.
- 2.- Cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo, -
el cual se le conoce como retención intrabsea.
- 3.- Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival y que --
vendría a ser la retención subgingival.
- 4.- Inflamaciones crónicas continuadas con su resultante membrana-
mucosa muy densa.
- 5.- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida re-
tención de dientes primarios o pérdida prematura de la denti-
ción primaria.
- 6.- Enfermedades adquiridas tales como : necrosis; debida a infec-
ción o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enferme-
dades exantemáticas en los niños.

CAUSAS SISTEMATICAS

A) CAUSAS PRENATALES

- 1.- Herencia
- 2.- Mezcla de razas

B) CAUSAS POSTNATALES

- 1.- Raquitismo
- 2.- Anemia
- 3.- Sífilis congénita
- 4.- Tuberculosis
- 5.- Disendocrinas
- 6.- Desnutrición

Los caninos inferiores existen en menor número que los superiores - 51% - 4%, un gran número de caninos retenidos en la mandíbula son portadores de quistes dentígeros de volúmenes y estado clínico variable.

Para el estudio de las diferentes clases de retenciones que presentan los terceros molares superiores e inferiores, Winter ha propuesto - clasificar las retenciones con respecto a la colocación de la corona, - con respecto a la naturaleza ósea que rodea al diente y la posición del tercer molar con respecto al segundo.

Esta clasificación es muy útil pues de ella depende la elección de la técnica quirúrgica a seguir.

CLASIFICACION EN MANDIBULA

a) RETENCIÓN VERTICAL.- El tercer molar puede estar total o parcialmente cubierto por hueso, pero su eje mayor es sensiblemente paralelo a los ejes mayores del primero y segundo molar.

b) RETENCIÓN HORIZONTAL.- En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del primero y segundo molar.

c) RETENCIÓN MESIOANGULAR.- El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable, pero que está generalmente alrededor de 45°.

d) RETENCIÓN DISTOANGULAR.- El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por lo que ocupa la corona dentro de la rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

e) RETENCIÓN INVERTIDA.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal, es un tipo muy común y se denomina también paranormal.

f) RETENCIÓN BUCOANGULAR.- En este tipo el tercer molar ya no ocupa el mismo plano que el segundo molar, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que está orientado el segundo. La corona del molar retenido se encuentra dirigida hacia bucal.

g) RETENCIÓN LINGUANGULAR.- Como en la posición anterior el eje mayor del diente es perpendicular al plano en que están orientados el primero y segundo molar pero la corona del diente retenido se encuentra dirigida hacia el lado lingual.

Es importante también la ubicación del tercer molar con respecto a la arcada dentaria y puede presentar cuatro desviaciones que son :

DESVIACION NORMAL.- Mal denominada desviación, ya que el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

DESVIACION BUCAL.- El tercer molar está dirigido afuera del ovalo de la arcada, ó en posición bucal.

DESVIACION LINGUAL.- La desviación del tercer molar es hacia el lado lingual ó al contrario.

CLASIFICACION EN MAXILAR

POSICION VERTICAL.- El eje mayor del tercer molar es paralelo al segundo molar.

POSICION MESIOANGULAR.- El eje mayor del molar retenido, está dirigido hacia adelante. En esta posición la raíz del molar se encuentra vecina a la apófisis pterigoideas. La posición y el contacto de sus cúspides, con el segundo molar, impiden su erupción.

POSICION DISTOANGULAR.- El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara oclusal del tercer molar se encuentra dirigida hacia la apófisis pterigoideas, con la cual puede estar en contacto.

POSICION HORIZONTAL.- El molar se encuentra dirigido hacia el ca

rillo, con lo cual la cara oclusal puede ponerse en contacto, ó puede dirigirse hacia la bóveda palatina y erupcionar en ésta.

POSICION PARANORMAL.- En este caso puede el molar tomar diferentes posiciones, que sólo el estudio radiográfico nos podrá mostrar.

A) ESTUDIO CLINICO

El diagnóstico de los caninos incluidos o retenidos en el maxilar superior, su posición en relación con los dientes vecinos, su clasificación se realiza a través de un estudio clínico consistente en dos fases que son :

1) INSPECCION

2) PALPACION

INSPECCION.- La ausencia de un canino en la arcada, la persistencia de un diente temporal, pueden hacer sospechar la retención de una pieza ya sea en vestibulo ó en palatina, observándose visualmente una elevación ó relieve en el paladar ó vestibulo. La altura y forma de la bóveda palatina nos indicará la probable ubicación de la pieza, teniendo especial cuidado en no confundir el relieve formado por las raíces del lateral ó premolar.

PALPACION.- En la palpación nos valemos de nuestro dedo índice para confirmar la existencia de la elevación, sintiéndose ésta de la misma consistencia que la tabla ósea.

B) ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El examen radiográfico en caninos retenidos debe realizarse bajo ciertas normas para que éste sea de utilidad, tomando en cuenta la ubicación del diente según los tres planos del espacio; observando la cúspide, y el ápice, sus relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos, como son: seno, fosas nasales y los mismos dientes.

Así también observaremos la densidad del tejido o alguna otra anomalía existente.

Antes de iniciar la operación quirúrgica tendremos verificado a que tipo pertenece el diente retenido, el número de piezas para seleccionar la técnica más apropiada y evitar operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION CORONARIA

La radiografía nos debe mostrar con nitidez.

- a) La forma de la corona
- b) La existencia y dimensiones del saco pericoronario
- c) La distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral.
- d) La distancia con el conducto palatino anterior.

En el estudio clínico de los terceros molares, retenidos o incluí

dos tanto superiores como inferiores derecho e izquierdo, se observarán los mismos pasos de inspección y palpación pero se tendrá especial cuidado en el estudio radiográfico, ya que esta región anatomica ofrece dic dificultades que sólo podrán ser observadas a través de Rayos "X".

En los terceros molares superiores, es importante tomar en cuenta la relación que guardan estas piezas con la tuberosidad del maxilar la cual se encuentra constituida por el borde posterior del maxilar que -- presenta una forma roma y es más ancho en sentido bucolingual, consideraremos dos zonas en este borde que son :

La superior, que se encuentra en relación con la fosa pterigomaxi lar y la inferior que puede dividirse en dos regiones; la superior que se articula con el hueso palatino, la inferior libre, redondeada y convexa.

Desde el punto de vista radiográfico, tanto el hueso maxilar, como el palatino constituyen una sola entidad en la cual se aloja el tercer molar superior, pero es necesario identificar otras estructuras en relación con la tuberosidad y que son de suma importancia, me refiero - a :

- a) SENO MAXILAR
- b) APOFISIS CORONOIDES
- c) GANCHO DEL ALA INTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDES

SENO MAXILAR.- Radiográficamente es difícil encontrarle, pero ap:

rece a nivel del apice del segundo molar presentandose como una zona radiolúcida de forma de media luna, en algunos casos se alarga hasta el apice del tercer molar, cuando este se encuentra en posición correcta.

APOFISIS CORONOIDES.- Origina sobre la región del tercer molar superior y la tuberosidad una imagen inconfundible, aunque en casos de ausencia del molar es posible confundirla con una raíz o con la misma pieza, pues presenta forma triangular con base inferior y vértice superoanterior; esta imagen es producida debido a que al abrirse la boca el cóndilo se desliza hacia adelante sobre una zona articular y la apofisis coronoides se adelanta sobre el maxilar superior eclipsando ligeramente esta región y al coincidir los rayos, la imagen del apofisis puede coincidir con la tuberosidad o encontrarse alejada de ella aparentando entonces una raíz o un diente retenido.

GANCHO DEL ALA INTERNO DE LA APOFISIS PTERIGOIDES.- Se presenta como una zona radiopaca en forma de gancho o de lanza se localiza un poco alejada y por detrás de la tuberosidad, se puede encontrar cubierta en parte o en su totalidad por la imagen de la apofisis coronoides, por lo que puede confundirse con la imagen de una fractura, para que esto no suceda se recomienda recordar su localización radiográfica y anatómica.

Entre las estructuras importantes que debemos observar en nuestro estudio radiográfico de los terceros molares inferiores tenemos :

a) La línea milohiúdea

- b) La línea oblicua externa
- c) El hueso pericoronario
- d) El conducto dental interior

LINEA MLOHTODEA.- Es una cresta rugosa prominente y bien visible que se encuentra en la cara interna del cuerpo de la mandíbula, cruzándola en forma diagonal, imagen radiopaca, nítida y precisa que se encuentra situada por debajo de los apices del segundo y tercer molar y - en algunos casos puede coincidir con el límite superior del conducto -- dentario.

LINEA OBLICUA EXTERNA.- Es la prolongación del borde anterior de - la rama ascendente de la mandíbula que cruza en diagonal la cara externa del mismo, terminando en forma de penacho a nivel del primer molar, - de aspecto radiopaco que puede pasar inadvertido por la presencia de - los dientes pues estos presentan mayor opacidad.

HUESO PERICORONARIO.- Hueso que cubre total o parcialmente al tercer molar y así encontramos que existe en todos los límites del diente - como son : mesial, distal, bucal, lingual y oclusal. Es importante co - nocer la cantidad de hueso existente en relación con el tercer molar pa - ra la elección del lugar en que se abrirá la ventana por la cual sera - extraído el molar.

CONDUCTO DENTARIO INTERIOR.- Su localización es inferobucal con -- respecto a las raíces de los molares, pero en algunos casos es lingual,

aunque esto es excepcional, su distancia con los apices dentales es variable, su imagen es un trazo radiolúcido formado por dos líneas paralelas, las cuales se encuentran formadas por una cortical nítida rodeada por tejido esponjoso óseo normal.

La imagen del conducto dentario anterior cubre dos modificaciones importantes que son : la primera en su recorrido pues al ponerse en contacto la imagen del conducto con la de las raíces, el conducto tiende a arquearse en dirección a los apices; la segunda modificación es en la intensidad, de la imagen a nivel del cruce y se debe al hecho de la superposición de tejidos cemento dentinarios con la imagen del conducto.

C) TRATAMIENTO

CANINOS SUPERIORES

El colgajo será lo bastante amplio para facilitar el acceso, se dejará un margen de hueso para que descanse el colgajo y se evitara el traumatismo de los tejidos blandos.

Es más difícil la intervención de caninos cuando estos se encuentran en palatino. El doctor Hardman, sugiere que todos los caninos incluidos en la bóveda palatina tienen su apice en el sitio en que debería estar usualmente, pues en vestibular lo más frecuente es seccionarlo para respetar los alveolos de los incisivos, complicando la técnica operatoria, en caninos vestibularizados la incisión que empleamos es la

de Neuman o la de Partch.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.- Debe mantenerse levantado durante el curso de la intervención con objeto de tener una visibilidad óptima en el campo en que se está trabajando; desde luego sin traumatizar las - - áreas adyacentes, esto se logra con separadores.

OSTEOTOMIA.- Puede hacerse con fresa quirúrgica y es mas fácil por vestibular, pues la tabla externa no tiene la dureza y solides de la bóveda palatina.

EXTRACCION.- Puede extraerse enteros después de estudiar la tapa ósea, se luxan con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea después se toma con una pinza y se extrae.

MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores.

La extracción de los terceros molares inferiores retenidos constituyen la mayoría de las veces una tarea sumamente difícil y complicada debida a la ubicación, el difícil acceso, la saliva y la sangre que obstruyen el campo operatorio. sin embargo las retenciones para ambos son -

iguales, vertical, horizontal, mesioangular, distonangular, invertida, - bucoangular y linguoangular y las desviaciones iguales dependiendo su nombre del lugar que se trate: maxilar ó mandibular. Por lo tanto las técnicas para la Cirugía de los molares retenidos será prácticamente la misma con diferencia en el tipo de incisión que el Cirujano elija o con la que el caso requiera, a continuación menciono los pasos quirúrgicos que se realizan en cualquier intervención y una breve explicación de cada uno de ellos :

- a) Incisión
- b) Preparación de los colgajos
- c) Osteotomía y ostectomía
- d) Operación propiamente dicha
- e) Tratamiento de la cavidad
- f) Sutura

INCISION.- Maniobra mediante la cual se abren los tejidos hasta - llegar a planos más profundos y realizar así el objetivo perseguido, para esto nos valdremos de un bisturí y seleccionaremos la hoja más adecuada al caso.

PREPARACION DE COLGAJO.- Hecha la incisión obtendremos el colgajo que refiriéndose a la mucosa bucal es el trozo de mucopitelio limitado por dos incisiones o por la superficie de una incisión arqueada, con un

periostómo ó legra introducida en los labios de la herida apoyada contra el hueso se harán movimientos de latelalidad y giro a fin de desprender el colgajo de su inserción en el hueso ayudados por pinza de disección ó de mosco, con los cuales se levantará el colgajo en el momento en el que el instrumento elegido lo desinserte del hueso.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiera la operación para evitar problemas con él ó tener que prolongar la incisión durante el proceso operatorio.

OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA.- Consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege ó aloja el objeto de la operación; se puede realizar con escoplo, pinzas gubias ó fresas.

La utilización de fresa quirúrgica simplifica la técnica evitando el calentamiento excesivo a base de irrigación de agua ó suero fisiológico que será absorbido por un aspirador quirúrgico.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA.- Eliminadas las estructuras óseas -- que significan la resistencia se inicia el acto quirúrgico de la pieza retenida, movilizandó según principios mecánicos definidos y no utilizando excesiva fuerza que significará trauma o molestias y por consiguiente retardo del tiempo de cicatrización.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.- Una vez terminada la extracción de la pieza a tratar se procede a la eliminación quirúrgica del saco pericoro

nario con cucharillas, separándolo del saco conjuntivo y la cavidad - -
ósea, lavaremos perfectamente la cavidad ósea a presión con suero fisiológico para retirar cualquier tipo de impurezas ó para facilitarnos la revisión de que no existan superficies cortantes que nos traieran como consecuencia infecciones postoperatorias, secaremos con gasas esterilizadas la cavidad para continuar con el paso siguiente.

SITURA.- Maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados durante el acto quirúrgico, utilizando el material de sutura que --
mas convenga: seda, nylon, catgut o daxon y principiando por planos profundos hasta llegar a planos superficiales, en este tipo de intervenciones basta con suturar el plano mucoso.

La sutura la realizamos ayudados por pinzas porta-agujas en la - -
cual colocamos la aguja que trae incluido el hilo atraumático lo hacemos pasar por uno de los bordes de la incisión después por el siguiente tratando siempre de que estén a la misma altura para que los tejidos --
queden lo mas junto posible al lugar en que se encontraban antes de la Cirugía.

CAPITULO III

CIRUGIA PERIAPICAL

La apicectomía es una intervención que consiste en amputar el ápice radicular y curetear los tejidos periapicales adyacentes.

La apicectomía es la intervención quirúrgica más frecuente realizada como tratamiento complementario de la Endodoncia, los resultados - favorables que investigadores como Grossman, Shepard y Pearch, son de - un 95% de los dientes bajo apicectomía que mostraron regeneración ósea - completa.

Existiendo varias técnicas así como medicamentos empleados que -- cualquiera que sea seleccionado por el operador según sus conocimientos y habilidad obtendrá buenos resultados rápidos, simples y seguros.

El término APICECTOMIA, etimológicamente considerado decimos espe- cíficamente el acto más importante de la intervención; en efecto, APIC- significa ápice, la partícula EC, extraer y TOMIA, cortar, lo cual signi- fica cortar el ápice y extraerlo.

La apicectomía es una intervención de cirugía estética por excelen- cia, todas las operaciones de Cirugía dentomaxilar están regladas por- principios de estética, he aquí la diferencia fundamental entre el Ciru- jano General y el Cirujano Maxilofacial, no se concibe a éste haciendo-

Cirugía sin cuidar la estética; luego entonces la apicectomía específicamente es una intervención estética porque se realiza para conservar el diente.

La apicectomía únicamente la realizamos en los seis dientes anteriores superiores y en muy pocas ocasiones en los seis anteriores inferiores, esto en pacientes jóvenes que no padecen de ningún trastorno orgánico grave; la proximidad del seno maxilar en los premolares hace que esté contraindicada en estas piezas, asimismo la apicectomía que se practica deberá dejarse las dos terceras partes de la raíz y dicho procedimiento quirúrgico ha de emplearse únicamente cuando no existe enfermedad periodontal.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMIA

Los accidentes y complicaciones en la apicectomía, se deben a innumerables factores como pueden ser: mala elección del caso, diente multiradicular con proceso de paradentosis o técnica equivocada, falta de asepsia quirúrgica, fuerza oclusal y oclusión traumática.

Los fracasos de apicectomía podemos enumerarlos en la siguiente clasificación:

- 1) Insuficiente resección del ápice radicular*
- 2) Insuficiente resección del proceso periapical*
- 3) Lesión de los dientes vecinos*
- 4) Lesión de los órganos o cavidades vecinas*

- a) Perforación del piso de las fosas nasales
 - b) Perforación del seno maxilar
 - c) Lesión de los vasos y nervios palatinos
 - d) Lesión de los vasos y nervios mentonianos
- 5) Fractura o luxación del diente en tratamiento
 - 6) Perforación de las tablas óseas, lingual o palatina

APICECTOMIA EN UNA SESION

En la apicectomía inmediata o en una sola etapa se hará primero el tratamiento endodóncico e inmediatamente después la amputación radicular.

El éxito completo de la apicectomía depende en gran parte del tratamiento endodóncico que debe ser realizado siguiendo sus pasos que son:

- 1) Anestesia
- 2) Colocación del dique de hule
- 3) Acceso
- 4) Conductometría
- 5) Trabajo biomecánico
- 6) Prueba de puntas
- 7) Obturación final

Las ventajas de una apicectomía en etapas son:

- a) Economía del tiempo, tanto para el paciente como para el operador.

- b) La reparación de hueso dañado es el mismo en una ó en dos etapas.

Como objeciones podemos mencionar:

- a) Peligro de forzar material séptico a través del forámen apical con riesgo de causar una bacteremia ó una infección localizada que demoraría la cicatrización.
- b) Falta de esterilización del conducto antes de obturarlo

La apicectomía inmediata se realizará en piezas que no presenten sintomatología dolorosa, si la pieza por intervenir presenta molestias deberá dejarse abierto el conducto para facilitar la evacuación del contenido, la resección radicular podrá realizarse una vez que la pieza no moleste o presente tumefacción.

APICECTOMIA EN DOS SESIONES

Se hace la preparación biomecánica del conducto radicular y se se ella temporalmente con pasta poliantibiótica.

Esta intervención está indicada en los siguientes pasos:

- a) Cuando se efectúa en niños.
- b) Cuando se va a realizar una apicectomía en dos ó más dientes.
- c) Cuando el dentista no tiene mucha experiencia en Endodoncia y Cirugía.

PASOS PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA EN LA APICECTOMIA

- a) Historia Clínica
- b) Estudio radiográfico
- c) Selección de Instrumental
- d) Anestesia
- e) Preparación del campo
- f) Incisión
- g) Separación del colgajo
- h) Trepanación
- i) Corte del ápice
- j) Raspado periradicular
- k) Lavado de la cavidad
- l) Sutura

Hay ocasiones en que es necesario sellar el ápice radicular por vía retrógrada, como es el caso de dientes portadores de coronas pivotadas.

CAPITULO IV

FRENILECTOMIA

Los frenillos lingual y labial a menudo se pasan por alto en un -- examen bucal sistemático, porque rara vez son problema, sin embargo las interferencias más comunes en el vestibulo bucal son las bridas cicatrizales, los frenillos y las inserciones musculares altas que tienden a movilizar las prótesis cuando se accionan los labios o los carrillos, causando ciertas anomalías y siendo necesaria su intervención quirúrgica.

No es rara la hipertrofia del frenillo labial, principalmente en -- los niños pequeños en quienes la anomalía tiene una propensión a producir la ectopía y la oclusión defectuosa de los incisivos superiores u diastemas interincisivos.

El frenillo labial ocupa una posición muy importante en la boca -- y una anomalía de él produce una deformidad de la arcada dental llegando hasta ocasionar la separación exagerada de los dientes; esta deformidad no sólo es antiestética sino que ocasiona debilitamiento a los tejidos gingivales, además de exponerlos a constantes irritaciones.

ANATOMIA DEL FRENILLO LABIAL. - Es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio se inserta sobre la línea de

unión de los maxilares superiores.

Algunos frenillos no terminan a este nivel sino que descienden hasta el borde alveolar rodeándole y terminando en la bóveda palatina.

Histológicamente el frenillo está constituido por tres capas :

- a) Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal
- b) Tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- c) Submucosa que contiene glándulas mucosas ó linfáticas.

FORMAS

Jacobs describe cuatro tipos de frenillos anormales :

- 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 entre el labio e incisivos
- d) Amplio frenillo difuso adiposo

Monti, reconoce tres tipos de frenillos

- a) El frenillo alargado pero que presenta sus bordes derecho a izquierdo paralelos.
- b) El frenillo de forma triangular cuya base coincide en el surco gíngival
- c) El frenillo triangular a base inferior

ANOMALIAS OCASIONADAS POR FRENILLO

Los diversos tipos de frenillo ocasionan distintas anomalías dentarias, según Monti son :

- Los frenillos tipo "a", ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos.
- El frenillo tipo "b" origina diastema cuya característica reside en que los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.
- El frenillo tipo "c", origina también un diastema teniendo sus coronas separadas y sus ápices juntos.

OPORTUNIDAD DE LA EXTIRPACION DEL FRENILLO

La operación quirúrgica durante los primeros años de la vida tiene algunas ventajas y algunos autores recomiendan la escisión del frenillo lingual antes de la primera dentición lo cual no es conveniente, - - creo que la edad más adecuada para practicar la operación es después de la erupción de los caninos permanentes, ya que en esta época puede saberse con precisión la magnitud de la deformidad y es más manejable el paciente a esta edad, pudiéndose realizar con anestesia local.

TECNICAS PARA LA REALIZACION DE FRENILECTOMIA

FEDERSPIEL.- Previa anestesia local infiltrativa se levanta el la-

bio superior para que el frenillo quede tenso y pueda ser cortado con bisturí se circunscribe a manera de óvalo la base del abanico a derecha e izquierda del frenillo, llegando así en profundidad hasta el hueso no seccionando la extremidad alveolar, la cual se escarifica con galvano-cauterio.

La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con pinza de Kocher ó pinza de disección; se despega el tejido a researse por medio de una legra ó espátula roma, los bordes de la herida se reúnen con dos ó tres puntos de sutura.

L'HIRODEL Y ARANOWICZ

PRIMER TIEMPO.- Levantamiento del labio para mantener tenso el frenillo que adquiere así una forma triangular a base superior y vértice inferior siendo el cateto mayor la incisión del frenillo en el hueso y la hipotenusa el borde mucoso.

Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura la sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

SEGUNDO TIEMPO.- La herida hecha por la tijera afecta una forma losangica, determinada por la acción de ciertos músculos de los labios; esta imagen losangica puede ser descompuesta en dos triángulos reunidos por su base a nivel del surco vestibular.

TERCER TIEMPO.- Se reseca a bisturí el cordón fibroso del freni-

llo se le extirpa y se cauteriza.

CUARTO TIEMPO.- Se sutura poniendo dos ó tres puntos hasta juntar la herida.

MEAD

Se hace una incisión elíptica con la curvatura hacia abajo en el extremo superior del frenillo en el sitio donde se forma el repliegue-gingivolabial, se hace luego otra incisión que partiendo de la primera se dirija hacia abajo a lo largo de cada uno de los lados del frenillo y en medio de los dientes; en seguida se hace la ablación de la porción comprendida entre las tres incisiones, para lo cual se despega el colgajo con tegra y se corta el tejido con tijeras, disecado el frenillo se secciona en su límite superior y se sutura.

WASSMUND

Tiene dos operaciones para la resección del frenillo y tratamiento del diastema.

OPERACION UNO

DESPEGAMIENTO PLASTICO DEL FRENILLO.- Se practica una incisión a ambos lados del frenillo de 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 perióste subyacente por seccionamiento en plano de la submucosa a manera -

de dejar parte de este tejido reposando sobre el periostio, de este modo el periostio queda mas grueso y permite realizar las maniobras posteriores, se adapta el colgajo triangular obtenido de manera que el frenillo no actue, se fija por suturas mucosas previa escavación de las partes laterales de la incisión.

OPERACION DOS

EL TRATAMIENTO OSEO SEGUN WASSMUND

Después de la operación uno, se incide el periostio y la delgada capa de submucosa se incide el periostio y la delgada capa de submucosa - en la línea media y se separan estos elementos del hueso, la osteotomía se realiza con una fresa redonda del no. 3, haciendo pequeños orificios que circunscriban el hueso a researse y eliminando con escoplo filoso - se vuelve el periostio filoso a su lugar y se sutura cubriendo el periostio descubierto con gasa yodoformada.

Para la eliminación de las bridas o frenillos vestibulares se emplea exactamente la misma técnica.

El frenillo lingual habrá de ser cortado en aquellas ocasiones en que el paciente tenga dificultad en la pronunciación de algunos fonemas, como el caso de la r, s, d, etc.

En estos casos se deberá realizar la frenillotomía la que consiste solo en cortar el frenillo sin eliminar ninguna porción del mismo.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

CAPITULO V

BIOPSIA

El termino *biopsia* proviene del griego "BIOS" , vida y "OPAS" *visión*, así que etimologicamente significa: *visión microscópica del tejido que se va a extirpar de un ser vivo.*

Es imprescindible para el diagnóstico de cualquier neoplasia obtener muestras de los tejidos para un examen microscópico es además de gran utilidad para preparar un tratamiento y verificar los resultados de éste o la extensión de la enfermedad; por lo tanto la *biopsia* no solo se reserva para lesiones evidentemente malignas por el contrario son útiles para descartar un tumor maligno en lesiones aparentemente sin gravedad, la idea de que la *biopsia* puede causar expansión es solo pretexto para deslindar responsabilidades, y en los casos en que pueda ocurrir, debe correrse el riesgo para obtener un diagnóstico acertado.

Existen diferentes tipos de *biopsia* para la obtención de la muestra:

- a) *Biopsia escisional*
- b) *Biopsia incisional*
- c) *Biopsia por punción o aspiración*

- d) *Biopsia por raspado*
- e) *Biopsia por trepanación*
- f) *Biopsia por sacabocado*

BIOPSIA ESCISIONAL.- Esta se efectúa cuando la lesión es pequeña y por lo tanto no es práctico extirpar sólo una parte de ella sino su totalidad.

BIOPSIA INCISIONAL.- Se reserva para lesiones extensas de donde se toma una porción de la masa debiendo ser profunda y angosta e incluir tejido normal adyacente.

BIOPSIA POR PUNCIÓN O ASPIRACION.- Es cuando se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar células, muchas veces sólo se obtiene líquido o semilíquido y en caso de que haya fragmentos tisulares estos suelen ser pequeños.

BIOPSIA POR RASPADO.- Arrastre mecánico de tejido con carentas - - apropiadas, su empleo es de gran utilidad en estudios bucofaringeos.

BIOPSIA POR TREPANACION.- Se emplea en estructuras óseas de gran intensidad y consistencia firme empleando taladro o aguja trefina.

BIOPSIA POR SACABOCADO.- Consiste en la recepción de un fragmento mediante instrumentos especiales como pinzas sacabocados.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA BIOPSIA

INDICACIONES:

- a) *En lesiones sospechosas de malignidad*
- b) *En cualquier lesion anormal o cualquier zona radiologica anormal de la cavidad oral.*
- c) *Para determinar el grado de malignidad*
- d) *Para determinar el grado de radiosensibilidad*
- e) *Para determinar el grado y la forma de extensión local*

CONTRAINDICACIONES:

- a) *Cuando hay posibilidades de alterar el comportamiento de un tumor latente.*
- b) *En lesiones sarcomatosas pues suelen ser bastante vascularizadas.*
- c) *Nunca debe someterse un melanoma.*

TECNICAS PARA LA BIOPSIA

- 1) *Hay que elegir el area ó areas más representativas del proceso patologico.*

- 2) Es preferible practicar biopsias profundas y angostas y no biopsias anchas y poco profundas, de esta manera se incluye una porción del tejido normal adyacente y el pa tologo puede darse cuenta de cualquier reacción a la actividad del tumor.
- 3) Son preferibles cortes elípticos de forma de "V" en el tejido normal circular.
- 4) Evitar comprimir o dañar la muestra de tejido, el aneste sico puede causar serios deterioros en la muestra.
- 5) El tejido extraído debe ser colocado en un frasco que contenga formol al 10%.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Las muestras de citología exfoliativa bucal en zonas anatómicas - inaccesibles constituyen ayudas diagnósticas para la detección de enfermedades malignas, pues al perder su cohesividad, las células más profundas pueden ser exfoliadas junto con las células superficiales, esta técnica está destinada a comprobar alteraciones malignas en las células tomadas de la superficie de lesiones carcinomatosas y adquiere su mayor importancia en los cánceres que clínicamente no tienen aspecto sospechoso.

Debemos de insistir en que los resultados negativos de los estudios de este tipo carecen de valor, pues hasta el presente dicha técnica sólo debe ser considerada como coadyuvante de la biopsia, el examen citológico es aplicable primeramente a lesiones epiteliales, es raramente útil para la evaluación de tejido conectivo o de condiciones malignas no epiteliales.

Rovin informa que en extendidos de 50 casos de carcinomas bucales comprobados, 15 de ellos resultaron negativos. Lo cual da un índice falsamente negativo de 30%. Agrega Rovin que ha hallado resultados falsamente positivos, particularmente en el caso de epitelio reparador o severamente inflamado.

Shapiro y Gorlin, también informan acerca de la existencia de un alto índice de resultados falsamente positivos ó negativos, llegando a

la conclusión de que la citología exfoliativa bucal debe ser reservada para:

- 1.- Su empleo conjunto con la biopsia ó
- 2.- El caso de lesiones tan inocentes desde el punto de vista clínico que la biopsia no se justifique.

FROTIS

En cierto sentido se puede considerar a los frotis de gran utilidad en la citología exfoliativa, o como una forma de biopsia puesto que se toma material para su examen en el laboratorio, cuando se sospecha un proceso inflamatorio específico como la sífilis o la tuberculosis.

TECNICA CITOLOGICA

- 1.- Se facilitará la obtención de la muestra de células si la lesión se humedece primero con saliva del propio paciente, o con suero fisiológico o agua aplicados por el Cirujano.
- 2.- La lesión se raspa firmemente con un bajalengua, una espátula o un instrumento similar, pueden requerirse varios pasajes del instrumento raspador para lograr una muestra adecuada.
- 3.- El material raspado se extiende sobre la superficie de una lámina de vidrio (portaobjeto) por lo común se preparan dos láminas por cada-

Área por raspar.

4.- Los portaobjetos son inmediatamente sumergidos en fijativo o bañados con él, dejándose secar al aire, si se sumergen se les retira al cabo de 30 minutos dejándolo secar al aire, uno de los fijadores -- que pueden utilizarse es el alcohol étilico de 95%.

5.- Una vez secos los portaobjetos se envían al laboratorio de -
citología para diagnóstico. Difieren en algo los métodos para las mues
tras enviadas por correo de modo que conviene seguir las instrucciones
del laboratorio que se hará cargo del análisis...

CONCLUSIONES

Considero de gran importancia, el problema de dientes retenidos, sea cual fuere la pieza impactada o retenida, ya que el porcentaje es elevado y el cuidado que se debe de tener con el paciente requiere mucho más que el simple conocimiento y habilidad técnica, formulando un diagnóstico definitivo y certero, ayudados por una historia clínica completa y auxiliados por el estudio radiográfico.

La Cirugía periapical se realiza con el fin de preservar, las piezas que por los diversos procesos patológicos o tratamientos inadecuados el paciente puede perder la pieza, tratando por este medio de conservarla, eliminando la lesión periapical, devolviendo su completa normalidad y eficacia funcional de los dientes y de las estructuras de sustentación, así como de las partes circundantes de la cavidad oral y de las diversas estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilo-facial.

Los frenillos son una alteración atrofica muscular congénita, los cuales intervienen muchas veces, en la fisiología de la cavidad oral, alterando su función y siendo necesaria la intervención quirúrgica, conocida como frenilectomía; los casos que más se presentan son: en fonación, dificultad para hablar, protesica, desaloja de placas, ortodonci-

co causando diastemas (no comprobadas) y parodontico retracción gingival.

La biopsia consiste en la investigación microscopica de los tejidos interesados, tomados de la lesión sospechosa, para efectuar un buen diagnóstico es menester que se realice la biopsia y así aplicar también la terapeutica adecuada, según el tipo de neoplasia.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER W. Harry

CIRUGIA BUCAL

Buenos Aires, Ed. Mundi, S.A.

BURKET W. Lester

MEDICINA BUCAL

México, Ed. Interamericana, S.A.

COSTICH

CIRUGIA BUCAL

México, Ed. Interamericana, S.A.

HARTMAN Gordon F.

1er. Curso de Actualización en

Cirugía Bucal y Maxilofacial

C.N.C.D. 1980

KURT H. Thoma

CIRUGIA BUCAL

Ed. Hispanoamericana

KRUGE O. Gustavo

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

México, Ed. Interamericana, S.A.

MANUAL ILUSTRADO DE ANESTESIA LOCAL

Editado por Astra, Suecia

RIES CENTENO Guillermo

CIRUGIA BUCAL

Buenos Aires, Edo. Ateneo.