



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

CIRUGIA CORRECTORA DE TEJIDOS

BLANDOS

(PARA LA COLOCACION DE PROTESIS)

JORGE ALEJANDRO LOPEZ PEREZ

SAN JUAN IZTACALA

1984



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.

INDICE

INTRODUCCION	Pág	1
CAPITULO I		
DEFINICION DE CIRUGIA BUCAL	"	3
1.1 Consideraciones Anatómo-fisiológicas	"	3
1.1.1 Huesos de la cara	"	3
1.1.2 Maxilar Superior	"	4
1.1.3 Maxilar Inferior	"	7
1.1.4 Músculos Masticadores	"	10
1.2 Historia Clínica	"	13
1.3 Exámen Extrabucal	"	17
1.4 Exámen Bucal	"	21
1.5 Exámen Radiográfico	"	23
CAPITULO II		
TECNICAS QUIRURGICAS	"	25
2.1 Incisión	"	25
2.2 Colgajos	"	28
2.3 Hemostasia	"	30
2.3.1 Hemorragia	"	30
2.3.2 Etiología	"	31
2.3.3 Factores de Coagulación	"	32
2.3.4 Hemostasia	"	34
2.4. Sutura	"	37
2.4.1 Material de Sutura	"	37
2.4.2 Técnicas de Sutura	"	38

CAPITULO III

HIFERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DE PALADAR	Pág	41
3.1 Anatomía Descriptiva del Paladar	"	41
3.2 Constitución Anatómica	"	42
3.3 Etiología	"	44
3.4 Manifestaciones Clínicas	"	45
3.5 Tratamiento	"	45

CAPITULO IV

HIFERPLASIA FIBROSA DE LA MUCOSA DEL PROCESO ALVEOLAR	"	48
4.1 Concepto	"	48
4.2 Constitución Anatómica	"	48
4.3 Etiología	"	51
4.4 Técnica Quirúrgica	"	51

CAPITULO V

HIFERPLASIA GINGIVAL		
5.1 Concepto	"	54
5.2 Características Clínicas	"	54
5.2.1 Encía Marginal	"	55
5.2.2 Encía Insertada	"	55
5.2.3 Encía Interdental	"	56
5.3 Etiología	"	57
5.4 Gingivectomía	"	57
5.5 Técnica Quirúrgica	"	58
5.6 Gingivoplastia	"	64

CAPITULO VI
FRENILECTOMIA

6.1 Frenillo Vestibular	Pág	69
6.1.1 Anatomía Descriptiva	"	69
6.1.2 Constitución Anatómica	"	69
6.1.3 Formas de Frenillo	"	70
6.1.4 Indicaciones	"	70
6.1.5 Técnicas Quirúrgicas	"	71
6.2 Frenillo Lingual	"	74
6.2.1 Anatomía Descriptiva	"	74
6.2.2 Constitución Anatómica	"	75
6.2.3 Técnicas Quirúrgicas	"	76

CAPITULO VII

PROFUNDIZACION DE VESTIBULO

7.1 Anatomía Descriptiva	"	79
7.2 Constitución Anatómica	"	80
7.3 Técnicas Quirúrgicas	"	81
7.3.1 Vestibuloplastia	"	81
7.3.2 Surcoplastia Lingual	"	87

CONCLUSIONES " 92

BIBLIOGRAFIA " 94

INTRODUCCION

Debido al gran número y diferentes tipos de afecciones que se presentan en cavidad oral, se han desarrollado dentro de la rama odontológica múltiples especialidades, que se enfocan a diversas y complejas enfermedades de etiologías diferentes.

La cirugía bucal es una especialidad odontológica que desarrolla una terapéutica un tanto diferente a la de las demás ramas, sin embargo, no queda, por este hecho apartada de la odontología, sino por el contrario, es la conjunción de la CIRUGIA BUCAL con las demás ramas o especialidades odontológicas, la que dará el éxito final a la terapéutica odontológica.

La cirugía correctora de tejidos blandos, es la conjunción de la rama quirúrgica con la rehabilitación bucal protésica, devolviendo al individuo la función y estética, y al mismo tiempo la estabilización conjunta del Sistema Estomatognático.

La cirugía de tejido blando en cavidad bucal, suele realizarse para corregir un defecto congénito, adquirido ó eliminar algún estado patológico, desde luego debe planearse y hacerse de tal manera que se obtenga el mejor resultado desde el punto de vista fisiológico y estético, así como la anatomía adecuada para la colocación de la prótesis.

Es de gran importancia conocer los procedimientos quirúrgicos, para tratar las afecciones de los tejidos blandos, que no podemos eliminar por medio de procedimientos convencionales, pero que al ser tratados por medio de la Cirugía Bucal pueden llevar al individuo a un estado de salud óptimo, para esto el odontólogo debe estar al tanto de la localización

de nervios y vasos sanguíneos importantes, y manipular los tejidos blandos con cuidado y delicadeza.

La vida moderna requiere de una interrelación de factores sociales y estéticos que antiguamente no tenían importancia y que hoy son prioritarios, por esto es necesario en la colocación de prótesis el uso de técnicas quirúrgicas para integrar al paciente a su vida de interrelación y evitarle problemas psicológicos, fonéticos, funcionales, etc., y es aquí donde entran en juego todos nuestros conocimientos para lograr que nuestro paciente no sufra las consecuencias de prótesis mal adaptadas.

CAPITULO I

DEFINICION DE CIRUGIA BUCAL

Cirugía bucal es la rama de la odontología que trata del diagnóstico, tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos del maxilar, mandíbula y regiones adyacentes.

El conjunto óseo - mucoso - muscular es una unidad, que a causa de los traumas protéticos pueden atrofiarse o estimularse, es aquí donde podemos observar la importancia de la interreacción de las ramas de la odontología, en este caso la cirugía y la prótesis bucal puesto que gracias a los procedimientos quirúrgicos aunados a un buen trabajo protético, podemos evitar la pérdida de los procesos maxilar y mandibular.

1.- Consideraciones Anatómo - Fisiológicas.

1.1 Huesos de la cara.

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones. La inferior está integrada únicamente por el maxilar inferior; la superior, en cambio, es muy compleja y está constituida por trece huesos: doce de ellos están dispuestos por pares, a un lado y al otro del plano sagital, mientras el restante es impar y coincide con este plano.

Los huesos pares son los maxilares superiores, los malares, los unguis, los cornetes inferiores, los huesos propios de la nariz y los palatinos. El impar es el vomer.

Malares: Forman el esqueleto del pómulos y está situado entre el maxilar superior, el frontal, el ala mayor del esfenoides y la escama del temporal. De forma cuadrangular, se pueden distinguir en el dos caras, cuatro

bordes y cuatro ángulos.

Ungis o hueso lagrimal: Es un hueso plano, de forma - cuadrilátera, colocado en la parte anterior de la cara interna de la órbita, entre el frontal, el etmoides y el maxilar superior. Presenta dos caras y cuatro bordes.

Cornete inferior: Es un hueso de forma laminar adherido a la pared externa de las fosas nasales. De contorno ligeramente romboidal, se pueden distinguir en él dos caras, - dos bordes y dos extremidades.

Huesos propios de la nariz: Son huesos planos, de forma cuadrangular, situados entre el frontal por arriba, y las ramas ascendentes de los maxilares superiores por fuera y - atrás. Se distinguen en él dos caras y cuatro bordes.

Palatinos: Están situados en la parte posterior de la cara, por detrás de los maxilares superiores. Se pueden distinguir en cada uno de ellos dos partes ó láminas: una horizontal, más pequeña, y una vertical.

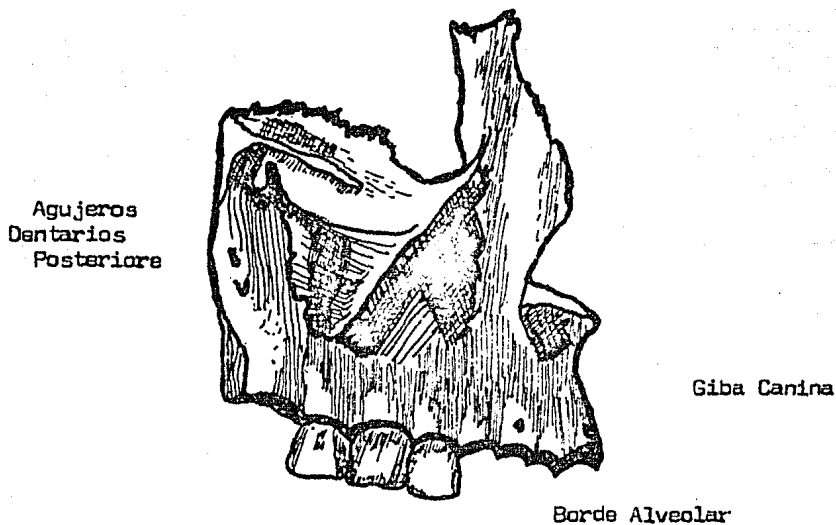
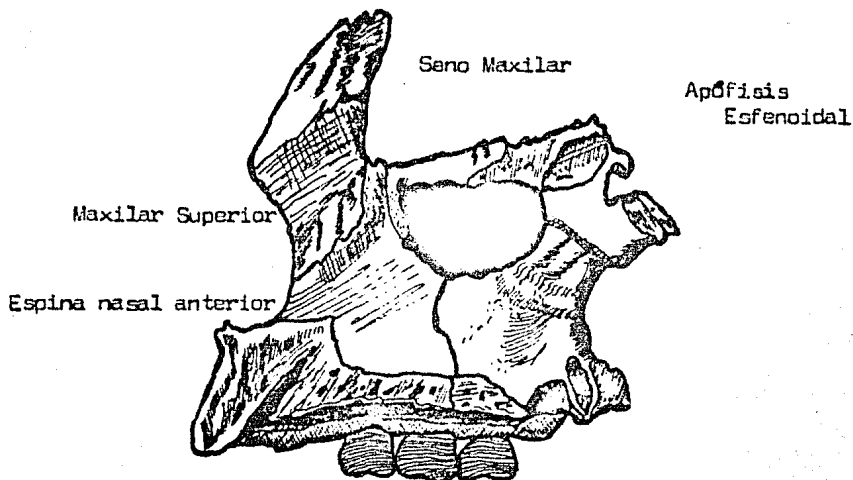
Por ser de gran importancia para el odontólogo, trataremos más ampliamente los huesos maxilares superiores y la mándíbula.

1.2 Maxilar superior.

Su forma se aproxima a la cuadrangular, siendo algo aplanada de fuera a adentro. Presenta las siguientes partes: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una - cavidad o seno maxilar.

Cara interna: En el límite de su cuarta parte inferior destaca una saliente horizontal, de forma cuadrangular, denominado apófilis palatina, su cara superior forma parte del - piso de las fosas nasales y su cara inferior, con muchos orini

MAXILAR SUPERIOR , CARA INTERNA



MAXILAR SUPERIOR , CARA EXTERNA

ficios vasculares, forma gran parte de la bóveda palatina. - Al nivel del borde interno, existe un surco que, con el del otro maxilar, origina el conducto palatino anterior. Por él pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina.

Cara Externa: En su parte anterior se observa, por encima el lugar de implantación de los incisivos, la foseta - mirtiforme, donde se inserta el músculo mirtiforme. Por detrás y arriba destaca un saliente de forma piramidal llamada apófisis piramidal. Esta apófisis, en su cara posterior presenta diversos canales y orificios, denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios - posteriores y las arterias alveolares, destinadas a los grupos malares.

Borde anterior: Presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Más arriba muestra el borde anterior de la apófisis ascendente.

Borde posterior: Es grueso, constituye la llamada tuberosidad del maxilar.

Borde superior: Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita, y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides.

Borde inferior: Llamado también borde alveolar, ya que presenta una serie de cavidades cónicas ó alveólos dentarios, donde se alojan las raíces de los dientes.

Estructura: La parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar están formados de tejido esponjoso, mientras el resto del hueso se halla constituido por tejido compacto. En el centro del hueso existe una gran cavidad llamada seno maxilar, en forma de

pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo.

1.3 Maxilar Inferior (mándibula)

Forma él solo la parte inferior de la cara y se puede considerar dividido en un cuerpo y dos ramas.

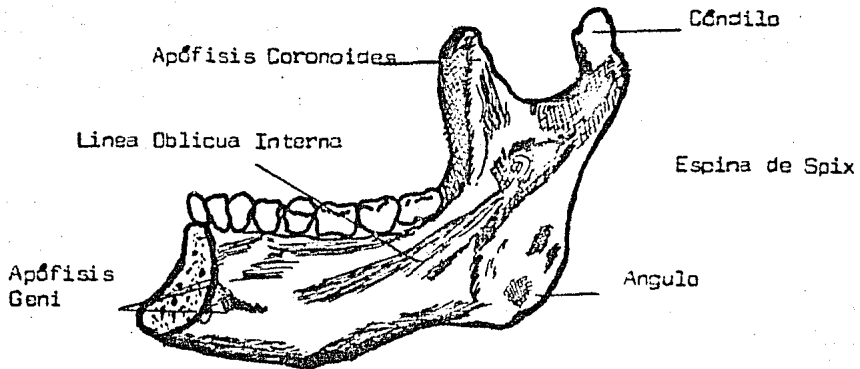
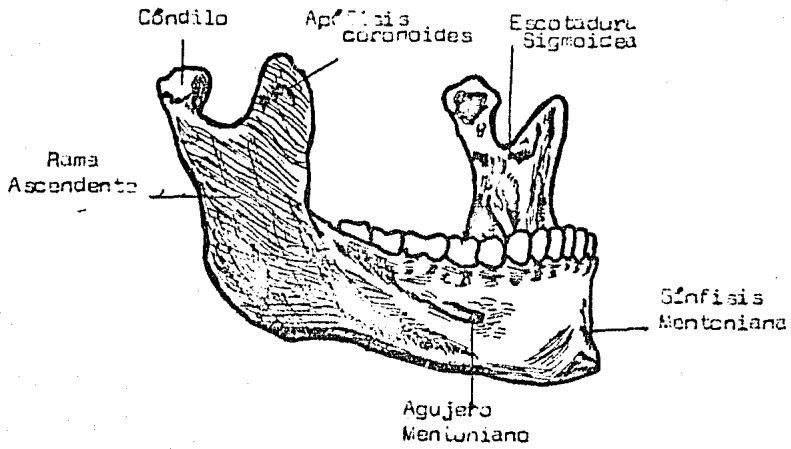
Cuerpo: Tiene forma de herradura, cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás. Se distingue en él dos caras y bordes.

Cara anterior: Lleva en la línea media, una cresta vertical, conocida con el nombre de sínfisis mentoniana. Su parte inferior se denomina eminencia mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, agujero mentoniano, por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás aún se observa una línea saliente, se llama línea oblicua externa del maxilar, y en ella se insertan los músculos: triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

Cara posterior: Presenta, cerca de la línea media, cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos, sobre las dos inferiores se insertan los geniohioideos. Partiendo del borde anterior, se encuentra una saliente, línea oblicua interna ó milomioidea que sirve de inserción al músculo milohioideo. Inmediatamente por fuera de las apófisis geni, se observa una foseta ó foseta sublingual, que aloja la glándula del mismo nombre. Más afuera aún, por debajo de dicha línea y en la proximidad del borde inferior hay otra foseta más grande, llamada foseta submaxilar, que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

Bordes: El borde inferior es redondeado. Lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas a cada lado de la

MAXILAR INFERIOR, VISTA ANTEROLATERAL



MAXILAR INFERIOR, CARA INTERNA

línea media; en ellas se inserta el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar, presenta una serie de cavidades ó alveolos dentarios. Mientras los anteriores son simples, los posteriores están compuestos de varias cavidades, y todos ellos se hallan separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdientarias, donde se inxertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas: En número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas y de forma cuadrangular; su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Tienen por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

Cara externa: Su parte inferior es más rugosa, ya que sobre ésta se inserta el músculo masetero.

Cara interna: En la parte media de esta cara, se encuentra un agujero amplio, denominado orificio superior del conducto dentario; por él se introducen el nervio y los vasos dentarios. Un saliente triangular o espina de spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar. Tanto este borde como el posterior se continúan hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Bordes: El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante.

El borde superior posee una amplia escotadura, denominada escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesos salientes: la apófisis coronoides, por delante, y el cóndilo del maxilar inferior por detrás. La primera es de forma triangular, con vértice, con vértice superior, sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal. La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetéri-

ca con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos. El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado de delante hacia atrás; convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso, merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

El borde inferior de la rama ascendente se continúa ininsensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo del maxilar inferior o guión.

Estructura: Está formada por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Este tejido, sin embargo, se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo. Se halla recorrido interiormente por el conducto dentario inferior, situado de la espina del spix, y se dirige hacia abajo llegando al segundo premolar, se divide en un - conducto externo que termina en el agujero mentoniano, y - otro interno, que se prolonga hasta el incisivo medio.

1.4 Músculos Masticadores.

Los músculos masticadores son en número de 4, e - intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior, son los siguientes: el temporal, el masetero, el pterigoideo interno y el pterigoideo externo.

1.4.1 Temporal: Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, su vértice se dirige a la apófisis coronoides de la mandíbula.

Inserciones: Por arriba se fija en la línea curva temo

poral inferior, en la fosa temporal, en la aponeurosis temporal en su cara profunda, y por medio de un haz en la cara interna del arco cigomático. Sus fibras convergen hacia abajo y termina por constituir un tendón nacarado que acaba en el vértice y cara interna de la apófisis coadnoides.

Inervación: El temporal está inervado por los tres nervios temporales profundos, ramas del maxilar inferior.

Irrigación: Por las arterias y venas temporales anterior media y profunda.

Acción: Consiste en elevar el maxilar inferior y también en dirigirlo hacia atrás.

1.4.2 Masetero: Abarca desde la apófisis cigomática, hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior. Esta constituido por un haz superficial y un haz profundo.

Inserciones: Haz superficial: Superiormente en los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático. Inferiormente en la cara externa del ángulo de la mandíbula. Haz profundo: Se inserta por arriba en el borde inferior y cara externa de la apófisis cigomática; sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante, terminan en la cara externa de la rama de la mandíbula.

Inervación: Está inervado por el nervio maseterino, rama del maxilar inferior.

Irrigación: Está irrigado por una arteria maceterina.

Acción: Consiste en elevar el maxilar inferior.

1.4.3 Pterigoideo Interno: Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en la cara interna del ángulo de la mandíbula.

Inserciones: En su parte superior, su inserción es la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, el fondo de la fosa pterigoidea y en la cara externa del ala interna de la apófisis pterigoides. De aquí sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar en la porción interna del ángulo de la mandíbula.

Inervación. Está dada por el nervio pterigoideo interno, rama del maxilar inferior.

Acción: Es un músculo elevado de la mandíbula, pero - debido a su posición, también proporciona pequeños movimientos laterales.

1.4.4 Pterigoideo Externo: Este músculo abarca desde la apófisis pterigoides hasta el cuello del cóndilo de la mandíbula. Se divide en dos haces, uno superior ó esfenoidal y otro inferior ó pterigoideo.

Inserciones: Haz superior (esfenoidal): Se inserta - en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática. Haz inferior: Se fija en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Las fibras de los dos haces convergen y se funden al insertarse en la cara interna del cuello del cóndilo, cápsula y menisco articular.

Inervación: Recibe dos ramos nerviosos procedentes - del bucal.

Acción: Si se contraen simultáneamente los dos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia adelante (protrusivos). Si se contraen aisladamente, la mandíbula realiza movimientos de lateralidad, estos movimientos son los principales de la masticación.

2.- Historia Clínica.

Habitualmente, el primer paso en un tratamiento odontológico es la historia del paciente. Esta historia debe organizarse en apartados que deberán tratar los siguientes puntos:

- I. Datos generales del paciente.
- II. Historia médica y examen extrabucal (historia sistémica general).
- III. Enfermedad bucal presente, e historia de enfermedades.
- IV. Examen intrabucal (odontograma).
- V. Examen radiográfico.
- VI. Etiología.
- VII. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

El examen del paciente y el registro lógico y ordenado de los datos pertinentes son procedimientos críticos de un tratamiento odontológico. La ejecución y planeación de un tratamiento en forma defectuosa e incompleta, emanan de métodos de examen y observación incompletos, descuidados y desordenados. Por el contrario, un examen bien coordinado, diseñado y conciso, permite elaborar un plan de tratamiento lógico.

El examen es importante, ya que todo tratamiento depende del resultado del esfuerzo y su organización eficiente. Nunca deberá ser apurado o superficial si deseamos obtener buenos resultados. El paciente ha solicitado y merece, sin lugar a duda, atención cuidadosa de su enfermedad o padecimiento.

HISTORIA CLINICA

Secuencia del procedimiento

- I. Datos Generales del Paciente.
 - a) Nombre, edad y sexo.
 - b) Dirección.
 - c) Estado Civil.
 - d) Ocupación.
- II. Historia Médica y Examen Extra Bucal.

Este se realizará por medio de un cuestionario de salud. Deberá anotarse aquí, en rojo, cualquier factor deberá ser considerado en el tratamiento ó pronóstico de la situación bucal, por ejemplo, fiebre reumática, diabetes, etc.
- III. Enfermedad Bucal Presente.

Signos y síntomas presentes, por ejemplo, dolor, sangrado, olor, impacto ó retención de alimentos.

Historia Dental Pasada.

 - 1.- Historia de tratamientos anteriores, perlodontales. Restauradores, endodónticos, ortodónticos ó cirugía bucal.
- IV. Examen Intrabucal.
 - 1.- Hábitos Destruidores:
 - a) Apretamiento de dientes.
 - b) Bruxismo (rechimiento de dientes).
 - c) Mordedura crónica del labio y lengua.
 - d) Respiración bucal.
 - e) Fumar pipa.
 - 2.- Higiene bucal.
 - a) Método (cepillado dental).
 - b) Frecuencia (número de veces al día).
 - c) Tiempo de duración del cepillado.

- f) Respiración bucal y olor del aliento.

2.- Encfa.

- a) Color.
- b) Forma: marginal y papilar.
- c) Consistencia.
- d) Textura.
- e) Sangrado y exudado.
- f) Calidad de la encfa insertada.

3.- Dientes.

- a) Sensibilidad.
- b) tamaño de la corona clínica.
- c) caries, peligro inmediato.
- d) Contactos, forma.
- e) Signos de hábitos - (como bruxismo, proyección de lengua, morder uñas, etc.)
- f) Articulación temporomandibular y oclusión.
 - Desgaste oclusal.
 - Cansancio mandibular.
 - Ruidos en la articulación.
 - Dolor en la articulación.

4.- Odontograma.

En él registraremos datos como:

- a) dientes faltantes.

- b) Posición dentaria - (bucoversión, lingoverción, giroversión, extrusión).

- c) Lesiones cariosas.
- d) Cantidad de depósitos subgingivales.
- e) Movilidad dentaria.
- f) Afecciones de la furca.
- g) Posición de frenillos.
- h) Profundidad de surco (o bolsa).

V. Examen Radiográfico.

El orden que deberá seguirse, es de, superior derecho a superior izquierdo, a inferior izquierda a inferior derecho. - Observando lo siguiente:

1.- Areas periféricas (cuerpo de maxilar y mandíbula).

- a) Carácter de la trabeculación.
- b) Radiolucidez atípicas ó zonas radiopacas.
- c) Seno maxilar.

2.- Tercio medio apical de regiones radicales.

- a) Cambios en la región periapical.
- b) Lámina dura.
- c) Espacio del ligamento parodontal.

3.- Tercio Coronario de la Región Radicular.

- Características de la cresta alveolar.

- a) Densidad de la cresta.
- b) Resorción horizontal.
- c) Resorción vertical.
- d) Presencia de cráteres.
- e) Defectos intraóseos sospechosos.
- g) Afecciones de furcaciones.

4.- Dientes propiamente.

- Factores anatómicos.

a) Forma y tamaño radicular.

b) Relación corona rafz.

c) Dientes incluídos.

- Cambios patológicos.

a) Caries coronaria y radicular.

b) Fractura de la corona ó rafz.

VI. Etiología.

Factores que contribuyen a la enfermedad, ó lesión.

VII. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

3.- Examen extrabucal (historia sistemática general).

No hay duda que en muchos casos un padecimiento bucal posee un factor sistemático en su etiología esencial. Esta porción de la historia es muy importante para revelar factores sistemáticos de interés en la condición física del paciente, y es importante para el terapeuta en el manejo de cualquier enfermedad existente.

En algunos tratamientos odontológicos, deberán realizarse modificaciones en pacientes con enfermedades tales como hemorragias o hiperplasia provocada por la dentadura. Algunos odontólogos utilizan un cuestionario de "si" y "no", en el que puede obtenerse una historia sistemática de carácter superficial, utilizando el prototipo del Cornell Medical Index o una de sus diversas variaciones. Este consiste en un número de preguntas dispuestas ingeniosamente en grupos de síntomas relacionados en tal forma que al encerrar un "si" o un "no" en un círculo, se convierte en un procedimiento sencillo para poner al tanto al odontólogo para que dirija su atención específica al órgano o sistema implicado, por ejemplo, si el paciente contesta afirmativamente la pregunta "¿tiene dificultad para respirar, o le falta resuello?", debemos indagar para eliminar la posibilidad de una enfermedad cardiovascular.

CUESTIONARIO DE LA SALUD

(University of Washington)

Las respuestas a las siguientes preguntas, son solo para nuestros archivos. Serán consideradas confidenciales, y formarán parte de su expediente dental.

FECHA _____
NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
ALTURA _____ PESO _____ OCUPACION _____
ESTADO CIVIL _____
NOMBRE DE SU MEDICO _____
DIRECCION DE SU MEDICO _____
TELEFONO: _____

Encierre en un círculo su respuesta. Favor de contestar a todas las preguntas.

- | | | |
|--|----|----|
| 1.- ¿Piensa que afectan su salud general? | SI | NO |
| 2.- ¿Le sangran las encías? | SI | NO |
| 3.- ¿Ha padecido lesiones en la boca que cicatrizan rápidamente? | SI | NO |
| 4.- ¿Tiene dificultad para abrir grande la boca? | SI | NO |
| 5.- ¿Ha sido examinado últimamente por un médico? | SI | NO |
| 6.- ¿Ha subido o bajado de peso últimamente? | SI | NO |
| 7.- ¿Ha estado usted gravemente enfermo? | SI | NO |

- 8.- ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica (una operación)? SI NO
- 9.- ¿Ha sido tratado alguna vez de algún tumor? SI NO
- 10.- ¿Se siente cansado ó fatigado con frecuencia? SI NO
- 11.- ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades ó afecciones? SI NO
- | | | | | | |
|---------------------------|----|----|----------------------|----|----|
| a) Hepatitis. | SI | NO | h) Diabetes. | SI | NO |
| b) Tuberculosis. | SI | NO | i) Varicela. | SI | NO |
| c) Enfermedades venéreas. | SI | NO | j) Sarampión. | SI | NO |
| d) Ataque al corazón. | SI | NO | k) Paperas. | SI | NO |
| e) Embolia. | SI | NO | l) Polio. | SI | NO |
| f) Ulseras. | SI | NO | m) Fiebre reumática. | SI | NO |
| g) Epilepsia | SI | NO | n) Escarlatina. | SI | NO |
- 12.- ¿Alguna vez ha padecido articulaciones dolorosas o inflamadas? SI NO
- 13.- ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene un soplo en el corazón? SI NO
- 14.- ¿Padece ó a padecido del corazón? SI NO
- 15.- ¿Tiene usted presión alta? SI NO
- 16.- ¿Sangra mucho cuando se corta? SI NO
- 17.- ¿Padece algún trastorno de la sangre, tal como anemia? SI NO
- 18.- ¿Se le hacen moretones con facilidad? SI NO
- 19.- ¿Tiene dolor en el pecho al realizar algún esfuerzo? SI NO
- 20.- ¿Tiene tos persistente? SI NO
- 21.- ¿Padece usted alguna alergia? SI NO
- 22.- ¿Ha padecido alguna vez una reacción anormal con los siguientes medicamentos? SI NO
- | | | | | | |
|---------------------------|----|----|--------------|----|----|
| a) Penicilina. | SI | NO | c) Aspirina. | SI | NO |
| b) Pastillas para dormir. | SI | NO | d) Yodo. | SI | NO |

e) Sulfas.	SI	NO	f) Otros medicamentos	SI	NO
23.- ¿Ha experimentado reacción anormal con algún anestésico normal?	SI	NO			
24.- ¿Le ha dicho algún médico que padece infección del riñón o de la <u>ve</u> jiga?	SI	NO			
25.- ¿Ha padecido del hígado?	SI	NO			
26.- ¿Alguna vez se ha paralizado parte de su cuerpo?	SI	NO			
27.- ¿Padece convulsiones ó ataques?	SI	NO			
28.- ¿Tiende a desmayarse?	SI	NO			
29.- ¿Padece frecuentes dolores de <u>cabe</u> za?	SI	NO			
30.- (mujeres) ¿Se encuentra embarazada actualmente?	SI	NO			

4.- Examen bucal.

El momento de examinar a un paciente, es el principio - aprendiendo como evaluar los tejidos y determinar su salud, así como su reacción visible a la irritación y a la enfermedad.

El método mediante el cual se domina esta habilidad crítica tiene dos componentes:

a) Experiencia repetida en examinar tejidos dentro de las variaciones de lo normal.

b) El registro constante de las desviaciones más pequeñas de lo normal, en la forma más minuciosa.

Los cambios sutiles en las características superficiales de la encía, sólo pueden ser notadas por alguien que posee un claro sentido de lo normal.

En el examen intrabucal, debemos examinar lo siguiente:

4.1 Tejidos blandos:

- a) Labios; mucosa del carillo; vestíbulos.
- b) Mucosa del paladar y faringe.
- c) Lengua, inspección y palpación.
- d) Piso de boca - inspección y palpación bimanual.
- e) Saliva - cantidad y consistencia.
- f) Respiración bucal y olor del aliento.

4.2 Encía:

- a) Color.
- b) Forma.
marginal, papilar.
- c) Consistencia.
- d) Textura.

- e) Sangrado y exudado.
- f) Calidad de la encía insertada.

4.3 Dientes:

- a) Sensibilidad.
- b) Tamaño de la corona clínica.
- c) Caries, peligro inmediato.
- d) Contactos, forma.
- e) Signos de hábitos (como bruxismo, fumar pipa, morder uñas, etc.)
- f) Articulación temporomandibular y oclusión.

4.4 Odontograma:

Este forma parte integral de cualquier forma - de examen, consta del registro esquemático de los dientes y de las raíces, desde los aspectos bucal, lingual y oclusal.

5.- Examen Radiográfico.

Las radiografías bien anguladas y correctamente expuestas, y en número suficiente (14 a 20), incluyendo películas de aleta mordible, son importantes para cualquier examen bucal minucioso. Varias estructuras anatómicas y sus relaciones entre sí son de gran interés para el cirujano dental, especialmente en cualquier procedimiento que no se limite a los tejidos marginales.

La radiografía es una ayuda valiosa en el diagnóstico de la enfermedad bucal, la determinación del pronóstico y la evaluación del resultado del tratamiento. Es el complemento del examen clínico, no un sustituto de él.

La imaginación radiográfica es un producto de la superposición del diente, hueso y tejidos blandos en la trayectoria entre el cono del aparato y la película.

Estas son las estructuras y características de los tejidos que observaremos en el examen radiográfico.

5.1 Áreas periféricas: cuerpo del maxilar y la mandíbula.

5.1.1 Carácter de la trabeculación.

5.1.2 Radiolucidez atípicas ó zonas radiopacas.

5.1.3 Seno maxilar.

a) Proximidad del piso del seno a los dientes.

b) Claridad.

5.2 Tercio medio y apical de regiones radioculares:

Cambios en la región perlapical, lámina dura y espacio del ligamento parodontal.

5.3 Tercio coronario de la región radicular.

5.3.1 Características de la cresta alveolar.

- a) Densidad de la cresta.
- b) Resorción horizontal.
- c) Resorción vertical.
- d) Presencia de cráteres.
- e) Defectos intra óseos sospechosos.
- f) Afecciones de las furcaciones.

5.3.2 Fragmentos radiculares retenidos.

5.4. Dientes propiamente.

5.4.1 Factores anatómicos.

- a) Forma radicular y tamaño.
- b) Relación corona raíz.
- c) Dientes incluidos.
- d) Relaciones de contacto.

5.4.2 Cambios patológicos.

- a) Caries coronaria y radicular.
- b) Resorción radicular.
- c) Fractura de la corona ó raíz e hipercementosis.

5.4.3 Tratamiento endodóntico.

CAPITULO II

TECNICAS QUIRURGICAS

1.- Incisión (Del latín incidere, cortar)

El empleo eficiente del bisturí, requiere del conocimiento básico de los puntos de apoyo convenientes que el cirujano bucal ya conoce, por la introducción que recibió acerca de los instrumentos giratorios usados en la boca. El bisturí se toma con firmeza, pero sin tensión, cualquiera que sea la forma 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.

1.1 Formas de tomar el bisturí para su uso.

Lápiz.- Para cortes pequeños.

Pincel.- Cortes pequeños.

Arco Violín.- Cortes medianos.

Cuchillo.- Cortes medianos y grandes

Asta bandera.- Cortes medianos y grandes

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 eficacia y seguridad, es más seguro emplear un punto de apoyo durante la incisión, este apoyo se puede obtener apoyando los dedos sobre hueso o sobre un diente adyacente a la línea de incisión.

En el planteamiento de una incisión, se debe decidir su forma; recta, curva ó mixta, esto es, un trazo recto con un complemento curvo o viceversa.

Al incidir, para evitar que los tegumentos se desli-

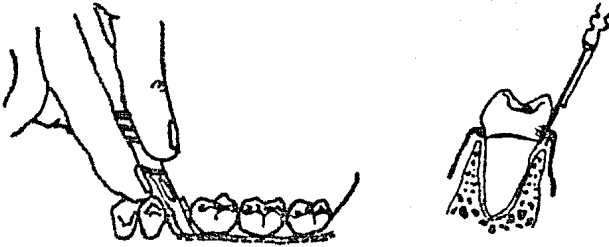
cen y se pierdan relaciones, conviene fijarlas, sujetándolos entre los dedos pulgar e índice de la mano izquierda, mientras con la mano derecha se apoya el filo del bisturí entre los dos dedos que mantienen tensa la superficie, en sentido inverso a la dirección del corte, cuando el trazo es largo, los dedos de la mano izquierda (pulgar e índice) se van corriendo, a medida que el bisturí avanza. La dirección de la incisión puede ser:

- a) Izquierda a derecha.
- b) lejos a cerca.
- c) arriba-abajo.
- c) 90° con la superficie.

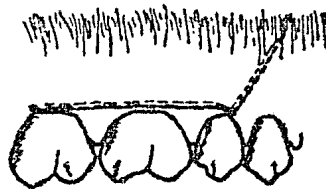
De esa forma se facilita el trazo y hay visibilidad suficiente, existen otras formas de realizar una incisión; puede hacerse con tijera, en forma de ojal, o también por transfixión en que el bisturí se toma como garfio, y se hunde en el espesor de los planos blandos, cortándolos de dentro hacia afuera; la mano derecha empuja el bisturí y el dedo anular sirve de tope para controlar la profundidad del corte; este procedimiento se usa principalmente para debridar absesos.

Las incisiones intrabucales que abarcan la reflexión del mucoperiostio, para descubrir el hueso o los dientes, son incisiones directas en línea recta ó 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 el paladar blando, lengua, carrillos, labios y piso de boca, la incisión no es necesariamente directa. En estos casos, se hace solo a través de la mucosa. Después se combina con disección roma, con sección por bisturí ó tijeras, para que los tejidos importantes no se sacrifiquen inútilmente. Esta disección puede efectuarse con instrumentos romos, y las capas tisulares se separan,

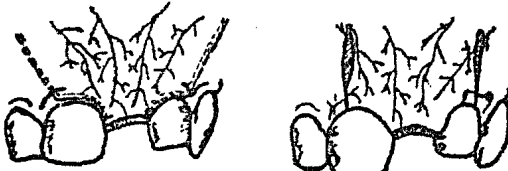
INCISIONES



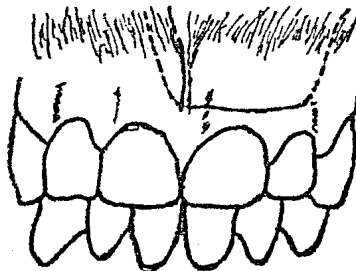
Incisión Marginal



Incisión Angular



Incisión Trapezoidal



Incisión en "U"

desgarrándolas. Se utilizan pinzas hemostáticas, tijeras roma-
mas, mango del bisturí, ó el dedo enguantado del cirujano.

2.- Colgajos

Debido a que los procesos alveolares de los maxila-
res se hallan cubiertos por tejido, es necesario practicar -
colgajos, los cuales deben tener indicaciones y característi-
cas precisas.

El epitelio de la mucosa bucal, recibe aporte vascular,
desde los vasos sanguíneos que se hallan en el tejido conec-
tivo subyacente. Frecuentemente la encía y la mucosa alveo-
lar deben ser incididas y rechazadas por colgajo, para expo-
ner el hueso y raíces, ó restos radiculares de los dientes -
subyacentes. Cada vez que se separa algún tejido, el aporte
sanguíneo de la zona se halla en peligro.

El éxito o fracaso de todo procedimiento quirúrgico que
movilice tejidos, depende de la vasularización y de la vita-
lidad de los tejidos interesados.

2.1 Las indicaciones para hacer un colgajo en ci-
rugía bucal, son las siguientes:

a) Se practicará colgajo, cuando con ello se con-
siga mayor visualización del campo operatorio.

b) El colgajo deberá practicarse cuando esté in-
dicada la eliminación de defectos óseos.

c) haremos un colgajo, siempre que los tejidos -
blandos puedan ser dañados en las intervenciones que realice-
mos, sobre tejidos blandos o sobre hueso.

d) Inmovilizar el tejido lo suficiente, con la -
finalidad de cerrar un defecto (fistulas, fisura labial ó pa-

latina).

- e) Corregir una cicatriz.
- f) Transponer un colgajo de tejido a otra posición.

2.2 Requisitos para un colgajo correcto.

a) El colgajo debe ser lo suficientemente grande - para permitir una perfecta visualización y un buen acceso a todas las porciones del hueso afectado.

b) La base del colgajo deberá ser lo suficientemente amplia para asegurar un aporte sanguíneo de los tejidos - reflejados.

c) Los márgenes del colgajo deberán ser redondeados y no tener bordes agudos ni ángulos pronunciados.

d) El colgajo debe ser mucoperióstico ó de espesor total.

e) Si se necesita una incisión vertical, se llevará a cabo en un área interproximal.

f) El colgajo deberá ser de tal forma que cuando - vuelva a su posición primitiva, los márgenes y bordes descansen sobre hueso sano.

3.- Medios para obtener la Hemostasis.

3.1 Aspectos Clínicos de la Hemorragia

La hemorragia (del griego Haima - sangre; Raghé - ruptura ó Regnumicorrer). Es la extravasación ó escape de sangre del sistema vascular.

La hemorragia puede ser arterial, venosa o capilar.

Cuando la hemorragia se debe a la ruptura de una arteria, la sangre saldrá a intervalos, rítmicamente, siguiendo el bombeo cardiaco.

Si la sección ocurre en varios capilares, es difícil establecer el origen exacto de la hemorragia; el flujo será - constante, a manera de cortina, sobre los tejidos, entonces se llama hemorragia de capa.

La hemorragia puede presentarse en piel ó en mucosas, - en el interior de cavidades serosas o en los intersticios de cualquier tejido. Se clasifica también en interna y externa; y según el sitio donde se produce, es donde utilizamos diferentes términos, por ejemplo: Epistaxis (en nariz), Hematemesis (en vómito), Hematuria (en orina), etc.

Cuando existe hemorragia, se activan las siguientes - - reacciones compensatorias:

- 1.- Vasoconstricción.
- 2.- Taquicardia.
- 3.- Constricción venosa.
- 4.- Incremento del bombeo torácico y de los músculos esqueléticos.
- 5.- Incremento en la secreción de epinefrina y norepinefrina.
- 6.- Incremento en la secreción de glucocorticoides, renina-

y aldosterona.

7.- Incremento en la síntesis de proteínas plasmáticas.

3.2 Etiología de hemorragias, de la cavidad oral.

La podemos dividir en 4 grupos:

I. Hemorragias debidas a factores locales.

- a) Infección (fuso-espiroquetas, herpes simple primario).
- b) Irritantes locales.
Dientes mal colocados
Prótesis varias.
- c) Postquirúrgicas ó post traumáticas.
- d) Rotura de acumulos, que contienen sangre.
- e) Malformación congénita - hemangiomas.

II. Hemorragias por deficiencia ó disfunción de factores de la coagulación.

a) Deficiencias:

1.- Hereditarias.

Hemofilia A.

Hemofilia B.

Enfermedad de Von Willebrand.

2.- Hiatrogénicas:

Terapéutica anticoagulante.

3.- Enfermedades hepáticas.

Deficiencia de factores II, VII, IX y X.

b) Disfunción.

Mielanoma múltiple.

Lupos eritematoso generalizado.

III. Hemorragia por deficiencia, exceso ó disfunción de plaquetas.

a) Deficiencia.

1.- Púrpura trombocitopénica idiopática.

- b) Trombocitosis excesiva.
- c) Disfunción.

3.3 Componentes y Factores de Coagulación.

Debemos recordar que la coagulación consta de 3 componentes:

a) Hemostasis: Hay contracción vascular que restringe la salida de sangre y establece una resistencia, para que las plaquetas formen un tapón plaquetario.

b) Coagulación: Se forma un coágulo de fibrina en 4 etapas:

- I. Activación de la tromboplastina.
- II. Conversión protrombina en trombina.
- III. Conversión de fibrinogeno a fibrina.
- IV. Retracción del coágulo.

PROTROMBINA $\xrightarrow[\text{Calcio Ionico}]{\text{Tromboplastina}}$ TROMBINA.

FIBRINOGENO $\xrightarrow{\text{Trombina}}$ FIBRINA.

En estos mecanismos intervienen 13 factores de la coagulación, cada uno con una función específica.

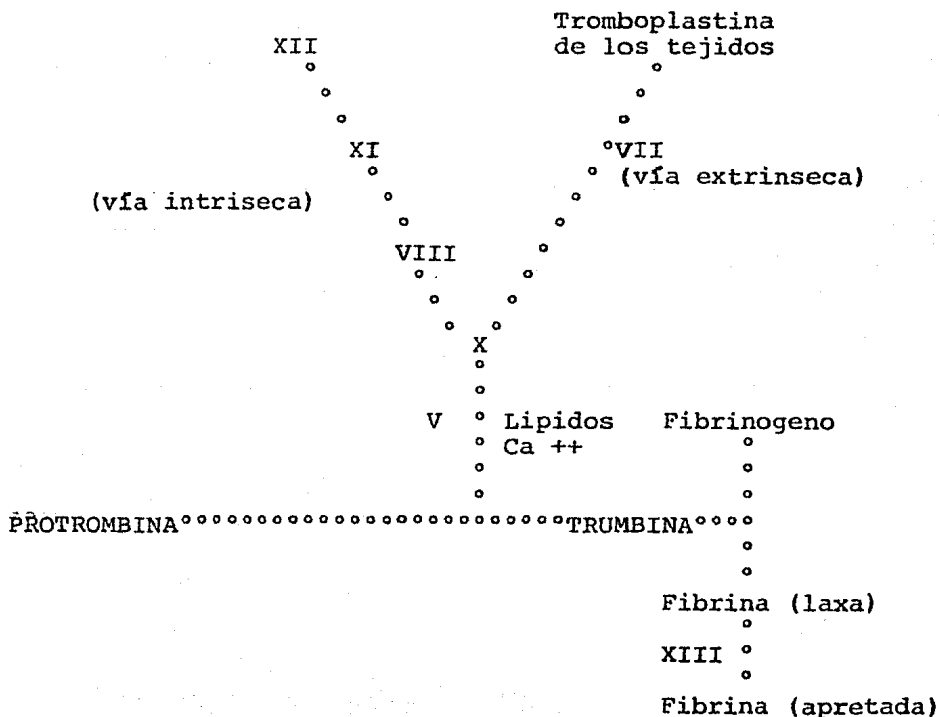
A continuación enumero los 13 factores, a manera de cuadro:

NOMBRE	SINONIMO	PRESENTE EN EL PLASMA NORMAL
FIBRINOGENO	FACTOR I	SI
PROTROMBINA	FACTOR II	SI
TROMBOPLASTINA	FACTOR III	NO
ION CALCIO	FACTOR IV	SI
FACTOR V	Proacelerina factor labial.	

NOMBRE	SINONIMO	PRESENTE EN EL PLASMA NORMAL
FACTOR VII	Proconvertina factor - estable.	
	Acelerador serico de - la conversión de pro-trombina.	SI
FACTOR VIII	Factor antihemofílico A	SI
FACTOR IX	Factor antihemofílico B	SI
FACTOR XI	Antecedente tromboplástico del plasma (PTA)	SI
FACTOR XII	Factor Hageman	SI
FACTOR XIII	Factor estabilizador de la fibrina (FSF)	SI

c) Lisis del coágulo.

Sumario diagramático del mecanismo coagulante.



3.4 Hemostasia.

La hemostasia (del griego Haima - sangre; Stasis-detener), tiene por objeto cohibir la hemorragia, es decir, es el hecho antagónico a la rotura de un vaso.

Esta se debe hacer de la mejor manera posible, para evitar una pérdida de sangre innecesaria.

La hemostasia está ligada íntimamente a la coagulación, es decir, una coagulación normal conducirá a una hemostasia normal, íntegra. Sin embargo, existen enfermedades que alteran la hemostasia, retardándola más tiempo de lo normal, como por ejemplo: la hemofilia, la anemia, púrpura trombocitopenica, etc.

En estas situaciones, en que la hemostasia no es producida normalmente, de manera fisiológica, requeriremos del uso de diferentes métodos y técnicas para conseguir la hemostasia.

El primero de estos métodos es la sutura; la cual es sumamente eficaz para prevenir y controlar la hemorragia.

La sutura (del latín Sutum - supino, suere - coser), reconstruye planos incididos y favorece la cicatrización y debe reunir ciertos requisitos:

Deben unirse tejidos de la misma naturaleza; la sutura debe ser perfecta, hasta donde sea posible, para evitar espacios muertos en donde puedan desarrollarse gérmenes. El tipo de sutura y tipo de material de sutura deben ser acordes al tejido por suturar; la sutura debe ser hecha sobre una herida limpia, sin desgarres ni coágulos.

Otro procedimiento es la ligadura de vasos, la cual puede ser efectuada cuando el vaso esté seccionado, y puede

ser pinzado.

Para la sutura de vasos, es indispensable hacerla con la mayor destreza posible, para no interrumpir la circulación y provocar una necrosis tisular, por falta de aporte sanguíneo.

Se debe tener mucho cuidado con las paredes del vaso, ya que si son traumatizados, se puede provocar una trombosis.

Y para evitar que se forme coágulo en la luz del vaso, es indispensable no lesionar la capa endotelial.

Deben usarse agujas rectas ó curvas, atraumáticas, enhebradas con seda torzal 5.0 ó 6.0, y estar en vaselina blanca hasta el momento de usarse. Para detener la circulación, usamos pinzas Bulldog, una en cada extremo del vaso.

3.4.1. Hemostasia por compresión.

Puede hacerse la compresión digital sobre la herida, o en el trayecto del vaso sangrante, empleando un torniquete. En casos especiales, como en hemorragia en capa, se usa presión directa.

La mayoría de las hemorragias se pueden cohibir con presión directa de una gasa ó un dedo en el sitio lesionado.

Las hemorragias de pequeñas arterias ó venas gingivales, pueden cohibirse con compresión, haciendo ésta con una gasa impregnada en adrenalina, agua oxigenada, ó algún otro medicamento hemostático.

En intervenciones de paladar, también es posible que se seccionen vasos palatinos; usaremos también la compresión con una gasa yodoformada, durante algunos minutos.

3.4.2 Medios Químicos de Hemostasia.

El uso de farmacoquímicos llamados hemostáticos, se dividen en coagulantes y vasoconstrictores.

Los coagulantes van a favorecer la formación y retracción del coágulo. Entre ellos tenemos el percloruro de hierro, ácido oxálico, ácido tánico.

Los vasoconstrictores disminuyen la luz de los vasos, favoreciendo su obliteración. Tenemos la adrenalina, epinefrina, antipirina. Estos se pueden, incluso usar en el preoperatorio.

Existen también medios biológicos, entre los cuales tenemos: los de origen orgánico, como la espuma de la fibrina, albumina, grenetina, celulosa, y se usan en aplicaciones tópicas.

Tenemos el gelfoam, que es una esponja de gelatina que se reabsorbe en 4 ó 6 semanas, y destruye la integridad plaquetaria, para formar un tramo de fibrina sobre el cual se produce un coágulo firme.

La celulosa oxidada (oxidel), sustancia que libera ácido celulósico, que tiene afinidad a la hemoglobina, y origina un coágulo artificial; se presenta en forma de gasa o algodón.

Cera para hueso. Ocluye el orificio, hasta producir coagulación.

Dentro de los medios físicos, aparte de la compresión, está el electrocauterio, que por aumento de temperatura cierra la luz de los vasos.

4.- Sutura: (del latín Sutum - supino, sucre - coser).

El objetivo de la sutura es la restauración, síntesis o reunión de los tejidos seccionados, con el fin de eliminar espacios muertos, donde podrían acumularse líquidos ó sangre y servir como medios de cultivo para microorganismos; restaurar tejidos en su posición original, ó colocarlos en alguna otra posición deseada. La sutura de mucosa o de piel debe establecer una superficie de cierre lisa, eliminando su superficies ásperas mediante contacto borde a borde, los puntos de sutura se colocan para sostener los tejidos en posición deseada. Nunca deberán apretarse tanto los puntos, que se ejerza tensión excesiva sobre el tejido, de lo contrario se saldrán de él, desgarrándolo, con lo que se perderá el cierre deseado.

4.1 Material de sutura

4.1.1 Aguja:

Las hay de varios tipos:

a) comunes: Estas pueden ser rectas o curvas, las cuales a su vez son cortantes o romas. Las cortantes, son aquellas cuya sección transversal es un triángulo ó es aplanaada. Las romas, son aquellas cuya sección transversal es redonda. Las cortantes se utilizan para tejidos resistentes (como piel), y las romas para tejidos desgarrables (músculos).

Las curvas pueden ser de un cuarto, dos ó tres cuartos de circunferencia y su longitud, ya de 1 a 6 cms., la longitud de las rectas varía de 4 a 10 cms.

b) Aguja especiales: Dentro de éstas tenemos las de Reverdin, Deschamp, etc.

c) Aguja mixtas: Constan de una parte recta y otra curva. Todas las agujas constan de 3 partes: punta, cuerpo y ojo.

4.1.2 Hilos.

Pueden ser:

a) Absorbibles: De éstos los más usados son de - cat-gut, que se fabrica con la capa submucosa, semicromico y cromico, el calibre del cat-gut va del 4 a 6 X 0, la diferencia entre el calibre de un número a otro es de 0.0762 mm. La resistencia máxima del cat-gut va de acuerdo a su grosor. El cat-gut es absorbido por el organismo, esto en relación con el calibre y cantidad de crono: el simple tarda 5 días en - absorberse; el semicrómico de 12 a 15 días; y el cromico 20 días.

b) No absorbibles: Estos siempre permanecen en el organismo; hay varios tipos:

b.1 Hilo de algodón: En color blanco ó negro, su numeración va del número 10 el más grueso, al 7 X 0 el - más delgado.

b.2 Hilo de lino: Tiene las mismas características que el hilo de algodón.

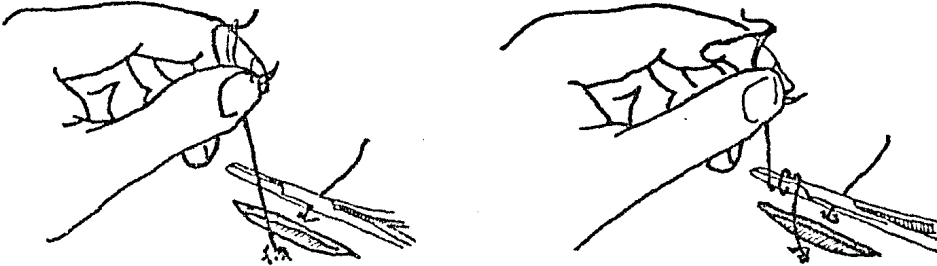
b.3 Hilo seda: Es más trenzado, y es un hilo capilar, por lo que no se usa en infecciones ya que favorece su propagación, sus dimensiones van de 6 X 0 al 4.

b.4 Hilo nylon: Puede ser torcido (trenzado) ó de un solo filamento, se usa para suturar piel, sus dimensiones van de 6 X 0 a 2.

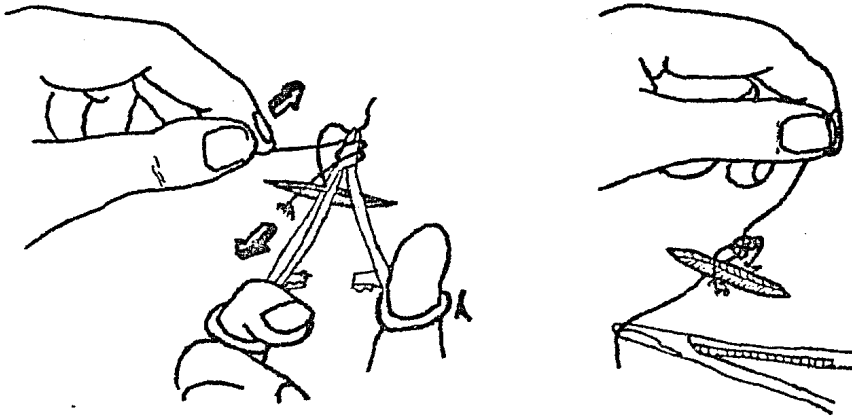
4.2 Técnicas de sutura.

Según la finalidad a que esté destinada cada clase de - sutura, se elegirá la puntada indicada, y desde el punto de vista, las distintas clases de puntadas se clasifican en: - puntadas de afrotamiento, de tensión y de oclusión. Todas - ellas derivan del punto aislado, que es la forma más sencilla de sutura y la base de las suturas de afrotamiento, entre las cuales tenemos además de la sutura (o surcete) conti

TECNICA DE NUDO INSTRUMENTAL



La aguja, en el cabo largo del hilo, se mantiene en la mano -- izquierda mientras, que el portaagujas da dos vueltas en dirección de las manecillas del reloj para dar una lazada.



El portaagujas se ha cruzado para asir el cabo corto del hilo ,-- la mano y el portaagujas se han invertido para ajustar el nudo, el -- cual debe quedar a un lado de la herida.

nua o la discontinua, el punto en "U", el punto en "X", y -
otras menos empleadas como los puntos de Cushing y de - - -
Connell, que además de afrontar los planos sirven como me-
dio de adosamiento de dos superficies. Cada uno de estos -
puntos tiene su indicación precisa; los puntos aislados, -
así como los surcetes se usan para la sutura de tegumentos,
los puntos en "U" se utilizan para la sutura de músculos, y
los en "X" para aponeurosis.

Los puntos de oclusión, suelen llamarse de jareta y
como su nombre lo denota, están indicados para hacer sutu-
ras oclusivas circulares, en perforaciones ó pedículos.

CAPITULO III

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DE PALADAR

1.- Anatomía descriptiva del paladar.

El techo de la cavidad bucal está formado por el paladar, que consta de 2 porciones: la anterior, denominada bóveda palatina, y la posterior, velo del paladar.

El conjunto tiene la forma de una bóveda, limitada anterior y lateralmente por la arcada dentaria. Cóncava en todos sentidos, la profundidad de la bóveda es variable en los distintos individuos, y en consonancia con la forma nasal y con la dirección del tabique.

2.- Constitución anatómica.

El hueso palatino forma la parte posterior del paladar óseo, consta de: Lámina horizontal y Lámina vertical.

a) Lámina horizontal: Tiene un borde posterior libre, y el borde anterior se continúa con la apófisis palatina del maxilar superior. Las caras nasales de ambas láminas horizontales forman la cresta nasal, que hacia atrás forman la espina nasal posterior y las caras inferiores palatinas, formando la cresta palatina.

b) Lámina vertical: Muy delgada, en ella se distingue una cara nasal ó interna, la cual presenta la cresta tubinal inferior y una cara maxilar ó externa, en la cual se encuentra el surco pterigopalatino, que junto con el surco de la apófisis pterigoidea, forma el conducto pterigopalatino.

La bóveda del paladar se encuentra formada por 3 capas:

- a) Mucosa.
- b) Capa glandular.
- c) Capa ósea.

a) Mucosa: Formada por epitelio con una capa querati-

nizada, bastante espesa y numerosas prolongaciones interpapilares largas.

La lámina propia o corión, está constituida por tejido conjuntivo denso, la submucosa está formada por tejido conjuntivo de mallas cerradas, mientras que en la región paramediana el tejido conectivo es laxo, con glándulas numerosas y lóbulos adiposos.

b) Capa glandular: Formada por numerosos grupos de - - glándulas de tipo salival, muy abundantes en el sector posterior del paladar, que desaparecen a nivel de la línea horizontal ficticia, trazada de uno a otro camino.

c) Esqueleto óseo: Está representado por la apófisis palatina del maxilar superior, articulado con las láminas horizontales de los huesos palatinos.

En cada uno de los maxilares superiores, se distingue:-

- 2) Una porción recia ó cuerpo y cuatro prolongaciones. - - -
- 2) Apófisis ascendente. 3) Apófisis cigomática o piramidal.
- 4) Apófisis palatina y 5) Apófisis alveolar.

2.1 Inervación, irrigación y linfáticos.

a) Arterias: Las arterias de la bóveda palatina provienen de 2 fuentes: las que emergen del conducto palatino y las del palatino posterior.

La arteria palatina superior, rama importante de la maxilar interna, sale por el conducto palatino posterior, recorre la bóveda próxima de la arcada alveolar en compañía de las venas y nervios, y se anastomosan con la arteria esfenopalatina, que sale por el agujero palatino anterior. En su trayecto dá numerosos ramos que se distribuyen por la bóveda, mucosa y alvéolos dentarios.

b) Venas: Las venas de la bóveda palatina corren paralelas a las arterias; desembocan en varios troncos

venosos; el plexo venoso pterigoideo, las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de las amígdalas.

c) Linfáticos: Desembocan en los ganglios profundos del cuello.

d) Nervios: Los nervios son de dos órdenes: motores y sensitivos; los primeros están destinados a la motilidad del velo del paladar y proceden de los 3 palatinos, ramas del esfenopalatino.

Los nervios sensitivos provienen del ganglio esfenopalatino (del nervio maxilar superior) y es el palatino anterior.

3.- Etiología: La Etiología es oscura, sin embargo, muchos autores coinciden, por lo menos en parte, en una serie de factores contribuyentes.

3.1 Mala adaptación de la prótesis: Se opina - que la irritación constante de la mucosa producida por la - mala adaptación de la prótesis es el factor más importante en el desarrollo de la hiperplasia papilar inflamatoria. La enfermedad ha sido observada especialmente en casos en que la dentadura se movía ó basculaba considerablemente durante la función. En estos casos también había disminuido de la - dimensión vertical y desequilibrio oclusal.

3.2 Uso de la dentadura durante las 24 horas del día. El usar la prótesis, y quitarla únicamente para limpiarla, parece ser un factor importante en la incidencia de la enfermedad, es importante el retiro de la prótesis durante varias horas por día, para que los tejidos de soporte de la prótesis descansen.

3.3 Higiene bucal: Puesto que la hiperplasia papilar también aparece en pacientes con dientes naturales, - pero con mala higiene bucal, es importante mantener limpia la dentadura natural. Love, goska, y otros, aconsejan que se estimulen los tejidos de soporte de la prótesis, cepillándolos diariamente, además de limpiar la prótesis.

3.4 Alivio palatino: Se registró que pacientes que portan prótesis con acivio palatino, son más propensos a formar hiperplasia papilar inflamatoria, que aquéllos que no lo tienen. Fairchild comprobó que el 80% de los pacientes de los pacientes de su estudio sobre esta enfermedad, - tenían acivio palatino ó falta de contacto entre el tejido y la prótesis.

4.- Manifestaciones clínicas.

Hiperplasia papilar inflamatoria: Es una enfermedad indolora e irreversible de la mucosa bucal. Es más común en el paladar duro, aunque no se limita a esa única localización. Se la observa fundamentalmente, aunque no exclusivamente en pacientes que portan prótesis superior completa. También en pacientes que usan prótesis superior parcial y en pacientes con dientes naturales sin aparatos protésicos.

La enfermedad se manifiesta como proyecciones nodulares o papilares múltiples de mucosa, de tamaño y alturas diversas y separadas por fisuras. Es frecuente encontrar alimentos en descomposición, y residuos bacterianos en la base de las fisuras. A veces, las proyecciones adquieren aspecto de moho o aterciopelado, en vez de ser papilar o modular.

Muchos autores consideran que la enfermedad es de naturaleza inflamatoria. Cuando hay disqueratosis, Robinson, Waite, Tiecek y otros, consideran que es premaligna, y recomiendan un tratamiento intenso acorde. Bhaskar opina que sólo en muy raras ocasiones la lesión puede sufrir evolución maligna. Sin embargo, hay que reconocer que la irritación persistente puede transformar una lesión benigna en maligna, de modo que esta indicada la eliminación de la enfermedad.

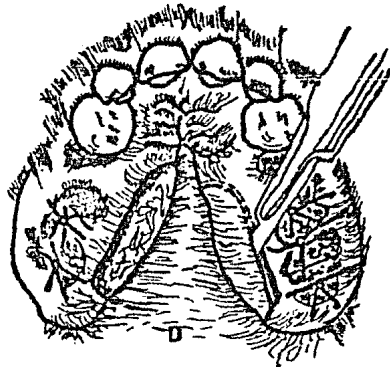
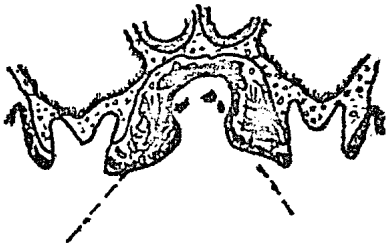
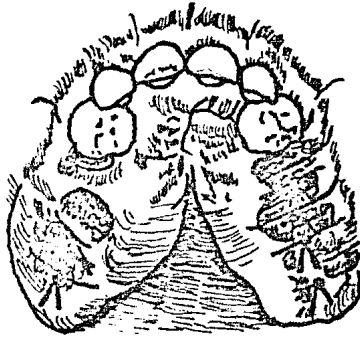
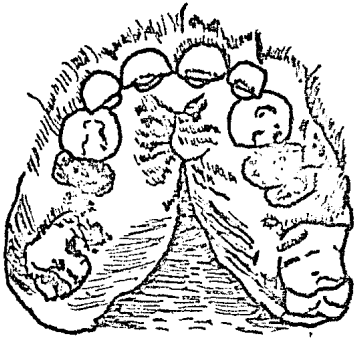
5.- Tratamiento (técnica quirúrgica).

El tratamiento de esta enfermedad se puede realizar de varias maneras. En todos los casos está indicada la biopsia, para verificar la naturaleza benigna de la lesión.

La escisión suprapariosteal es el tratamiento adecuado para la mayor parte de las lesiones. Las lesiones pequeñas se eliminan mediante curetas filosas ó por micro abrasión con instrumentos rotatorios.

La escisión de espesor total, que incluye periostio, -

ESCISION DE LA MUCOSA PALATINA HIPERPLASICA



A, Preoperatorio del paciente. B, Se extraen los dientes posteriores y se suturan sus alvéolos. C y D, Se hace la escisión de las masas fibrosas de la mucosa palatina "línea de puntos", de modo que se eliminan los espacios muertos y se reduce el volumen de los tejidos. Las heridas se pueden cubrir con una matriz preparada anteriormente en la cual se coloca unguento analgésico.

sirve para las lesiones pequeñas, pero no para las grandes, puesto que se puede destruir la irrigación de la mucosa palatina.

También se puede tratar por electrocirugía, con el paciente bajo sedación o analgesia con óxido nitroso - oxígeno y anestesia local. La profundidad de la resección se hace hasta la submucosa. Debe evitarse la penetración del periostio para evitar escaras óseas que retrasarían la curación.

El curso post operatorio varía con el tamaño de la lesión y la técnica empleada. En todos los casos hay que - - emplear la prótesis del paciente ó una férula quirúrgica - preparada especialmente para cubrir la herida viva. Hay dolor durante los primeros días, hasta que el tejido de granulación cubre el defecto quirúrgico.

Hay que recetar analgésicos. Hay que usar enjuagatorio suave para irrigar la herida. Se indican antibióticos para reducir o prevenir la infección. La limpieza es fundamental para que la cicatrización no presente complicaciones.

CAPITULO IV

Hiperplasia Fibrosa de la Mucosa del Proceso Alveolar.

4.1 Concepto.

La hiperplasia fibrosa de la mucosa del proceso alveolar se presenta sobre todo en la zona de los molares superiores, llegando a cubrir todo el espacio intermaxilar en oclusión, lo que interfiere apreciblemente la estabilidad de una prótesis. Antes de intervenir y eliminar este tejido hiperplásico hay que hacer un estudio radiográfico para estar seguros de que no existe ninguna pieza incluida, ni tampoco un crecimiento óseo anormal.

La hiperplasia de la mucosa se localiza a dos niveles diferentes: 1) En la cresta alveolar: llamada encía bamboleante. 2) En los fondos de saco, por irritación crónica: llamados "Epulis Fissuratum".

4.2 Constitución Anatómica.

Los rebordes alveolares son zonas especializadas de la mandíbula y el maxilar superior; su función es la de sostener los dientes naturales. Constan de una tabla externa y una tabla interna de hueso compacto, unidas por hueso esponjoso, en el que se localizan los alveolos de los dientes. A medida que los dientes y sus raíces se alargan, el diente erupciona hacia el espacio maxilo mandibular, llevando consigo sus rebordes alveolares que se van agrandando. En casos de Anodoncia parcial o completa, los rebordes alveolares son evidentemente más pequeños, ó no crecen en absoluto.

Cicatrización de Alveolos de Post extracciones.

Después de la extracción de un diente, se producen va-

rios fenómenos, en forma breve, las siguientes son las cuatro fases de la cicatrización de un alvéolo de extracción.

- a) Coagulación: un coágulo sanguíneo llena el alvéolo.
- b) Organización: se forma tejido conectivo joven dentro del coágulo, reemplazándolo.
- c) Osificación: Se forma hueso nuevo, grueso y fibrilar sobre las fibras del tejido conectivo joven, y llena el alvéolo.
- d) Reconstrucción: hueso maduro laminar, reemplaza al hueso inmaduro.

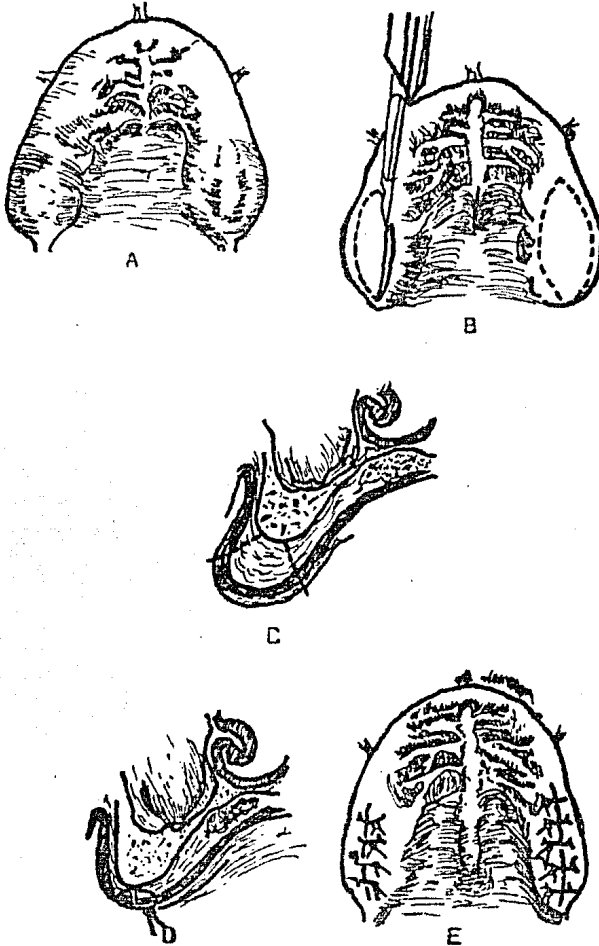
Inmediatamente después de la extracción de un diente, el alvéolo se llena de sangre que se coagula, por lo general en pocos minutos. Al tercer día, los fibroblastos y células endoteliales invaden el coágulo y forman tejido conectivo nuevo. Por último todo el coágulo se "organiza" en tejido capilar y conectivo. Entre el quinto y octavo día, se observa neoformación de hueso en los espacios medulares del hueso medular que rodea el alvéolo.

Al finalizar la segunda semana, se forma nuevo hueso en el fondo del alvéolo. Alrededor de un mes después de la extracción, el alvéolo queda completamente lleno de hueso nuevo. El hueso inmaduro es gradualmente reemplazado por hueso maduro, de tipo laminar.

Mucosa del Proceso Alveolar: La mucosa del proceso alveolar, difiere notablemente a la de la encía. Es menos queratinizada. Los brotes epiteliales son cortos, anchos e irregulares, en vez de ser largos, angostos y regulares como los de la encía.

La submucosa contiene diversas cantidades de tejido conectivo elástico, que no se halla en la encía. Aunque la encía se adhiere firmemente al perlostio subyacente, la mu-

REDUCCION QUIRURGICA DE LA HIPERPLASIA
DEL BORDE DEL MAXILAR



A, Preoperatorio de las tuberosidades agrandadas. Las radiografías revelaban que el volumen de la masa era compuesto por tejido blando. B, Se hacen incisiones elípticas al rededor del tejido hiperplásico. C, Las incisiones convergen y se les profundiza hasta hueso. D y E, Se acercan y se suturan los bordes de la herida.

cosa alveolar se mueve libremente y sólo se une laxamente al hueso y músculos subyacentes.

4.3 Etiología: La hiperplasia de la cresta alveolar es producida por prótesis mal ajustadas.

4.4 Técnica Quirúrgica.

4.4.1 Hiperplasia de la tuberosidad del maxilar. Técnica para eliminar este tejido patológico:

a) Se realiza una incisión elíptica desde la zona pterigomaxilar, hasta el límite anterior del tejido hiperplásico. La anchura de la incisión depende de la extensión del proceso. Cuanto mayor sea la masa hiperplásica, más ancha debe ser la incisión y la exeresis, aunque es mejor ser prudentes y hacer una última corrección inmediatamente antes de la sutura.

b) Se extirpa la zona triangular, se ha incidido, y a continuación se disecciona por debajo de los bordes de la mucosa, eliminando el exceso de tejido que pueda existir, de forma que se obtenga una mucosa de espesor normal.

c) Se confirma la escisión del tejido hiperplásico, aproximado a los bordes de la herida. Si todavía sobra tejido, su exceso se elimina con tijeras. Se hace una sutura continua y se rebasa provisionalmente la prótesis en la zona de la intervención.

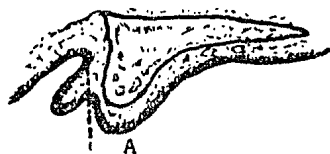
4.4.2 Procedimiento para extirpar el reborde alveolar hiper móvil.

a) Se extirpa mediante una incisión estrecha, elíptica, que rodee la zona patológica.

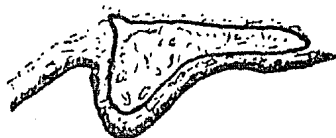
b) Con una pinza mosquito, se separa el periostio.

c) Los bordes de la herida se aproximan entre sí, y -

ESCISION DE LA HIPERPLASIA DEL SURCO VESTIBULAR



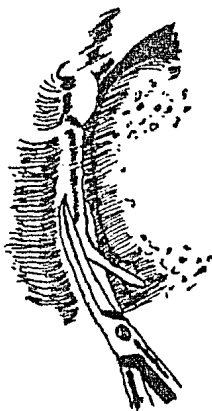
A



B

A, Estado preoperatoria. Se hace la escisión de la masa (línea -
punteada).

B, La herida cicatriza por granulación en dos o tres semanas.



En la región mandibular la hiperplasia se extiende sobre el re-
borde alveolar como una cuerda. Es suficiente un par de tijeras -
para extirparla y no es necesaria sutura.

su exceso se recorta con tijeras. Si el reborde óseo es irregular y está muy afilado, aprovecharemos la intervención anterior para disecar el periostio y remodelar el hueso con una lima.

d) Se hace una sutura continua, pero con puntos muy próximos entre si, para evitar la hemorragia de los bordes recién reavivados de la herida.

e) Finalmente se rebasa la prótesis para evitar la recidiva de la lesión.

4.4.3 En la región mandibular, la hiperplasia se extiende como una cuerda sobre el reborde alveolar. Es suficiente un par de tijeras para extirparla, y no es necesaria la sutura. Lo mismo sucede con las hiperplasias ligeras de los fondos de vestibulo. Por el contrario, las grandes hiperplasias, requieren de extirparse en combinación con vestibulo plastias.

CAPITULO V

Hiperplasia Gingival.

5.1 Concepto: El término hiperplasia se refiere al aumento de tamaño de los tejidos de un órgano, producido por el aumento de la cantidad de sus componentes celulares. La hiperplasia gingival no inflamatoria es generada por otros factores que la irritación local. No es común, y se halla con frecuencia sobre agregada al tratamiento con fenitofna (dilantina). Por lo general, la hiperplasia es generalizada, pero más intensa en las regiones anteriores, superior e inferior. Se produce en zonas dentadas, no en espacios desdentados, y el agrandamiento desaparece ahí donde se hace una extracción. El agrandamiento es crónico, y aumenta de tamaño con lentitud. Al eliminarlo quirúrgicamente, vuelve a aparecer. Desaparece al cabo de unos meses, una vez interrumpida la ingestión de la droga.

5.1.1 Agrandamiento Hiperplásico Idiopático, Hereditario o Familiar.

Es una lesión rara de etiología indeterminada, que ha sido designada por nombres como elefantiasis gingivostomática, fibrona difuso, elefantitis familiar, fibromatosis idiopática, hiperplasia hereditaria y fibromatosis familiar congénita.

El agrandamiento afecta a la encía insertada, encía marginal y papilas interdentes en contraste con la hiperplasia inducida por la fenitofna, que se limita al margen gingival y papilas interdentes. La encía agrandada es rosada, firme, de consistencia semejante a la del cuerpo.

5.2 Características Clínicas.

La encía se divide en las áreas marginal, inserta

da e interdental.

5.2.1 Encía Marginal (encía libre).

La encía libre es el borde de encía que rodea los dientes, a modo de collar, y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal. Puede separársele de la superficie dentaria mediante una sonda parodontal. Está constituida de un núcleo central de tejido conectivo, cubierto de epitelio escamoso estratificado, y contiene un sistema de haces de fibras colágenas.

Color: Es rosado coral, y es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio, y la presencia de células que contienen pigmentos.

Surco Gingival: Es una hendidura o espacio poco profundo alrededor del diente, cuyos límites son, por un lado la superficie del diente, y por el otro el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Tiene forma de "V" y una profundidad aproximada de 1.8 mm.

5.2.2. Encía Insertada.

La encía insertada se continúa con la encía marginal. Es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes. El aspecto vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, de la que se separa la unión mucogingival. El ancho varía de 1 a 9 mm. Presenta un putilleo parecido al de la cáscara de la naranja, dada por la inserción de las fibras del ligamento parodontal. Su color es igual al de la encía libre rosado coral.

5.2.3 Encía Interdental.

La encía interdental ocupa el nicho gingival, -

que es el espacio interproximal situado apicalmente al área de contacto dental. Consta de dos papilas, una vestibular y otra lingual, y el col. Este último es una depresión parecida a un valle, que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. Cuando los dientes no están en contacto, no suele haber col.

Cada papila interdental es piramidal; las superficies vestibular y lingual se afinan hacia la zona de contacto interproximal, y son logeramente cóncavas. Los bordes laterales y la punta de las papilas interdenciales están formadas por una continuación de la encfa marginal de los dientes adyacentes.

Color: Es roja, lisa y brillante, y no rosada y punteada como la encfa marginal e insertada.

Tamaño: El tamaño de la encfa corresponde a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares, y su vascularización.

5.2.4 Vascularización, linfáticos y nervios.

Hay tres fuentes de vascularización de la encfa: 1) Arteriolas supraperiósticas a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar. Algunas ramas de las arteriolas pasan a través del hueso, hacia el ligamento parodontal. 2) Vasos del ligamento periodontal, que se extienden hacia la encfa. 3) Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdental.

El drenaje linfático comienza en los linfáticos de las papilas, se extiende hacia el ligamento y acompañan a los vasos sanguíneos.

La inervación gingival: deriva de las fibras que nacen en los nervios del ligamento parodontal y de los nervios -

labial, bucal y palatino.

5.3 Etiología.

Algunos casos se explican sobre bases hereditarias, pero la etiología es desconocida, y la hiperplasia se denomina apropiadamente idiopática. Un estudio de varias familias halló que el modo de herencia era, en algunos casos, autosómico recesivo, y autosómico dominante en otros. Se ha investigado la etiología nutricional y hormonal, pero no se la ha comprobado. La irritación local es un factor sobre agregado.

5.4 Gingivectomía.

En un sentido literal estricto, la denominación gingivectomía significa excisión de la encía. En realidad, es una operación en dos tiempos, que consiste en la eliminación de la encía enferma, y el raspaje y alisamiento de su superficie radicular.

5.4.1 Indicaciones:

- a) Eliminación de bolsas supraóseas profundas, en las cuales los depósitos que se hallan sobre la - - raíz no se ven cuando la pared de la bolsa es separada con una sonda.
- b) En bolsas profundas e inaccesibles.
- c) Eliminación de todas las bolsas supraóseas, independientemente de su profundidad, si la pared es fibrosa y firme.
- d) Eliminación de agrandamientos gingivales.

5.4.2 Contra Indicaciones.

- a) La necesidad de hacer cirugía ósea.
- b) Localización del fondo de la bolsa por -

apical a la unión mucogingival.

5.5 Procedimiento paso a paso. (técnica quirúrgica).

5.5.1 Marcar las bolsas: Las bolsas de cada superficie se exploran con sonda periodontal, y se marcan con una pinza marcadora de bolsas. Las bolsas se marcan sistemáticamente, comenzando por la superficie distal del último diente, siguiendo por la superficie vestibular, yendo hacia la línea media.

5.5.2 Cortar la encía: La encía puede cortarse con bisturíes periodontales, escalpelo ó tijeras.

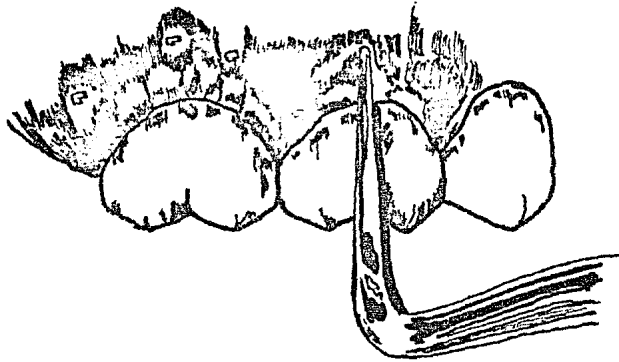
Se pueden usar las incisiones continua ó discontinua, según lo prefiera el operador.

a) La incisión discontinua, se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente, y se avanza hacia adelante, siguiendo el curso de la bolsa, extendiéndose a través de la encía interdental hasta el ángulo distovestibular del diente que sigue. La otra incisión, comienza ahí y se lleva hasta el ángulo distovestibular del diente que sigue.

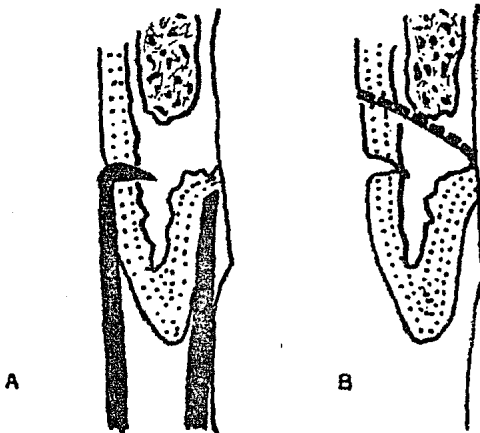
b) La insición continua se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia adelante sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas. Una vez hechas las incisiones en la superficie vestibular, el proceso se repite en la superficie lingual. Para evitar los vasos y nervios del conducto incisivo, las incisiones se harán a los lados de la papila incisiva, no en sentido horizontal a través de ellas.

La incisión debe estar lo más cerca posible del hueso, sin exponerlo, para eliminar el tejido blando coronario al hueso.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA



La pinza marcadora de bolsas hace perforaciones puntiformes - que indican la profundidad de la bolsa.



A, Pinza marcadora de bolsas en posición. B, Insición bisela - da que se extiende hasta la perforación hecha por la pinza marcadora.

La incisión se hará biselada, aproximadamente en 45° con la superficie dental. Esto es importante, donde las paredes de las bolsas están agrandadas y son fibrosas.

5.5.3 Eliminar la encía marginal e interdental: Comenzando con la superficie distal del último diente erupcionado, se desprende el margen gingival por la línea de incisión, con una azada quirúrgica. Se introduce el instrumento hasta llegar a la superficie del diente, y se lo mueve en dirección coronaria.

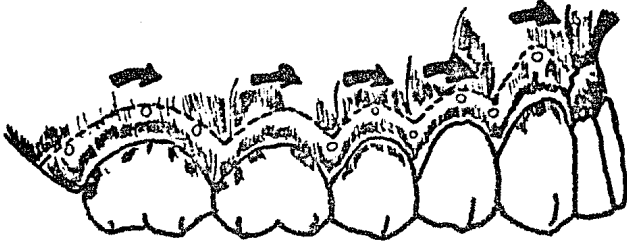
5.5.4 Apreciar el campo operatorio: A medida que se elimina la pared de la bolsa, se observan las siguientes estructuras.

- a) Tejido de granulación de aspecto globular.
- b) Algunos cálculos remanentes que pueden extenderse hasta donde estaba insertada la bolsa. El cálculo es pardo oscuro, y de consistencia sólida.
- c) Una zona clara semejante a una banda sobre la raíz, donde se insertaba la bolsa.

5.5.5 Higiene previa a la colocación de apósito: Antes de colocar el apósito, la zona se lava varias veces con agua tibia o suero fisiológico y se cubre con un trozo de gasa doblado en forma de "U". Se indica al paciente que ocluya sobre la gasa, hasta que cese la hemorragia. Antes de colocar el apósito, la superficie cortada debe estar cubierta por coágulo.

5.5.6 Colocación de apósito quirúrgico: Se coloca un apósito que puede ser de Kirkland, Coe-pack, etc. El apósito se modela en dos cilindros de la longitud de la zona tratada. Se lleva sobre la superficie vestibular, hacia la línea media, presionándolo suavemente en posición, a lo largo

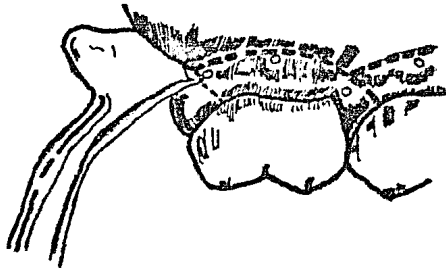
INCISION EN GINGIVECTOMIA



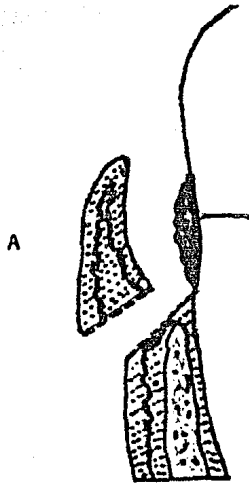
Cuadrante incidido con incisión discontinua, que sigue la demarcación de cada bolsa, por apical a las marcas puntiformes.



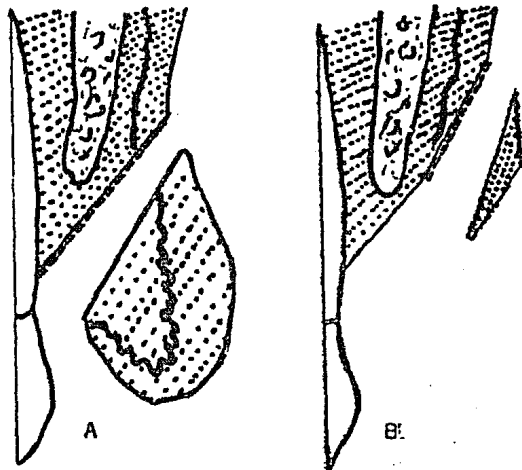
Incisiones discontinuas en la superficie palatina que siguen los contornos de bolsas profundas en molares.



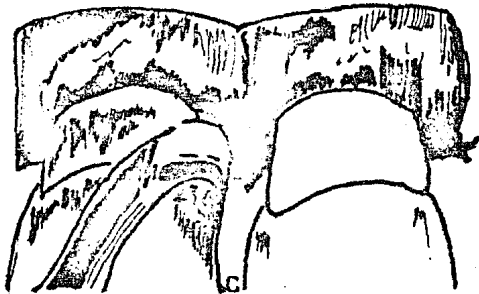
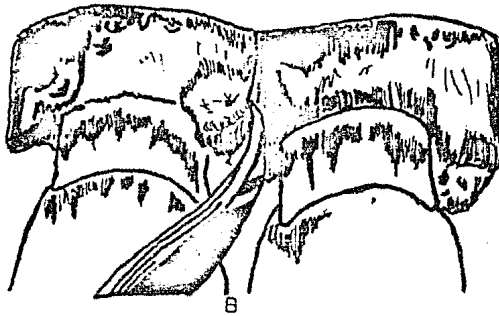
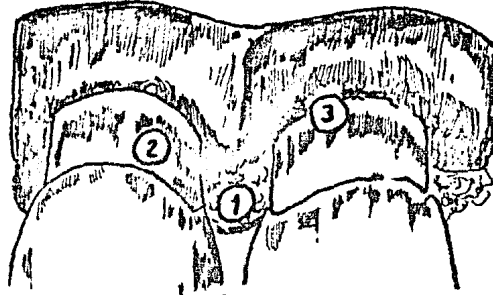
Incisión distal biselada, con bisturí periodontal .



La eliminación completa de la pared de la bolsa asegura la -
exposición del cálculo.



B, Resección de encía abultada, con una incisión biselada .
C, A veces cuando no se obtiene un contorno adecuado con -
una sola incisión, es necesaria una segunda incisión correctora .



A, Campo después de eliminar la pared de la bolsa. (1) tejido de granulación; (2) Cálculo; (3) Espacio claro. B, Tejido de granulación eliminado con cureta para observar la superficie radicular. C, Superficies radiculares raspadas y alisadas.

del margen gingival incidido, e interproximalmente. El segundo cilindro de cemento se aplica en la superficie lingual.

Una vez colocado el apósito, se esperan 5 minutos, antes de cortarlo, ya que no debe intervenir en la oclusión.

El paciente será despedido hasta que no cese el filtrado de sangre, debajo del apósito. Como regla general, el apósito se deja una semana después de la intervención quirúrgica. Es útil enjuagar la boca con un enjuagatorio de sabor agradable, diluyendo una parte en tres partes de agua tibia, comenzando el segundo día post operatorio.

En la primera semana post operatoria, puede haber hemorragia. Hay que retirar el apósito, localizar los puntos sangrantes y detener la hemorragia. Una vez detenida la hemorragia, se coloca nuevamente el apósito.

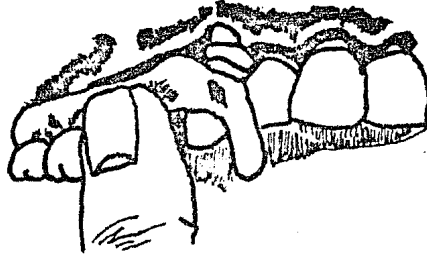
5.6 Gingioplastia.

La enfermedad gingival y periodontal, con frecuencia produce deformaciones en la encía, que entorpecen la excursión normal de los alimentos, acumula placa irritante y residuos de alimentos, prolonga y agrava el proceso patológico. Grietas gingivales y cráteres, papilas interdentes en forma de meseta, causadas por la gingivitis ulceronecrosante aguda y agrandamiento gingival, son ejemplos de tales deformaciones: la remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales y fisiológicos. Se denomina gingivoplastia.

La técnica de gingivoplastia es similar a la de gingivectomía; sin embargo su finalidad es diferente. La gingivoplastia se efectúa cuando no hay bolsas, únicamente con el propósito de remodelar la encía.

La gingivoplastia se puede hacer con bisturí periodon-

COLCACACION DE APOSITO

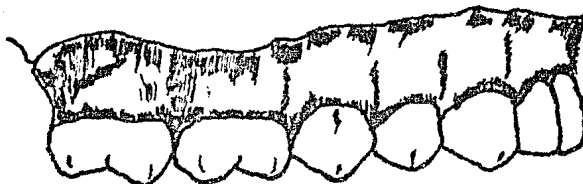


El cilindro del apósito se engancha alrededor del último molar y se presiona hacia la zona anterior.

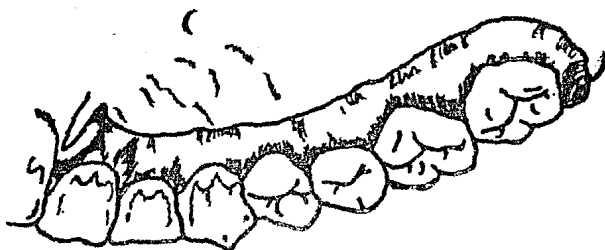


La presión suave sobre las superficies vestibular y lingual une el apósito en las zonas interproximales .

APOSITO COLOCADO

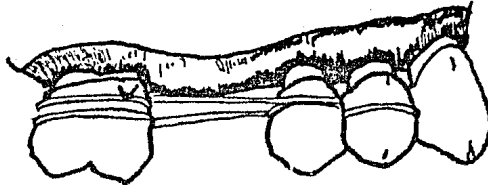


Apósito colocado inmediatamente encima de la superficie cortada, sin sobreextenderse hacia la mucosa no afectada.



Apósito lingual colocado; la sobreextensión hacia el paladar - desprendera el apósito y es preciso evitarla.

A



A, Una ligadura con hilo dental ayuda a retener el apósito - sobre la zona desdentada.

B



B, Apósito colocado

tal, escalpelo, piedras rotatorias de diamante, de grano grueso, ó electrocirugía.

Se compone de procedimientos como:

5.6.1 Afinamiento del margen gingival.

5.6.2 Creación de un contorno marginal festoneado.

5.6.3 Adelgazamiento de la encía insertada.

5.6.4 Creación de surcos interdentes verticales.

5.6.5 Remodelado de la papila interdental, para proporcionar vías de escape a los alimentos. Biseladas adecuadamente, las insisiones de la gingivectomía dan resultado similares.

Capítulo VI.

Frenilectomía.

6.1 Frenillo vestibular.

6.1.1 Anatomía descriptiva: El frenillo labial superior es un haz fibroso de 2 ó 3 mm. de ancho, que partiendo del punto central de inserción de los tejidos móviles, encía ó mucosa alveolar móvil, se dirige, cuando el labio está en reposo, hacia arriba y adelante, pasando por encima del surco vestibular, e ir a perderse en el espesor del labio superior. Frenillo central inferior, tiene una estructura y descripción muy semejantes a la del superior. También en la región del canino, con más frecuencia en el inferior que en el superior, encontramos muchos pliegues que atraviesan el surco vestibular. Están menos desarrollados que el frenillo medio, y reciben el nombre de frenillos laterales ó accesorios.

6.1.2 Constitución Anatómica: En el frenillo, su mucosa está unida al plano subyacente, mediante un tejido conjuntivo laxo y amplificable, que hace posibles amplias excursiones de los labios y de las mejillas. Apartándose de la línea media se halla la inserción del músculo mirtiforme, e inmediatamente por fuera de éste, la inserción del haz incisivo del orbicular de los labios. El frenillo lateral se encuentra constituido por tejido fibroso no muy denso. Insertándose inmediatamente por debajo 5 y 7 mm. del borde inferior de la inserción del músculo canino. El frenillo lateral también se encuentra constituido por las inserciones de los músculos cuadrados, y por fuera por los haces incisivos inferiores del orbicular de los labios.

Inervación e irrigación: Arterias: Son las coronarias, ramas de la arteria facial.

Venas: Las venas son las faciales y submentales.

Linfáticos: Proceden de 2 redes: la red mucosa y cutánea, y desembocan en los ganglios submaxilares y submentoneanos.

Nervios: Son motores y sensitivos; proceden a los primeros del facial; los segundos del infraorbitario y del mentoniano.

6.1.3 Formas de frenillos anormales.

Jacobs describe 4 tipos:

- 1) Ancha base forma de abanico en el labio.
- 2) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
- 3) Ancha base en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- 4) Amplio frenillo difusoadiposo.

6.1.4 Indicaciones de extirpación del frenillo.

El frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa, y desplazar a ésta en los movimientos del labio. Lo mismo ocurre con el frenillo lingual que puede ocasionar trastornos en la fonación y deglución.

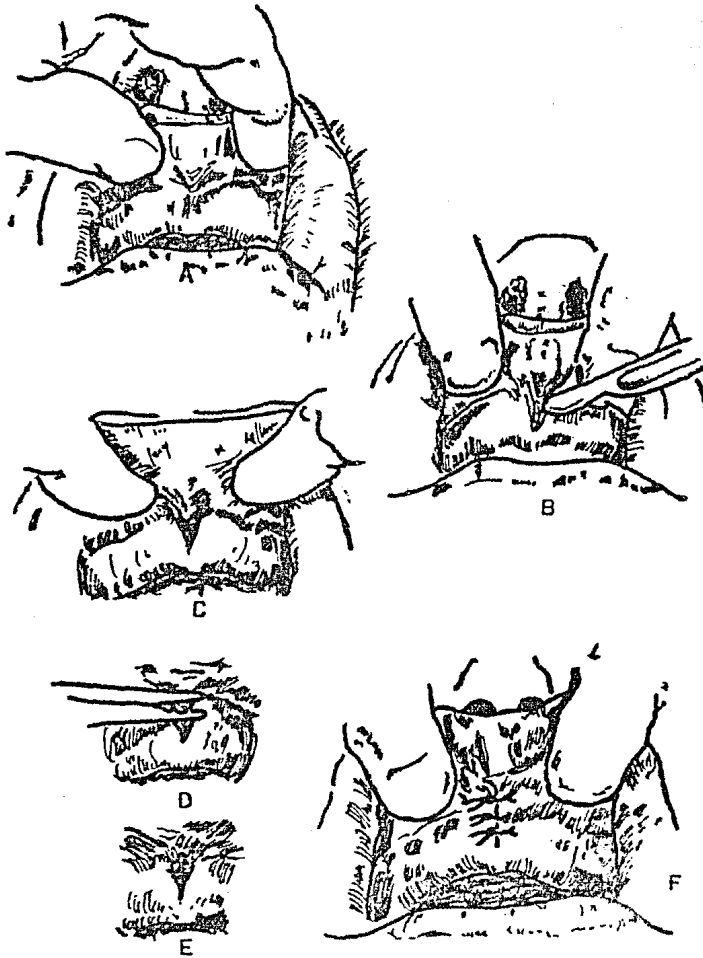
Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo, se cree que el frenillo labial debe extirparse; en la edad juvenil, para permitir el tratamiento ortodóntico; en la edad adulta ó con fines protéticos.

6.1.5 Técnicas quirúrgicas (frenitolomía vestibular).

El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local ó general, en unos pocos minutos.

Técnica de Federspiel.

FRENULOTOMIA VESTIBULAR SUPERIOR



A, Se da vuelta al labio y se pone en tensión el frenillo . -
B, Se hace una incisión en forma de "V" al rededor del frenillo . -
C, Se separan las fibras del frenillo del hueso. D, el pliegue de mu-
cosa y el tejido conectivo excedente se elimina con tijera. E y F, Se
cierra la herida con sutura .

a) Anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior, de modo que quede tenso el frenillo, como se observa en la figura.

b) Con un bisturí hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico; de ambos lados, llegando en profundidad hasta el hueso.

c) La porción del frenillo circunscrita se toma con una pinza hemostática y se despega por medio de una legra ó espátula roma. Los bordes de la herida se reúnen con 2 ó 3 puntos de sutura.

Técnica de Z plastia, V-Y plastia.

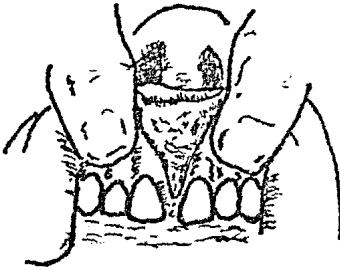
a) Se levanta el labio para mantener tenso el frenillo, se debe eliminar la parte fibrosa del frenillo, y que la mucosa sea devuelta a su posición de manera que cubra el defecto quirúrgico.

b) Las insisiones se hacen en la mucosa, alrededor del frenillo y se profundizan hasta el hueso, si la frenectomía se hace por problemas ortodóncicos de diastema central, el vértice de la "V" debe estar en la papila incisiva, cuando es de tipo protético, el vértice de la "V" corresponde a la inserción del frenillo en el proceso alveolar. Los trazos de la incisión deben quedar juntos y casi paralelos. Cuando el frenillo es separado del hueso con el elevador del perióstio, la mayor parte de las fibras se repliegan hacia arriba del labio.

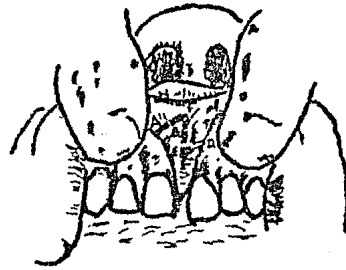
c) El pequeño trozo de mucosa y el excedente de tejido conectivo se eliminan fácilmente con tijeras.

d) La primera sutura debe ir a través de la mitad de la herida, debe tomar bordes mucosos y perióstio de la línea media, se colocan los puntos de sutura que sean necesarios. La sutura se retira en 7 días.

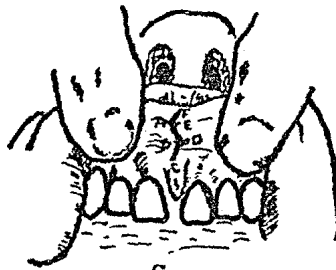
OPERACION EN "Z"



A



B



C

A, Preoperatorio del paciente . B, Diseño para una técnica de operación en "Z" . C, Colgajos angulares "B" y "E", Transpuestos en sus nuevas posiciones,

Método de L'hirondel y Aranowicz.

Primer tiempo: Levantamiento de frenillo para mantenerlo tenso, que adquiere así una forma triangular de base superior y vértice inferior.

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: Se reseca a bisturí el cordón fibroso del frenillo y se le extirpa. Se cauteriza con galvano la base de la inserción.

Tercer tiempo: Sutura: con hilo o seda, se practican 3 ó 4 puntos de sutura, que reúnen los labios de la herida.

6.2 Frenillo lingual.

6.2.1 Anatomía descriptiva de la lengua: La lengua es una eminencia muscular móvil que ocupa el piso de la cavidad bucal, posee una forma irregularmente ovalada con la extremidad gruesa posterior y su punta inclinada hacia adelante.

Conformación exterior: La parte libre de la lengua tiene dos caras, dos bordes y un vértice.

Caras:

Cara superior o dorsal: Se caracteriza por la presencia de un surco terminal en forma de "V", que divide en 2 - porciones, una anterior ó bucal y otra posterior ó faringea. La porción bucal se halla recorrida en la línea media por el surco medio superior. Su superficie se encuentra tapizada por las papilas linguales, las cuales se dividen en: filiformes, fungiformes, calciformes y foliadas.

Cara inferior: La mucosa es lisa, de color rosa, delgada, transparentes y contiene: surco medio, frenillo lingual, venas raninas, canales laterales y glándulas seromucosas.

Bordes:

Los bordes son libres y redondeados, más gruesos por detrás que por delante, corresponden a los arcos dentarios.

Vértice:

El vértice ó punta de la lengua presenta un surco medio, en el cual se reúnen los dos surcos que recorren las caras - dorsal e inferior.

6.2.2 Constitución anatómica: La lengua está constituida por: a) Esqueleto osteo fibroso. b) Músculos e la lengua. c) Mucosa de revestimiento.

a) Esqueleto osteo fibroso: Comprende el hueso hioides, la membrana fibrosa y hioglosa con el septo y fascia lingual.

b) Músculos de la lengua: Los músculos son 17: ocho pares y un impar, el lingual es superior, y son geniogloso, hiogloso, estilogloso, palatogloso, faringogloso y amigdalogloso, lingual inferior y único, propiamente intrínseco, es el transverso de la lengua.

c) Mucosa de revestimiento: Está constituida por papilas. El epitelio que las recubre es queratinizado, especialmente en el vértice de las papilas.

La mucosa de la cara inferior de la lengua está revestida por epitelio no queratinizado, es lisa y delgada.

d) Inervación e Irrigación: Arterias: provienen de la - arteria lingual. Su ramo terminal se llama arteria ranina.- Secundariamente hay irrigación de la arteria palatina inferior y de la faringea ascendente.

Venas: Por conducto de la vena lingual.

Nervios: Se dividen en motores que proceden del hipo glosa mayor (III par craneal), sensitivos: nervio lingual, glosa faringeo y neumogástrico.

6.2.3 Técnicas Quirúrgicas (frenilotomía lingual).

El frenillo lingual se compone de un pliegue de mucosa sola o con tabique fibroso denso, que une la punta de la lengua al proceso alveolar. Se observa con mayor frecuencia en niños y se llama Anquiloglosia. En el paciente adulto es importante su tratamiento si ha de usar con éxito una prótesis inferior.

La Frenilotomía lingual está indicada: cuando el paciente no puede mover la lengua (su punta), ya que está unida al proceso alveolar.

El procedimiento se realiza con anestesia local o general. Si se usa anestesia local, el bloqueo del nervio lingual será bilateral.

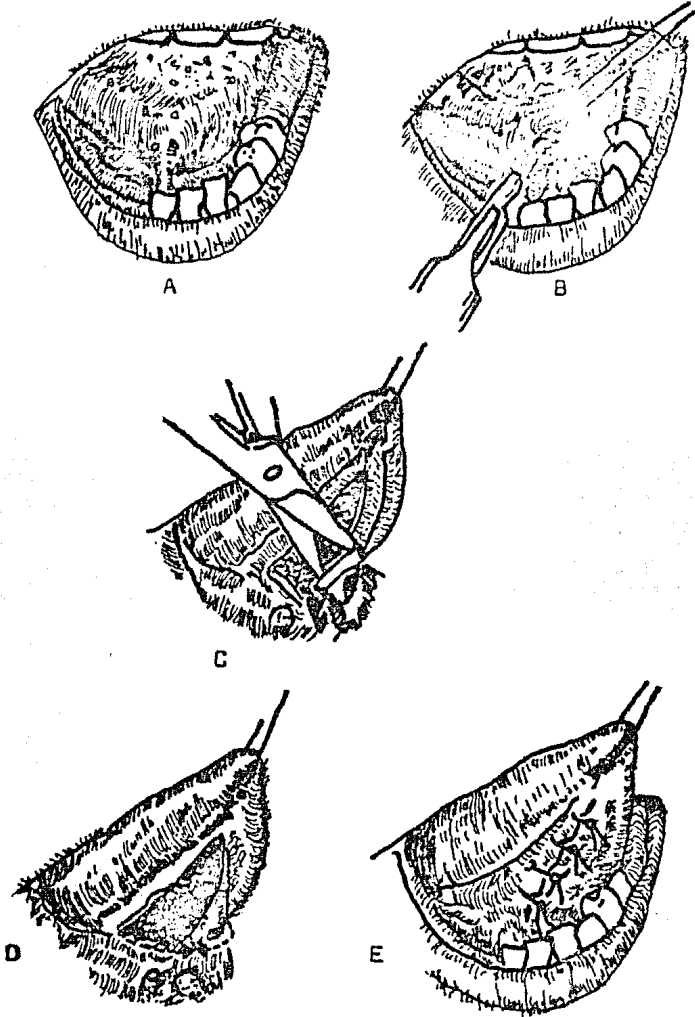
Técnica:

a) Anestesia local, bloqueo bilateral del nervio lingual y se completa con cantidades pequeñas de infiltración, para evitar la deformación de los tejidos sublinguales.

b) Se hace una sutura de tracción a través de los músculos de la punta de la lengua, para que sea posible levantar la lengua y poner en tensión el frenillo.

c) Se practica una insición transversal en la mucosa del frenillo, a mitad del camino entre la superficie ventral y las caránculas sublinguales, con tijeras o bisturí, se debe tener especial cuidado en no lesionar las caráncu

FRENULOTOMIA LINGUAL



A, preoperatorio del paciente, B, Se hace una sutura en la -
punta de la lengua para llevarla hacia atras y poner tenso el freni-
llo. Se hace una incisión transversal a través del frenillo, entre
la superficie ventral de la lengua y las carunculas sublinguales .
C, Se socavan con tijeras los bordes de la herida con forma de dia-
mante. D, Se colocan colgajos en posición. E, Se sutura.

lãs ni conductos de glândulas salivales. La disección más profunda se hace con tijeras en la línea media, evitando - los conductos de las glândulas salivales submaxilares y venas sublinguales. Si se observan fibras del músculo genio-gloso dentro del campo quirúrgico, se pueden cortar; Se continúa la disección hasta que la lengua pueda tocar los incisivos superiores ó el proceso alveolar mientras tenga la boca abierta.

d) Los colgajos mucosos se socavan con tijeras y se - cierran con una incisión lineal longitudinal con punto ais-lados de sutura. Al suturar se debe tener cuidado en no - punzar la vena sublingual, pues hacerlo, produciría una he-morragia rebelde.

e) La evolución post operatoria no presenta complica-ciones. El dolor y las molestias se neutralizan fácilmente con analgésicos. El edema de lengua y piso de boca es moderado, y por lo general remite entre los 7 y 10 días.

CAPITULO VII

Profundización de Vestíbulo.

Después de la extracción de los dientes naturales, el remodelado del proceso alveolar produce la reducción de la altura y el ancho del reborde residual. A medida que la zona de asiento basal se empequeñece, disminuyen la estabilidad y la retención de la prótesis. Por último, muchos pacientes comprueban que no pueden usar sus prótesis.

Existen varios métodos de surcoplastia para extender la zona de soporte de las prótesis, el injerto óseo está indicado solamente cuando las técnicas de surcoplastia no pueden proporcionar resultados satisfactorios.

Para que la extensión del surco vestibular y sublingual sea positiva tanto el tejido óseo como los tejidos blandos deben quedar tapizados por epitelio. Si el surco extendido ha de ayudar a la confección de la nueva prótesis, la mucosa del surco debe hallarse libre de cicatrices.

El objetivo de extender un reborde, es descubrir quirúrgicamente hueso basal de las mandíbulas, volviendo a colocar la mucosa suprayacente, inserciones musculares y músculo en una posición más baja en el maxilar inferior, ó más alta en el superior. La ventaja resultante es poder acomodar una aleta mayor de dentadura postiza, contribuyendo así a lograr mayor estabilidad y retención de la dentadura.

7.1 Anatomía Descriptiva.

Se conoce con el nombre de surco gingivolabial, la canal situada en las partes superior e inferior del vestíbulo en ambos maxilares, a cuyo nivel la mucosa de los labios se continúa sobre el hueso con las de las encías. Tanto - -

arriba como abajo, sale de esta región en la línea media un pliegue sagital ó frenillo de los labios superior e inferior. También en la región del canino, con más frecuencia en el inferior que en el superior, encontramos muchas veces pliegues que atraviezan el surco vestibular. Están menos desarrollados que el frenillo medio y reciben el nombre de frenillos laterales.

7.2 Constitución Anatómica.

Maxilar inferior: El frenillo medio tiene una estructura y disposición semejante a la del superior. A los lados del frenillo se insertan los músculos borlas, y por fuera los haces incisivos inferiores del orbicular de los labios.

Por detrás de los premolares, y hasta la región del primer molar inclusive la línea límite entre tejidos estacionarios y movibles está libre de inserciones musculares, constituyendo la bolsa vestibular.

Más hacia atrás, a partir de la región distal del primer molar, el buccinador cubre la línea oblicua externa para ir a insertarse directamente en el borde alveolar, exactamente en el límite entre tejidos estacionarios y movibles.

En la cara lingual, el milohioideo se inserta en la línea oblicua interna y su inserción se extiende en algunos casos por encima de ésta. En las grandes atrofias, las prótesis alcanzan a entrar en relación con los músculos genio-glosos.

Maxilar superior: Se encuentra constituido por un frenillo medio de 2 ó 3 mm. de ancho. A partir de la línea media, se halla la inserción del músculo mirtiforme e inmediatamente por fuera de éste, la inserción del haz incisivo -

del orbicular de los labios; más hacia afuera y generalmente algo más alto, se encuentra la inserción del músculo canino que queda sobre la inserción del frenillo lateral. Por detrás del músculo canino, está libre de inserciones musculares hasta llegar al límite anterior de la inserción del buccinador. A partir de la región del primer molar, más ó menos desde la porción anterior del borde inferior de la apófisis piramidal del malar. Todo el borde la zona chapeada está formado por la inserción del buccinador.

7.3 Técnicas Quirúrgicas.

7.3.1 Vestibuloplastia.

Las técnicas de la vestibuloplastia que trataremos, las podemos dividir de la siguiente manera:

- a) Cruentas - Clark
 - Kazanjian.
- b) No cuentas - Obnegeser.

Técnicas de Clark: Clark (1953), describe un procedimiento de extensión del surco que puede ser considerado como inverso a la técnica de la técnica de Kazanjian. Clark basaba su operación sobre cuatro principios de cirugía Plástica:

- a) Las superficies vivas sobre tejido conectivo se contraen, mientras que las mismas superficies experimentan con tracción mínima cuando se hallan cubiertas de epitelio.
- b) Las superficies vivas que cubren hueso, no se contraen.
- c) Los colgajos epiteliales deben ser socavados lo suficiente como para permitir el desplazamiento y la fijación sin tensión.
- d) Los tejidos blandos operados plásticamente, tienen

tendencia a retornar a sus posiciones previas, de modo que es necesario sobreextenderse y hacer fijación firme.

Procedimiento paso a paso.

- 1.- Se realiza una incisión ligeramente labial sobre la cresta del reborde alveolar.
- 2.- Se obtiene la profundización del surco por medio de disección supraperióstica.
- 3.- La mucosa del labio se socaba hasta límites con el borde del berbellón.
- 4.- Se lleva el colgajo a la posición deseada y se sutura por medio de sutura (percutánea), puntos colocados hasta la superficie de la piel.

Técnica de Kazanjian.

Kazanjian (1935) hace una incisión en la mucosa del labio y rechaza un colgajo grande de mucosa vestibular y labial. Luego, realiza una disección supraparióstica para profundizar el surco. El colgajo mucoso es llevado hacia abajo de su inserción y colocado directamente contra el perióstio, al que se le sutura. Se coloca un tubo de polietileno o caucho a modo de férula en el surco profundizado y se lo fija a través del labio, a la superficie externa por medio de suturas percutáneas (extraorales), que se fijan por medio de rollos de algodón. El tubo ayuda a sostener el colgajo en la nueva posición y a mantener la profundidad surco durante las primeras fases de la cicatrización. El tubo se retira a los 7 días.

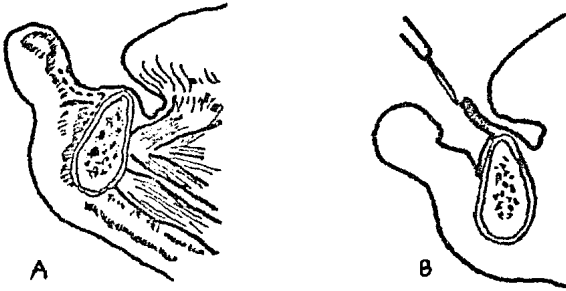
Al comparar las técnicas de Clark y Kazanjian, Kruger concluyó que la colocación de insición no provocaba gran diferencia en el resultado. En todos los casos había alteración del nuevo surco artificialmente creado por contractura desde el fondo, lo que ocurría temprano, generalmente antes de la colocación de la dentadura final.

Técnica de vestibuloplastia submucosica de Obwegeser.

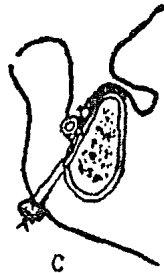
En muchos casos de reborde alveolar corto, desde el punto de vista clínico, hay en la realidad suficiente cantidad de hueso. La dificultad reside en el hecho de que la mucosa y los músculos del surco están insertados demasiado cerca de la cresta del reborde.

Los objetivos de esta técnica son extender el surco para proporcionar mayor altura de reborde y transferir el tejido conectivo submucoso y los músculos adyacentes a una posición más alejada de la cresta del reborde. El segundo -

VESTIBULOPLASTIA
METODO DE KAZANJIAN



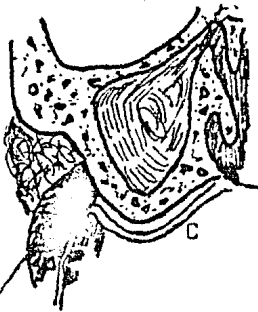
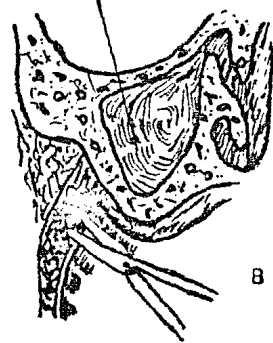
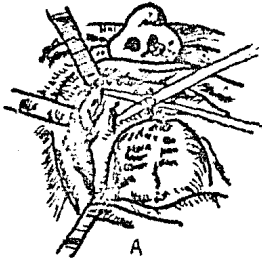
A, Se hace la incisión a través de la mucosa de la superficie interna del labio. B, Se disecciona la mucosa hasta formar una base — sobre la cresta del reborde alveolar. Se mantiene el colgajo fuera del campo con un instrumento .



C, El colgajo de la mucosa se sutura al periostio. Se conserva en su sitio una sonda de polietileno en el fondo del nuevo — surco por medio de suturas percutaneas .

TECNICA DE OBWEGESER

Seno Maxilar



Musculo Buccinator

A, La incisión vertical proporciona acceso para socavar y cercenar los músculos de su inserción. B, Socavado de la membrana mucosa. C, Desprendimiento suprapariostico del musculo. D, retención de la profundidad del surco con férula acrílica .

Objetivo es prevenir la vuelta del surco a su posición preoperatoria. Este procedimiento es aplicable a la totalidad del surco superior y al surco mandibular anterior, pero se consiguen mejores resultados en el vestibulo superior. Este procedimiento es uno de los que se pueden realizar bajo - - anestésia local en el consultorio dental. Una característica importante de esta operación se produce antes de la realización de la incisión. Para facilitar la disección de la mucosa y separarla de la submucosa, se inyecta una copiosa cantidad de solución salina, o solución anestésica diluida, superficialmente en la submucosa del surco, labio y carillo.

Procedimiento: Se hace una incisión en la línea media (a través del frenillo labial) del surco a través de la mucosa únicamente, que se extiende desde la unión mucogingival, hasta el fondo de saco. Con el labio revertido en plano horizontal, se introduce una tijera en la incisión, y - por disección roma se separa la mucosa de la submucosa en - los lados derecho e izquierdo. Se forma un túnel entre la mucosa y la submucosa, que se extiende desde la unión mucogingival hasta dentro del labio y los carillos, de manera - que la mucosa queda completamente liberada. La mucosa de - movimiento libre se adapta hacia el surco, profundizado mediante presión digital y se elimina por succión la sangre - del campo quirúrgico.

Se hace una impresión de compuesto de modelar del nuevo surco usando la prótesis que tenía el paciente ó una férula preparada con anterioridad. Se enfría y se recorta el compuesto de modelar. La férula con los flancos extendidos, extendidos, se asegura al maxilar superior o inferior por - medio de alambres circuncingomáticos ó circunmandibulares.

El curso operatorio va acompañado por dolor e hinchazón, moderados, que remiten a los 4 ó 5 días. La nueva pró

tesis se puede comenzar a las 2 ó 3 semanas.

7.3.2 Surcoplastia lingual.

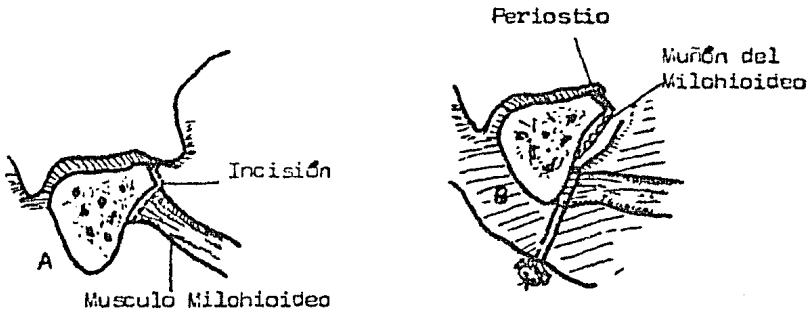
Técnica de Trauner.

Trauner (1952) afirmó que la extensión del surco lingual está indicada cuando la mucosa del piso de la boca - nace a la misma altura del reborde inferior cuando se levanta la lengua y cuando el músculo milohioideo está insertado a la altura del reborde.

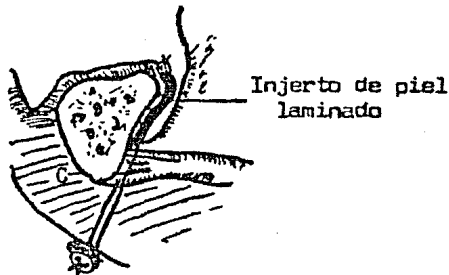
Trauner hace una incisión en la mucosa del piso de boca cerca de la mandíbula. Si se desea, la incisión puede ser - interrumpida en la línea media, según sea la altura del reborde inferior anterior. Se expone el músculo milohioideo.- Se pasa un instrumento a través del músculo milohioideo en - la zona del canino y se orienta hacia atrás. Se cortan las fibras musculares que se hallan sobre el instrumento, pero - sin lesionar el periostio. El nervio lingual se hallaba en el extremo posterior de la disección, y se lo rechazó. Por - disección roma se separa el tejido conectivo del periostio - hasta que se llega al borde inferior de la mandíbula. La mu- cosa del piso de la boca y el músculo milohioideo se anclan con hilo nylon por medio de suturas percutáneas (extraorales). El proceso es bilateral. La superficie perióstica media de la mandíbula fué dejada descubierta para que granulada y epi- telizara.

Se produce hinchazón postoperatoria considerable y difi- cultad para deglutir, pero esos síntomas remiten a la semana. Se recetan antibióticos y analgésicos.

SURCOPLASTIA LINGUAL
TECNICA DE TRAUNER



A, Línea de incisión a través de la mucosa y musculo milohioideo . B, Anclaje del Milohioideo al piso de boca por medio de puntos externos.



C, El defecto quirúrgico sobre el muñón milohioideo puede cubrirse con injerto laminado o se deja que sane por granulación .

Técnica de Caldwell.

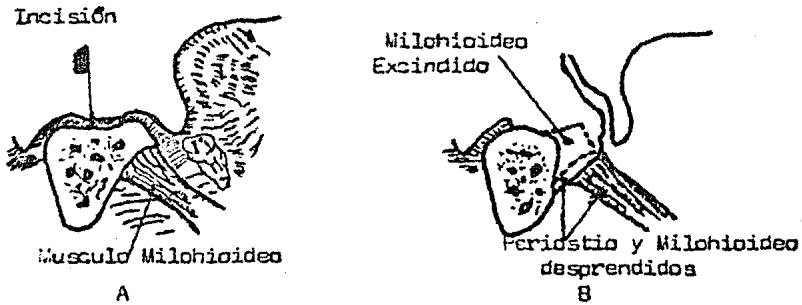
Caldwell (1955) preconizó otra manera de descender el músculo milohioideo y el piso de la boca.

- 1.- Se hace una incisión larga en la cresta del reborde.
- 2.- Se separa un colgajo mucoperióstico lingual de espesor total en la zona media.
- 3.- Se separa con cuidado el músculo milohioideo a par tir de la línea milohioidea, mediante disección aguda.
- 4.- El reborde óseo fué eliminado con escoplo filoso ó martillo. Esta operación es bilateral.
- 5.- Se suturan dos tubos de goma en la profundidad del surco lingual para mantener los tejidos en su nueva posición.
- 6.- Se pasan las suturas a través de la mucosa y los músculos milohioideos hacia la piel (sutura percutánea) por debajo de la mandíbula, donde se atan por medio de rollos de algodón o botones.

Los tubos de goma y las suturas percutáneas se retiran a la semana.

La prótesis se confecciona a las 2 ó 3 semanas.

TECNICA DE CALDWELL

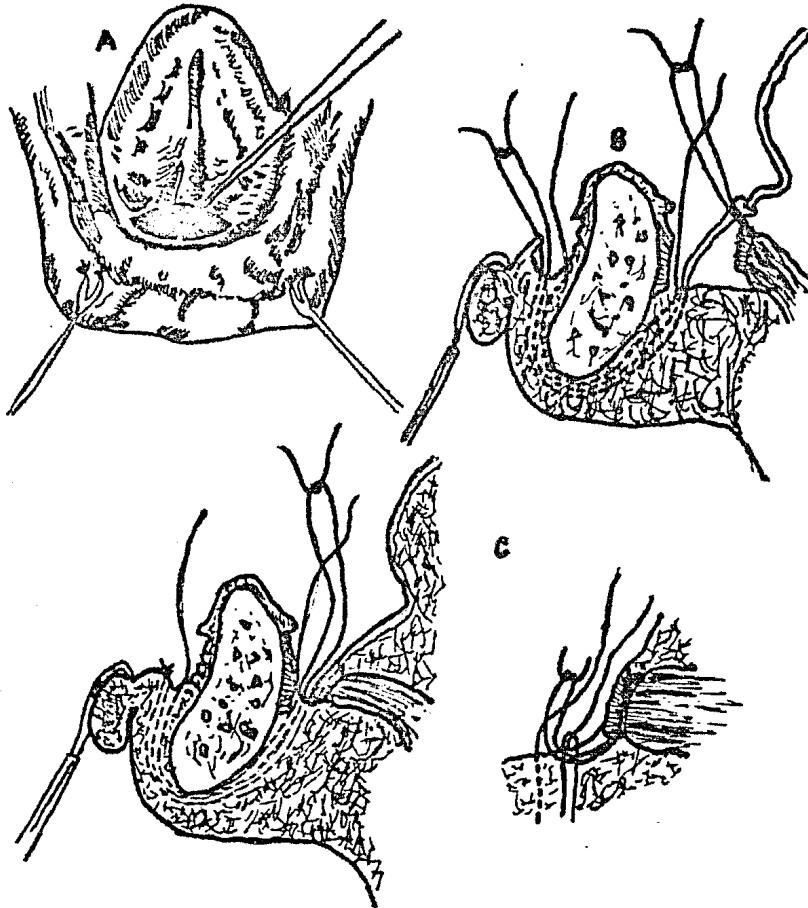


Surco Lingual Profundizado



A, Línea de incisión. B, Musculo Milohioideo y periostio desprendido. C, Sutura y anclaje al piso de boca.

TECNICA DE ANDERSON.



A, Punto de tracción . B, Material de sutura formando lazada al rededor del geniogloso , usado para reposición de la inserción muscular; 1) punto de tracción 2) punto debajo del maxilar inferior con nudo . 3) punto en hamaca para vestibuloplastia, C, punto de hamaca anudado para colocar en posición los bordes de la mucosa.

El punto de tracción (1) se ata incluyendo el punto anudado- (2) se corta un cabo del punto de tracción; el otro se anuda al cabo labial del punto que pasa por debajo del maxilar inferior .

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación documental se realizó teniendo presente el siguiente propósito: Dar una descripción de los procedimientos y tendencias actuales para corregir quirúrgicamente los tejidos blandos bucales. Esta investigación no es de ninguna manera exhaustiva, pero si pretende ser analítica y actualizada.

Se trata de cirugía correctora de tejidos blandos (para la colocación de prótesis), y de acuerdo a los objetivos del estudio, se abordan desde el punto de vista práctico - las manifestaciones clínicas y los estudios radiográficos - necesarios para la obtención de nuestro diagnóstico y plan de tratamiento.

Al culminar este trabajo obtuve las siguientes conclusiones:

- Es preciso evaluar al paciente en forma individual y detallada desde el punto de vista médico, quirúrgico, estético y psicológico, ya que el éxito de un buen tratamiento depende de estos factores.

- Debemos de tener conocimiento de las estructuras óseas, musculares y mucosa, sobre la que se va a intervenir para poder corregir adecuadamente sus alteraciones.

- El cirujano debe tener en cuenta que la habilidad y precisión de la intervención que realice propiciará el resultado satisfactorio del tratamiento, por tanto, no deberá emitir detalle alguno en la técnica por utilizar, a menos que tenga la seguridad de obtener el éxito deseado con el procedimiento que él venga realizando con más habilidad.

- El preoperatorio y el post operatorio son la base para

lograr un buen resultado después de efectuar una técnica - quirúrgica adecuada, los cuidados post operatorios darán al paciente un pronto reestablecimiento, y el éxito del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adway AM; HJ: RTING - Hausen E; Hillerup S.
Posoperative Changes of the soft Tissue Profile after -
Vestibulo lingual Sulcoplasty with free Skin Grafting.
. Oral Maxillofac. Surg Feb. 1983.
- 2.- Archer W. Harry
Cirugía Bucal tomo I
Argentina
Ed. Mundi, S.A.
2a. Ed. 1978.
- 3.- Burket W. Lester
Cirugía Bucal
México
Ed. Interamericana
1973.
- 4.- Carranza A. Fermín
Periodontología Clínica
México
Ed. Interamericana
5a. Edición 1983.
- 5.- Castillejos Victor H.
Apuntes de Cirugía Bucal
Clínica Odontológica Cuauhtémoc
8o. Semestre 1982.
- 6.- Costich White
Cirugía Bucal
México
Ed. Interamericana
1976.

- 7.- Douglas Allen Atwood
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
México
Ed. Interamericana
1973.
- 8.- Fichler Hans
Cirugía Bucal y de los Maxilares
México
Ed. Interamericana
1975.
- 9.- Ginestet Gustave
Cirugía Estomatológica
Argentina
Ed Mundi
1976
- 10.- Quiróz Gutiérrez F.
Anatomía humana
México
Ed. Porrúa
1979.
- 11.- Ries Centeno Guillermo A.
Cirugía Bucal
Buenos Aires
Ed. El Ateneo
8a. Ed. 1979.
- 12.- Schluger Saul, Roy C. Page, Ralph A.
Enfermedad Periodontal
México
Ed. C.E.C.S.A.
1982.

13.- Shifman A; Lepley J.B.

Prostodontic Management of Postsurgical soft Tissue De-
formaties.

J. Prosthet Dent

Sep. 1982.

14.- Starshar, thomas J.

Cirurgfa Bucal Preprotética

Argentina

Ed. Mundi

1978.