

169  
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA BUCAL, DATOS ESTADISTICOS DE 1988 - 1991 EN  
PACIENTES INTERVENIDOS EN LA CLINICA PERIFERICA --  
LAS AGUILAS

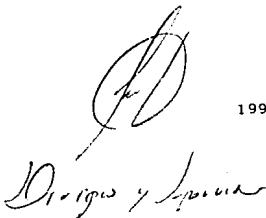
T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N

GERMAN MALANCHE ABDALA. Y HARRY MAURICIO ROMERO HERRERA

MEXICO, D.F.

1992.

TRUJIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Diego y Lpez



## **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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## I N D I C E

- CAPITULO I. CUIDADOS PREOPERATORIOS Y REQUISITOS CLINICOS Y DE LABORATORIO.
- CAPITULO II. ASEPSIA Y ANTISEPSIA  
Definición de asepsia  
Agentes físicos  
Agentes químicos  
Esterilización  
Definición de antisepsia
- CAPITULO III. ANESTESIA  
Definición  
Anestesia general  
Anestesia local  
Consideraciones anatómicas  
Modo de acción, difusión  
Vasoconstrictores  
Accidentes y tratamientos
- CAPITULO IV. INCISION Y COLGAJOS  
Definición  
Características de incisión y colgajo  
Incisiones intraorales y extraorales  
Requisitos de un colgajo  
Procedimientos para realizar colgajos  
Clasificación de los colgajos
- CAPITULO V. OPERACION PROPIAMENTE DICHA  
Definición  
Extracción por disección  
Osteotomía y ostectomía.
- CAPITULO VI. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD  
Lavado  
Curetaje  
Limado  
Colocación de apósitos
- CAPITULO VII. SUTURAS  
Definición  
Materiales de sutura: absorbibles y no absorbibles  
Clasificación
- CAPITULO VIII. CUIDADOS POSTOPERATORIOS  
Del cirujano  
Del paciente

## CAPITULO IX

TABLAS ESTADISTICAS, Y DATOS OBTENIDOS  
EN LA INVESTIGACION REALIZADA EN LA -  
CLINICA PERIFERICA DE LAS AGUILAS

Terceros molares, frecuencia en hombres  
y mujeres.

Terceros molares derechos e izquierdos  
Terceros molares superiores e inferiores  
Quistectomías

Regularizaciones de proceso, superiores  
e inferiores

Cirugías de caninos y dientes retenidos

Cirugías en las cuales se ligaron caninos  
por indicación ortodóntica.

Cirugías de caninos y dientes incluidos,  
frecuencia en hombres y mujeres.

Estadística que representa otro tipo de  
cirugía realizada en la clínica con menor  
frecuencia (apicectomías, biópsias, alar  
gamientos de coronas, frenilectomías, pro  
fundizaciones de vestíbulo, etc)

Gráfica que demuestra la frecuencia de que  
sexo fue intervenido mayor número de veces  
tomando en cuenta todos los tipos de inter  
venciones que se realizarón.

Gráfica que demuestra en forma global la -  
actividad realizada en el período estudia-  
do.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

La realización de cualquier actividad requiere de un es fuerzo y una sistematización del proceso mental por parte de quien lo lleva a cabo, más aun si se trata de plasmar en un documento escrito una serie de investigaciones, revisiones y procedimiento de alguna rama del quehacer humano de cada día.

El organizar este proceso es arduo, debe integrarse perfectamente y queda como un todo para su objetivo final - se cumpla.

El documento que en páginas siguientes podrán revisar, reunidos estos requisitos, representa los esfuerzos de dos estudiantes universitarios por trascender a un nivel superior, por alcanzar una de las metas que cada uno nos hemos trazado en la vida, en este caso es alcanzar la culminación de toda una vida de preparación para obtener el título de Cirujano Dentista.

En este documento, se trata de reunir de una manera muy general los procedimientos quirúrgicos más importantes, así como también los principios básicos de los mismos, abarcando desde la asepsia y la antisepsia hasta los cuidados postoperatorios en cualquier caso de cirugía bucal exclusivamente.

Con datos obtenidos de registros académicos y administrativos se elaboran estadísticas de cirugías realizadas en la clínica periférica de Las Águilas turno matutino, en el período comprendido de 1988 - 1991, realizando una investigación detallada del trabajo realizado en esta asignatura de cirugía bucal por cada uno de los alumnos que cursaron esta materia.

Este documento se realizó con el afán de reunir la información que se obtuvo de la investigación realizada por medio de gráficas estadísticas, además de hacer un recordatorio de los procedimientos quirúrgicos más comunmente efectuados en esta clínica.

De tal modo se ha recopilado lo más importante de las técnicas quirúrgicas para lograr con esto un manual de respaldo para todas aquellas personas que se interesen por la cirugía bucal.

## CAPITULO I

### CUIDADOS PREOPERATORIOS Y REQUISITOS CLINICOS Y DE LABORATORIO.

Toda intervención quirúrgica por amplia o pequeña que sea, debe hacer que esté en la mente de quien tenga la responsabilidad de realizar la que se requiere para cubrir ciertos cuidados y requisitos a fin de brindar al paciente la seguridad de que en todo momento se está pensando en su bienestar.

Con el fin de alcanzar un proceso que reuna como finalidad terminal un contenido didáctico, se estructura éste primer capítulo de cuidados preoperatorios en dos grandes facetas:

- Requisitos Clínicos;
- Requisitos de Laboratorio.

#### REQUISITOS CLINICOS:

Dentro de la actividad odontológica moderna el estudio clínico de todos y cada uno de los pacientes es condición irrenunciable.

Los procedimientos de la cirugía en la prevención, cuidado y rehabilitación bucal así como los apoyos odontológicos y recursos tecnológicos modernos, requieren que el cirujano-dentista esté pendiente y registre el historial clínico de todos y cada uno de los pacientes. Y que no se olvide que en nuestro medio, existen cada vez más frecuentemente pacientes que tienen en uso medicamentos a largo plazo, así como procesos alérgicos o de otro tipo que deben detectarse ya que impiden el uso en ocasiones de determinados procedimientos que generalmente se aplican con cuidado dentro de la atención rutinaria en odontología.

Sin olvidar que es cada vez más frecuente la atención de personas con padecimientos crónicos degenerativos y/o con grandes cirugías o que cuentan con injertos naturales, o mecánicos que les ayuda para su vida.

Con esta gama de variables es mejor sintetizar los datos para su control y análisis, así pues, se propone el siguiente formato:

#### ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS:

	MATERNOS	PATERNOS
- Hipertensión	_____	_____
- Diabetes	_____	_____
- T. B.	_____	_____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- Alergias.
- Diabetes.
- Hipertensión.
- Cirugías.
- Injertos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS:

- Ingestión
- Tipo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REQUISITOS DE LABORATORIO:

El recurso de los apoyos de diagnóstico clínico son y deben ser vistos como eso, un apoyo en la actualidad sólo en caso de duda o para ratificar un tratamiento o para rectificar un diagnóstico se debe valer uno de ellos. Hay que tener en cuenta que el impacto económico al paciente es hoy por hoy importante y que es preferible usar éstos recursos cuando sean realidad indispensable. El apoyo más usado por el C.D. son las placas radiográficas, su utilidad es indispensable.

Cuando se tenga que proceder a la realización de un trabajo que requiera de cirugía intermedia donde a juicio del médico cirujano tratante haya que validar los tiempos de coagulación y sangrado o alguna de las otras constantes corporales éstas deben solicitarse no juntas sino en forma individual.

La madurez del C.D. en el ejercicio de su profesión, la irá dando el tiempo, mientras esto acontece recomendamos lo siguiente:

Rx

Cuantas sean necesarias y cuantas veces justifiquen el tratamiento elegido.

Sangrado y coagulación:

Una vez por paciente, cuando se requiera cualquier intervención de nivel medio o tratamiento con bisturí o tijeras.

Tipo sanguíneo y RH.

Cualquier intervención de gran cirugía bucodento maxilar una vez por paciente.

B.R.D.L.

En caso de duda.

Eliza:

En caso de duda.

## CAPITULO II

### ASEPSIA Y ANTISEPSIA

**ASEPSIA.-** Del griego "a" privativo "sepsis" putrefacción. Se define como la falta de microorganismos patógenos, sin llegar a lo estéril ya que solo están -- eliminados los microorganismos más virulentos, o -- están atenuados, siendo incapaces de producir enfermedad, y a ello se llega por medio de desinfectantes, como son: cloruro de benzalconio, Hipocloritos, detergentes, Formaldehidos, yodo en alcohol -- etílico, estos compuestos entran dentro de los antiépticos químicos.

**METODOS DE ACCION DE LOS AGENTES QUIMICOS**  
**CLORURO DE BENZALCONIO.** Lesionan la pared celular o la membrana.

**HIPOCLORITOS.-** ALTERA LA ACCION ENZIMATICA BACTERIANA

**DETERGENTES.-** Actúan en la división celular

**YODO.-** Altera la acción enzimática.

**ALCOHOL.-** Coagula las proteínas.

**AGENTES FISICOS.**

**RADIACION.-** Se utiliza para la esterilización de quirófanos o laboratorios de virología ya que ha terminado un día de trabajo debido a que no puede el personal estar en contacto con la radiación, ya que afecta a la piel y ojos.

**FLAMEADO:**

Se utiliza para la esterilización de objetos metálicos como braquets, hasas de laboratorio.

**LAVADO:**

Actúa barriendo los microorganismos mediante agua y jabón y aseo de manos instrumental y normalmente es una acción previa a la esterilización.

**ESTERILIZACION:**

Se define como estéril todo objeto privado de cualquier tipo de vida y se diferencia de desinfección ya que en este método solo se eliminan los microorganismos más patógenos o se atenúan -- siendo un método bacteriostático.

**METODOS DE ESTERILIZACION:**

Para llegar a la esterilización nos valemos de varios métodos dentro de los más utilizados nos encontramos con:



#### **CALOR SECO DIRECTO.**

Flama de mechero de gas o de alcohol y se utiliza para esterilizar o destruir objetos contaminados como asas bacteriológicas, algodón sucio y palillos para prótesis de laboratorio, se pone el objeto directamente a la flama hasta que este al rojo vivo durante 5 minutos aproximadamente, o se destruyen totalmente.

#### **CALOR SECO INDIRECTO.**

Esterilizador de aire caliente o de arena de cuarzo, horno, el esterilizador y el horno, son efectivos pero lentos ya que necesitan una hora o más, a una temperatura de 160° a 170° - para dar buenos resultados, el de arena es muy rápido pues - bastan 15 minutos a 200°C pero su uso esta restringido a objetos pequeños como fresas o limas para endodoncia.

#### **CALOR HUNEDO A PRESION.**

Autoclave, olla a presión se logra la esterilización con un tiempo de 15 minutos a 121°C se emplea en objetos que no se dañan con la humedad como instrumental odontológico, médico, gasas, guantes, ropa, etc., el calor actúa desnaturalizando las proteínas celulares y fragmentando las membranas.

#### **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESINFECCION Y ESTERILIZACION.**

- a) **LA CONCENTRACION.**- Tratándose de agentes químicos es muy importante tanto que de ella se depende la acción bacteriostática o bactericida.
- b) **LA INTENSIDAD.**- Mientras mas elevada sea la temperatura se requerirá de menor tiempo para matar los microbios.
- c) **FORMAS BACTERIANAS.** Se ha dicho que las formas vegetativas de las bacterias se destruyen por ebullición durante 3 minutos, en cambio - las esporas consideradas como las formas mas resistentes de todos los seres vivos tienen que ser expuestas a 121°C durante 15 minutos, combinando presión y calor - para ser destruídos, éste sistema tambien elimina completamente a los virus.
- d) **TIEMPO.** El tiempo es muy importante, ya que estudios han demostrado que dependiendo del método empleado cada uno requiere de determinada duración para poder dar buenos resultados.
- e) **MATERIA ORGANICA EXTRAÑA.**- El previo lavado del instrumental es muy necesario ya que siempre despues de un tratamiento quirúrgico quedan residuos de materia orgánica como sangre,

saliva, pus, etc., ya que si este material cubre a la bacteria, la va a proteger contra los desinfectantes.

**ANTISEPSIA.**

"Anti" contra "sepsis" putrefacción, - se define como todos aquellos métodos utilizados para la eliminación de los micro organismos.

## CAPITULO III

### ANESTESIA

#### DEFINICION.

Se conoce como anestesia a la privación de sensibilidad, sea ésta provocada artificialmente o bien debido a agentes morbosos e incluso traumatismos.

#### ANESTESIA GENERAL:

Se conoce como anestesia general al estado en el cual ciertos estados fisiológicos son llevados a una condición de regulación externa por acción de varios agentes químicos. Se realiza llevando al encéfalo suficiente cantidad de anestésico por el torrente circulatorio hasta producir la pérdida del conocimiento.

#### ETAPAS (PERIODOS DE "GUEDEL")

##### ETAPA I.- ANALGESIA

Plano I Memoria y sensación normal  
Plano II. Amnesia y analgesia parcial  
Plano III. Amnesia y analgesia.

##### ETAPA II.- DELIRIO

Plano I. Se inicia con la pérdida de conocimientos y termina con la desaparición del reflejo palpebral, pupilas muy dilatadas, con posibilidad de reflejo de vómito.

##### ETAPA III.- ANESTESIA QUIRURGICA.

Plano I.- Sueño pérdida del reflejo palpebral, persiste el reflejo de la deglución y hay constricción máxima de las pupilas

Plano II.- Pérdida de la sensibilidad,, desaparece el reflejo corneal, se produce cierta relajación de la musculatura esquelética y se inicia la parálisis de los músculos intercostales.

Plano III.- Pérdida de tono muscular, parálisis completa de intercostales, intensa relajación de la musculatura esquelética, reflejo pupilar perdido y parálisis del reflejo laríngeo

Plano IV.- Parálisis intercostal completa parálisis del diafragma, reflejo corneal perdido y máxima dilatación pupilar.

#### ETAPA IV.- PARALISIS BULBAR.

Empieza con parálisis respiratoria completa e insuficiencia respiratoria completa.

#### ADMINISTRACION.

Estos anestésicos pueden ser administrados por:

- 1.- Inhalación
- 2.- Vía intravenosa
- 3.- Inyección subcutánea
- 4.- Vía bucal
- 5.- Vía rectal.

#### ANESTESIA

CONSIDERACIONES ANATOMICAS.- Los nervios de la región gingivodental, provienen del quinto par craneano llamado trigémino, el cual como se sabe da la sensibilidad a toda la cara.

Dos de las ramas del trigémino que son el maxilar superior y el mandibular (maxilar inferior) se dividen en numerosas ramificaciones de las cuales las más importantes para el objeto que nos ocupa son:

#### MAXILAR SUPERIOR.

- a).- Nervios dentarios posteriores, que dan la inervación a los 4 molares superiores.
- b).- Nervio dentario medio, para los premolares y canino
- c).- Nervio dentario anterior, para los incisivos y caninos.

El nervio esfenopalatino se divide en 7 ramas de las cuales las 3 últimas palatino anterior, medio y posterior van a dar la inervación del paladar.

El nervio mandibular (maxilar inferior) tercera rama del trigémino, se divide en dos troncos:

a) Tronco anterior, va a dar origen a las ramas tempórbucal, temporal profundo medio y temporomaseterino.

b) Tronco posterior, da origen a 4 ramas de las cuales las más importantes son: Nervio dentario inferior, que da las ramas dentarias destinadas a inervar los gruesos molares inferiores, los premolares y canino.

Las ramas terminales del dentario inferior son:

El nervio incisivo y el nervio mentoniano

#### MODO DE ACCION DE LOS ANESTESICOS.

Todos los anestésicos locales importantes son sales de sustancias básicas.

La base libre en presencia del medio alcalino de los tejidos se libera, retardando a pequeñas dosis, pero deteniendo a d6--

sis apropiadas el paso de los iones a través de la membrana.

Se supone que el mecanismo de acción es un fenómeno de superficie.

La solución anestésica provee una gran superficie libre con iones de la base con carga positiva, que son bien absorbidos por las fibras y terminaciones nerviosas que tienen carga negativa los iones positivos son selectivamente absorbidos por el tejido nervioso.

Los anestésicos son sustancias químicas de síntesis, las cuales por su estructura molecular, tienen características y propiedades particulares que los hacen diferir unos de otros y gracias a lo cual, el Odontólogo podrá hacer una selección idónea en cada caso en particular.

#### DIFUSION.

Para obtener éxito, el anestésico local debe tener una capacidad de difusión a través de los tejidos a tal punto que se inhiba el paso de la conducción de los impulsos nerviosos, aun cuando se deposite el anestésico a cierta distancia del nervio

La estabilidad química y la excelencia de la fabricación contribuyen a aumentar la seguridad.

Un anestésico local debe permanecer estable después de un período prolongado, aun en circunstancias extremas de tal manera que conserve su eficacia completa en lo que se refiere a incidencia de anestesia satisfactoria y demás propiedades.

La inestabilidad química a través de la preparación, empaque o almacenamiento, no solamente disminuye la actividad farmacológica, sino que también puede ocasionar efectos secundarios indeseados.

#### VASOCONSTRICTORES.

Los vasoconstrictores prolongan la acción y reducen la toxicidad sistémica de los anestésicos locales por retardo en su absorción.

Deben usarse en zonas rícamente vascularizadas como la región gingivodental, si se omite su uso, la anestesia es inadecuada y pueden presentarse fenómenos de toxicidad por absorción rápida de la droga.

Usados propiamente en Odontología, son de gran valor en anestesia por infiltración y en bloqueos maxilares y tronculares, pero su acción es ineficaz en anestesia tópica.

Dos tipos de drogas vasoconstrictoras son de utilidad en las soluciones bloqueadoras:

1.-Aminas que actúan sobre los receptores adrenérgicos

a) Aminas alifáticas

b) Aminas aromáticas (Epi

- nefrina y Norefrina)
- 2.- Polipéptidos que actúan sobre el músculo liso de los vasos y capilares.
- a) Vasopresin, Octapresin
  - b) Angiotensin.

La isquemia local es necesaria en algunas intervenciones de cirugía dental para reducir la hemorragia y tener un campo operatorio más claro. Aún trabajando con anestesia regional se puede inyectar en el sitio operatorio cierta cantidad de solución con vasopresor para obtener la isquemia.

#### SOLUCIONES BLOQUEADORAS.

Las características de una solución bloqueadora, están dadas por la concentración del anestésico local y el vasopresor.

De las diferentes combinaciones en cada una de ellas. La necesidad de su penetración en el tejido óseo implica que en soluciones dentales el anestésico esté a una mayor concentración puesto que la difusión y profundidad de la analgesia son directamente proporcionales a la concentración.

#### ACCIDENTES Y TRATAMIENTO

Deberán reconocerse a tiempo y saber diferenciar los principales accidentes que son:

1.- Accidentes relacionados con los anestésicos. Toxicidad de los anestésicos locales, aunque la dosis que usa generalmente el cirujano dentista para los procedimientos de rutina, es muy pequeña (20-30 mg) la región gingivodental es rícamente vascularizada puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el sistema nervioso central como escalofrío, temblores, visión borrosa, etc.

Otras veces más raras aún, se presentan reacciones por sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios, tales como espasmos bronquiales disnea y estado asmático

Estos trastornos se acompañan de alteraciones cutáneas o de las mucosas, tales como urticaria, eritema y edema angioneurótico, así como estado de shock.

2.- Accidentes por patología preexistente independientemente de las soluciones bloqueadoras. Un paciente de edad avanzada puede presentar una crisis de angopectoris, un diabético caer en coma o un hipertenso presentar accidentes cardiovascular. El síncope no es poco común en pacientes nerviosos y con trastornos neurovegetativos,.

3.- Accidentes por dosificación o mala indicación de los vasopresores. Son los accidentes me

nos frecuentes . Sin embargo, un paciente muy nervioso, un anciano hipertenso o con tirotóxicosis pueden ser casos - cuya patología preexistente sea un factor que predisponga algun accidente por acción de los vasos constrictores sobre todo de las aminas presoras.

## CAPITULO IV

### INCISION

#### INCISION (Del latín INCIDERE, CORTAR)

##### DEFINICION:

Entiéndase por incisión, la sección o corte metódico de los tejidos blandos por medio de un instrumento cortante.

En la cavidad bucal será considerada como una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y así realizar el objeto de la intervención. Esta puede ser realizada por medios mecánicos térmicos o eléctricos.

En cirugía bucal las incisiones son realizadas en dos superficies diferentes, una superficie formada por tejidos blandos soportados por estructuras óseas y otra superficie formada exclusivamente por tejidos blandos. Por lo tanto al efectuar una incisión, ésta deberá abarcar en un solo tiempo mucosa y periostio en el primer caso, y en el segundo se deberá practicar por planos, abarcando mucosa o piel, tejido celular subcutáneo y músculos.

##### Características de una incisión:

La incisión deberá realizarse en una sola intención, con un corte nítido para una mejor cicatrización, no deberá tener líneas secundarias al trazado correcto ya que provocarían desgarros al desprender el colgajo respectivo.

Deben tener una profundidad adecuada, dependerá de la región a intervenir, en boca normalmente la profundidad la marca el tejido óseo seccionado al tejido que lo cubre. Su utilidad es la de respetar los tejidos nobles al máximo.

La incisión debe ser lo suficientemente extensa para permitir un colgajo que des cubra amplia y suficientemente el campo operatorio y se eviten desgarramientos y torturas a tejido gingival, podemos decir que una incisión deberá ser tan grande como sea necesaria y tan pequeña como sea posible.

la incisión deberá ser realizada perpendicularmente a los tejidos para así facilitar el procedimiento de sutura y permi-



tir una cicatrización sin bordes irregulares.

La incisión debe realizarse por desplazamiento y no por presión,

Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo es necesario que éste tenga una base suficientemente ancha como para prevenir la suficiente irrigación y se eviten de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis.

Se deberá tener presente el trayecto de los vasos sanguíneos que originen hemorragias de consideración.

La incisión ha de proyectarse de tal modo, que al volver a adaptar el colgajo a su primitivo, la línea de incisión repose sobre hueso sano íntegro

La incisión no deberá de circunscribir ángulos agudos puesto que estos frecuentemente se necrosan.

#### INCISIONES INTRAORALES

Incisión lineal o recta

Incisión curva

Incisión contorneante

Incisión angulada contorneante

Incisión de Pastch

Incisión de Pichler

Incisión de Wassmund

Incisión de Newman

Incisión de Magnus

Incisión de Magnus modificada.

#### INCISION LINEAL O RECTA:

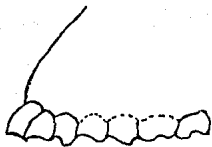
Al utilizar esta incisión, se hace necesaria una mayor tracción de los bordes de la herida, para obtener una buena visualización. El tamaño de esta incisión dependerá del campo operatorio deseado. Se la utiliza para excisiones de pequeños tumores submucosos para el drenaje de abscesos y cirugía que requiera poco abordaje.

#### INCISION CURVA:

Ofrece mayor visibilidad del campo operatorio que la incisión recta, debido a la forma semicircular que toma la herida.

La cicatrización de la herida es inmejorable debido a que la incisión no presenta ángulos. Se le utiliza principalmente en cirugía periapical.

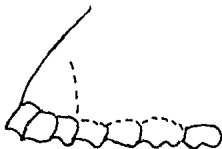
#### INCISION CORTONEANTE.



Es una incisión que sigue el contorno gingival de los dientes generalmente en número de tres, la pieza por extraer, una pieza mesial, y otra pieza distal a la misma. Puede realizarse del lado bucal o lingual.

El bisturí es insertado entre el surco gingival para cortar las fibras gingivales libres, que van del margen gingival al cuello del diente y las fibras transeptales que van de un lado al otro del diente. Su uso es generalizado en cirugía del paladar, excepto en su línea media donde son preferidas las incisiones lineales. Se usa además para extracciones múltiples y en cirugía alrededor de los cuellos de los dientes. Su principal ventaja es que no comprende la irrigación del colgajo y proporciona una visibilidad adecuada.

#### INCISION ANGULADA CONTORNEANTE



Es semejante a la incisión contorneante, solo que se le agrega una incisión recta o liberatiz, la cual debe ser realizada en la unión de la base de la papila, con el borde marginal y de ser posible hacia el extremo mesial de la incisión contorneante.

Ofrece una buena visibilidad con un buen acceso y es utilizada en extracciones de dientes retenidos y/o reimplantes. También es utilizada con éxito en la cirugía periapical. Es una incisión muy difícil de suturar por la necesidad de restituir la encía marginal a su lugar,

#### INCISION DE PARTSCH.



Es una incisión en forma de arco, con su concavidad hacia el ápice. Su diámetro aproximado es de 1.5 cm. es de suma utilidad en apicectomias en las cuales las partes abiertas de la curva deben ir hacia el ápice y la concavidad debe estar por lo menos a 0.5 del margen gingival.

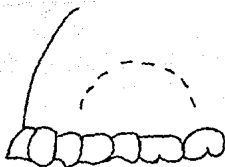
Puede ser utilizada para otro tipo de cirugía periapical de uno o dos dientes o bien para cirugía ósea de la región apical.

Esta incisión casi no compromete la irrigación del colgajo y generalmente se obtiene una buena cicatrización.

En su contra tiene la desventaja de proporcionar poca visibilidad debido a su tamaño pequeño, lo que dificulta también su acceso a la manipulación e instrumentación.

Es frecuente observar que la sutura desgarró los tejidos fácilmente debido a que está colocada sobre la mucosa gingival que es muy fácil de desgarrar.

#### INCISION DE PICHLER



Es una incisión curva con su cavidad hacia la corona del diente, la cual es usada para extracciones de dientes retenidos, apicectomías, cirugías óseas en la zona apical y en general todas las indicaciones de la incisión de Partsch. Sus ventajas sobre la incisión de Partsch, es que tiene que cerrar el colgajo cuando se tracciona un diente, además de que la sutura queda favorecida ya que queda sobre tejido muy laxo. En desventaja con la incisión de Partsch, es que las inserciones musculares son desprendidas y en esta incisión de Partsch son sólo desprendidas, que con la incisión de Pichler son seccionadas. Es posible que al efectuar la incisión y desprender el colgajo se corte la irrigación del mismo, lo que en el momento de la intervención nos dará mayor sangrado, ya que la incisión involucra encía alveolar que tiene mas irrigación.

#### INCISION DE WASSMUND.

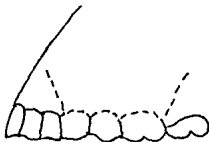


Es una incisión curva, con la cavidad hacia apical, semejante a la incisión de Parstch, sólo que con mayores dimensiones ya que abarca más de tres dientes.

Se utiliza en cirugía periapical, en cirugía ósea a nivel del tercio medio apical y tercio apical. Debido a la presencia de ángulos curvos en esta incisión, es de esperarse una correcta cicatrización, además de no afectar los cuellos de los dientes ni la encía marginal.

Hay que tener en precaución en el momento de efectuar la incisión ya que si realizamos muy baja la incisión el puente mucoso marginal puede quedar muy delgado.

#### INCISION DE NEWMAN.



Es una incisión contorneante que une a dos componentes verticales que se encuentran a cierta distancia entre sí. La incisión contorneante que se encuentra alrededor de los cuellos anatómicos de los dientes, nos dará la longitud de esta incisión.

Se utiliza en extracciones por disección, en cirugía periapical, para extracciones múltiples y en excisiones de neoplasias intraóseas. Esta incisión proporciona al dentista o cirujano, un mayor acceso y una mayor visibilidad del campo operatorio.

Al igual que la incisión angulada contorneante, tiene la desventaja de lograr referir los bordes marginales del colgajo hacia el sitio original.

#### INCISION DE MAGNUS.



Es una incisión que corre sobre la línea media del proceso alveolar de la región retromolar hasta la cara distal del último molar presente, posteriormente contornea la cara distal del molar hacia vestibular hasta alcanzar el ángulo vestibulo distal, en donde la incisión corre en línea oblicua sobre la cara externa del cuerpo mandibular aproximadamente a 1.5 cm, llegando a nivel de la cara mesial del molar.

Se utiliza principalmente en la extracción de los terceros molares retenidos en el maxilar inferior, pero también es utilizada en la cirugía ósea en la región retromolar y en la técnica de la reducción de prognatismo por vía intraoral. Esta incisión no se compromete la irrigación del colgajo y se obtiene una buena visibilidad del campo operatorio.

#### INCISION DE MAGNUS MODIFICADA.



A esta incisión se le conoce por su forma de S itálica. La incisión se hace sobre la cresta del borde, desde la tuberosidad hasta el segundo molar, y se agrega un componente vertical en forma oblicua hacia arriba y adelante, para terminar sobre la raíz del segundo molar. La incisión no debe abarcar la encía marginal. Es utilizada para extracciones de terceros molares retenidos superiores e inferiores semierupcionados. Tiene la ventaja de evitar el excesivo traumatismo a los tejidos blandos, y la desventaja de disminuir la visibilidad -

y el acceso a la instrumentación del campo operatorio.

### INCISIONES DE TEJIDOS BLANDOS

Las incisiones de tejidos blandos pueden ser rectas, curvas o contorneadas y son utilizadas a criterio del cirujano, fundamentalmente para cirugía de lengua y carrillos.

#### INCISIONES EXTRAORALES:

- 1.- Incisión submandibular o de Risdon.  
Se utiliza para la reducción de fracturas, tratamiento quirúrgico del prognatismo y cualquier procedimiento quirúrgico en el cuerpo ángulo, y rama ascendente de la mandíbula.



- 2.- Incisión retromolar o de Finocchetto.  
Utilizada para cualquier procedimiento quirúrgico en el ángulo y rama ascendente de la mandíbula, incluyendo el cuello del condilo.



- 3.- Incisiones preauriculares.



- a).- Incisión de L invertida o incisión angulada vertical - (Thoma) Se le utiliza pra cirugía articular, interna o externa capsular (meniscectomías, condiloeectomías y - artroplastías).
- b).- Incisión endaural , utilizada para cirugía articular - (meniscectomías y artroplastías).
- 4.- Incisión de Guillies.  
Generalmente es utilizada para la reducción de fractu - ras del arco cigomático y hueso malar.



- 5.- Incisión retrociliar o de Guillies modificada.  
Indicada para fracturas del maxilar en las que debe sos tenerse con fijación esquelética interna desde la sutu - ra frontomalar (Lefort II y III).



- 6.- Incisión infraorbitaria.  
Se utiliza como acceso al piso de la órbita, en caso - de injerto de cartilago o material inerte por fractura del piso de órbita. Puede ser utilizada para osteosínte - sis del maxilar o malar en fracturas del borde orbitario.





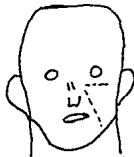
- 7.- Incisión de Farabeuff para maxilar superior.  
Utilizada para resección del maxilar o malar, y en los casos en los que sea necesaria la exposición del maxilar en tumores de antro cuando es imposible el acceso por vía bucal.



- 8.- Incisión de Farabeuff para mandíbula.  
Utilizada principalmente para hemirresección de mandíbula.



- 9.- Incisión de Fergusson.  
Ideal para extirpaciones exyternas de tumores malignos primarios en maxilar superior, donde se requiere una resección con margen suficiente de tejido sano alrededor de la lesión.



## LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO

### Definición:

Colgajo es el trozo de mucoperiostio, limitado por dos incisiones o por la superficie de una incisión arqueada.

Toda incisión es realizada para obtener un colgajo y el objeto de éste es dar una correcta separación a las estructuras y una visión clara permitiendo - realizar la maniobra quirúrgica con la mayor facilidad.

### Indicaciones para un colgajo:

Se practicará un colgajo cuando con ello se consiga mejorar la visualización del campo operatorio. El colgajo debería realizarse cuando esté indicada la eliminación del tejido óseo.

Está indicado el colgajo, siempre que los tejidos blandos puedan ser dañados en las intervenciones - que se realicen sobre los tejidos duros.

### Requisitos para un colgajo correcto:

El colgajo deberá ser lo suficientemente grande - para permitir la visualización y buen acceso a todas las porciones del hueso afectado.

La base del colgajo deberá ser lo suficientemente - amplia para asegurar un aporte sanguíneo a los tejidos refelejados. Si el aporte sanguíneo está dificultando, corre peligro la totalidad del colgajo; se - podrá asegurar la correcta irrigación del colgajo - siempre y cuando la base del mismo sea tan ancha como el mpargen reflejado.

Los márgenes del colgajo deberán ser redondeados y no tener bordes agudos ni ángulos pronunciados. De no tener ésta indicación, el colgajo puede resultar ineficazmente irrigado con riesgo de una necrosis.

El colgajo debe incluir a todo el mucoperiostio.

El periostio debido a su propiedad osteogénica juega un factor muy importante en la separación del tejido óseo y en la cicatrización del colgajo.

Toda incisión vertical para el levantamiento de un - colgajo deberá llevarse a cabo en el área interproximal. En la formación de los colgajos de tejidos blandos se ha observado que cuanto más delgado es el tejido, mayor es su concentración y cuanto mas se contraiga el tejido más tensión se necesitará para volver a llevar al colgajo a su posición original. Haciendo las incisiones de los tejidos y la tensión del -- colgajo.

El colgajo se efectuará de tal forma que cuando se vuelva a su posición primitiva, los márgenes o bordes descansen sobre hueso sano para asegurar la cicatrización por primera intención.

#### PROCEDIMIENTOS PARA EL LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO.

- 1.- Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida entre la fibromucosa y la arcada dentaria una legra, espátula de cera preferentemente un periostotomo, con una angulación de 45° con respecto a la superficie y se apoya decididamente contra el hueso, realizando movimiento de lateralidad con los cuales el instrumento girará sobre su eje.
- 2.- Todas las fibras que unen al colgajo al hueso se dividen deslizando el instrumento sobre el hueso descubierto.
- 3.- El desprendimiento del colgajo debe iniciar se desde las partes menos adheridas hacia el margen gingival.
- 4.- Separando el colgajo lo más posible, se despegan o seccionan las fibras aun adheridas al hueso. Poniendo las fibras en tensión se facilita su seccionamiento.

Un colgajo puede ser separado del hueso de la misma manera en la cual se elimina la cáscara de una naranja o sea por tracción. Esto se realiza colocando la parte mas ancha del periostotomo en el colgajo y tirando del mismo en dirección del cirujano.

Esta técnica es utilizada para levantar un colgajo en alveolos tomías correctoras despues de la extracción de un diente.

Un colgajo tambien puede ser levantado por el método de palanca siguiendo el procedimiento siguiente:

- 1.- La papila interdientaria está estrechamente adherida al hueso siendo gruesa y fuerte. Para desprenderla se utiliza el extremo angosto de la espátula.
- 2.- La punta del instrumento se inserta firmemente debajo de la masa triangular de tejido usado el diente adyacente como fulcrum para levantar la masa triangular de tejido para levantar la masa triangular de su lecho.
- 3.- Dado que esta masa de tejido es gruesa, no se romperá levantando una o mas papilas. Se descubre el septum interdientario de manera que el levantamiento del colgajo pueda hacerse sin lacerar la delgada mucosa que recubre la parte central del diente.

## CLASIFICACION DE LOS COLGAJOS.

Los colgajos se clasifican de la siguiente manera:

Colgajos locales: que son los que incluyen el tejido contiguo a ellos y estan divididos en:

- a) Colgajos por rotación:  
Se realizan con una incisión en el sitio donador de forma semicircular para permitir la rotación hacia el defecto que se desea reparar.
- b) Colgajo por deslizamiento:  
Se realiza separando la mucosa de un borde de la herida y haciendo incisiones paralelas en los bordes del área operada para cerrar el defecto.
- c) Colgajo por transposición:  
Se realiza al girar en ángulo pasando por encima de una área de tejido normal pasando por encima de una área de tejido normal para alcanzar el defecto que desea ser separado.

Colgajos Distantes:

Son todos aquéllos colgajos que se realizan en una zona de mucosa normal con un pedículo que después se secciona y de nuevo al sitio donador.

Dentro de los colgajos distales encontramos al colgajo invaginado, en el cual los márgenes del defecto se cortan, se separan y giran hacia adentro para formar parte posterior del defecto donde se necesita un revestimiento doble, como en la fístula nasopalatina o cutánea.

Wassmund diseñó los llamados colgajos "plásticos de Wassmund" y que son los siguientes:

- A).- COLGAJOS MARGINALES
- B).- COLGAJOS PEDICULADOS
- C).- COLGAJOS APUENTE

La retracción puede ser activa o pasiva:

- a).- Retracción activa: Es aquella en la cual el ayudante expone, por medio de instrumentos el campo operatorio. A diferencia de la retracción pasiva, aquí sí es posible cambiar la dirección de la tensión ejercida. Tiene la desventaja de utilizar una mano del equipo quirúrgico y solo puede ser realizada manualmente.
- b).- Retracción pasiva. Es aquella que no utiliza las manos del cirujano y del equipo quirúrgico. Tiene la desventaja de no poder cambiar la tensión ejercida para separar el colgajo, ya que solo es posible colocarlo en una posición.

## CAPITULO V. OPERACION PROPIAMENTE DICHA

**DEFINICION:** Es el tiempo quirúrgico mediante el cual se realiza la acción específica u objeto de la operación. Tiene por objeto devolver la salud o mejorar una condición anómala existente, ya sea funcional, anatómica, o estética. Este tiempo quirúrgico es específico de cada una de las intervenciones y mencionaremos algunas de las mas comunmente utilizadas:

A).- Extracción por disección:

También llamada extracción quirúrgica, extracción osteotomía, y extracción por ostectomía. En la extracción por disección podemos encontrar las siguientes situaciones:

- 1.- Una vez levantado el colgajo, el diente puede ser extraído por la acción de un elevador.
- 2.- Que sea necesario la remoción de hueso que mantiene retenido al diente por extraer.

### OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA

El objeto de este tiempo de la operación, es el corte y la eliminación de la estructura ósea que cubre el motivo de la operación.

A).-La osteotomía consiste en abrir hueso

B).-La ostectomía consiste en la extracción y remoción de hueso que cubre el objeto de la intervención.

Ambos términos frecuentemente van implicados uno con el otro. Los materiales utilizados para este fin son: Osteotómos, Alveolotómos, Escoplos y Fresas quirúrgicas.

### OPERACION PROPIAMENTE DICHA EN CIRUGIA PERIAPICAL

Son aquéllos procedimientos que se llevan a cabo en las raíces de los dientes o en los tejidos que los rodean:

A).-Apicectomía. Después de que el sitio quirúrgico ha sido expuesto, la lámina cortical sobre el ápice es removida con fresa quirúrgica y baja velocidad, teniendo en cuenta que debe preservarse la lámina ósea bucal. Para este efecto una radiografía preoperatoria puede ser usada para determinar la colocación del ápice.

Al efectuar el corte sobre el hueso, el sitio deberá ser irrigado con solución salina para prevenir el atascamiento de la fresa y la generación de calor, cuando la capa ósea más externa ha sido removida, la cavidad será limpiada con excavadores para exponer el ápice de la raíz.

Idealmente la raíz deberá ser cortada en sentido plano hacia atrás hasta que exponga la obturación radicular, y se vea que ocluya el ápice, cuando no se encuentre ninguna obturación radicular, el conducto deberá ser localizado y se retirará de él.

la superficie cantidad radicular para permitir la prepara -  
ción de la cavidad clase I en el corte del mismo

- B).- Curetaje periapical .Se conoce comocuretaje peria -  
pical a la remoción quirúrgica de un proceso pato -  
lógico periapical sin la amputación del tercio api -  
cal y con la obturación previa o concomitante del -  
conducto radicular.
- C).- Obturación retrógrada. Es la eliminación de un pro -  
ceso patológico periapical con la remoción del ter -  
cio apical y con la obturación del remanente del -  
conducto por la vía apical. La obturación es reco -  
mendable hacerla con amalgama de Zinc. La termina -  
ción apical se ocluye con el instrumento adecuado, -  
con un bruñidor en forma de bola, cuyo diámetro sea  
lo suficientemente amplio para ocluir el orificio -  
apical. La amalgama se empaqueta a través de la cavi -  
dad de acceso coronario mediante un portaamalgama -  
endodóntico y se condensa partiendo de este extremo  
contra el tope apical del instrumento.
- D).- Radicectomía. En este procedimiento se eliminan dos  
tercios radiculares de un diente multiradicular, de  
dejando la o las raíces remanentes con su tratamiento  
de conductos correspondientes.
- E).- Hemiodontectomía. En este procedimiento se elimina -  
totalmente una raíz con su porción coronaria corres -  
pondiente para fines protésicos.

#### OPERACION PROPIAMENTE DICHA DE TEJIDOS BLANDOS.

Se hará mención de algunas lesiones comunes que se presentan  
en boca y la forma de eliminarlas:

- A).- Fibromas. Es necesario traccionarlos a través -  
de una pinza de campo o bien pasando -  
un hilo de sutura a través de la le -  
sión para así poder traccionar y loca -  
lizar el pedículo que deberá ser cor -  
tado en su totalidad.
- B).- Mucosele. Generalmente se les inyecta alginato  
para obtener una limitación de la le -  
sión, la que posteriormente es elimi -  
nada.
- C).- Ránula en el piso de boca. Se elimina el líqui -  
do que posee, para que posteriormente  
se le inyecte alginato y se elimina -  
por extirpación.
- D).- Resección del frenillo. Se utilizan dos pinzas -  
de mosco rectas, colocandolas en for -  
ma que convenga a la base del frenillo:

Se hace una incisión para crear un lecho romboidal des -  
pués se realiza el corte con bisturí por la parte ex -  
terna de las pinzas para eliminar el tejido sobrante -  
del frenillo.

## CAPITULO VI

### TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD REMANENTE

El tratamiento de la cavidad ósea comprende:

- 1.- Lavado
- 2.- Curetaje
- 3.- Limado
- 4.- Colocación de apósitos o
- 5.- Colocación de drenajes.

**LAVADO.-** Su finalidad es la de lograr una completa limpieza de la cavidad remanente a través del arrastre mecánico de los restos de tejido que fueron seccionados durante la cirugía, así como los restos que quedarán después de la sutura y que podrían evolucionar en infecciones que entorpecerían el proceso cicatrizal.

El lavado debe ser efectuado con soluciones estériles tales como agua hervida o preferentemente con solución fisiológica (cloruro de sodio al -- 0.9%) aplicadas con una jeringa.

**CURETAJE.-** El curetaje consiste en retirar de la cavidad ósea remanente, todo aquello que de algún modo u otro pueda alterar su adecuada reparación.- El curetaje se realiza a través de cuchillas y las más empleadas son las llamadas cuchillas de ucas en sus diferentes tamaños.

**LIMADO.-** Consiste en regularizar y lograr el alizamiento de la superficie ósea cortada o eliminada, en la cual se realizó el procedimiento quirúrgico, para lograr una cicatrización más amplia y menos tortuosa.

Es utilizada con frecuencia para adecuar una zona irregular ósea para la posterior colocación de un aparato protésico cuando el caso lo requiera. El limado se logra por medio de una lima para hueso - alveolotanos y escofinas.

**COLOCACION DE APOSITOS.-** Existen tres motivos para la aplicación de apósitos quirúrgicos:

- a) .- Para lograr y mantener la asepsia en los lechos óseos, dejando después de una intervención quirúrgica.,
- b) .- Para lograr un efecto hemostático en la unidad ósea remanente y prevenir equimosis o hematomas.
- c) .- Para prevenir la ruptura de un coágulo demasiado grande y al mismo tiempo lograrse un agente de espacio.



Podemos dividir los apósitos en tres grupos:

- 1.- Apósitos hemostáticos
- 2.- Apósitos de relleno
- 3.- Apósitos de recubrimiento.

**Apósitos hemostáticos.**- Son utilizados cuando se presupone sangrado en campo o para ayudar a la formación de un coágulo en una cavidad ósea.

Adrenalina y soluciones estípticas; la adrenalina es un vaso constrictor de acción rápida e intensa que puede usarse típicamente por medio de algodón y gasa; tiene la propiedad de contraer los vasos sanguíneos por lo cual detienen la hemorragia.

Espuma de Gelatina (Gelfoam). Es una proteína obtenida por ebullición de agua de sustancias colágenas (piel, tendones, hueso, ligamentos).

Se presenta en forma de esponja estéril, insoluble en agua - ligera, no elástica, resistente y de color blanco.

Se usa a modo de esponja quirúrgica, la cual puede dejarse "ubisitu" después de cerrar la herida. Absorbe aproximadamente 45 veces - su peso, y a su vez es absorbida en un plazo de 4 a 5 semanas sin producir mucho tejido cicatrizal ni reacción tisular. Disminuye la integridad paquetaria para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme.

Celulosa oxidada (oxicel)

Se obtiene transformando la gasa o el algodón común (celulosa en - ácido orgánico, ácido polianhidroglucorónico) por la acción del dióxido de nitrógeno, se presenta como una gasa quirúrgica o un algodón - tratado en forma tal, que ejerce un intenso efecto hemostático.

Es de color blanco, con ligero olor a quemado y soluble en soluciones alcalinas pero solubles en agua y soluciones ácidas. Su acción hemostática depende de la formación de un coágulo artificial por la liberación de ácido celulósico, que tiene una afinidad pronunciada por la - hemoglobina.

La celulosa oxidada absorbe de siete a ocho veces su peso. Su absorción dentro del organismo se realiza de dos a siete días después de las implantaciones del material en la cavidad remanente. La celulosa oxidada no debe ser humedecida antes de aplicarla porque la acidez así - creada tiende a inhibir la epitelialización, la cual no se recomienda - su uso en tejidos epiteliales, como apósito de superficie ni en taponamientos permanentes.

Celulosa oxidada y regenerada (Surgycel).

La celulosa regenerada se absorbe bien en las heridas de tejidos blancos y a diferencia de la celulosa oxidada, no retrasa la formación de epitelio por lo que resulta útil como apósito de superficie. Otra ventaja con respecto a la celulosa oxidada es que se pega menos a guantes y al instrumental quirúrgico, no es recomendable usarla en la profundidad del alveolo debido a que retrasa la cicatrización..

Espuma de fibrina (fibrin foam)

Este compuesto de proteínas naturales del plasma humano, ya que se obtiene haciendo actuar el fibrinógeno con la trombina. Posee una extraordinaria acción hemostática debido a que presentan una gran área superficial permitiendo la formación del coágulo.. Se obtiene rápidamente con una mínima reacción tisular, la cual es clínicamente imperceptible.

#### Bone Wax (cera para hueso)

El hueso es un material que no puede comprimirse y debido a que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos en boca provocan el sangrado óseo, fue necesario elaborar un apósito que pudiera controlar la hemorragia del hueso la dificultad nace en el momento en que no es posible ocluir un vaso sangrante intraposeo, por lo tanto debe recurrirse a la llamada cera para hueso para ocluir el orificio óseo sangrante, - hasta que se produzca la coagulación. Los cementos quirúrgicos como el Monder-Pack, funcionan de la misma manera que la cera para hueso.

#### Taponamiento:

Se realiza por medio de una esponja o gasa para que la tensión detenga la hemorragia. Este método se realiza con dos fines. Evitar la entrada a la cavidad de sustancias y cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el dolor..

En ocasiones es necesario proceder a suturar para mantener el taponamiento en su lugar.

#### Apósitos de relleno.

En este caso de que la cirugía expone una gran cantidad de hueso, debido a una osteotomía extensa. Y este hueso será recubierto por un colgajo mucoperiosteico, será necesario rellenar la cavidad ósea con la finalidad de dar soporte a este colgajo.

En los casos en que se marsupializa una cavidad intraósea bucal, para evitar que esa cavidad se llene de restos alimenticios y para favorecer su recubrimiento con tejidos de granulación, se esta indicando el uso de apósitos de relleno.

Los apósitos de relleno mas utilizados son el Gelfoam o espuma de gelatina.

La cera para hueso y la gasa furacinada o vaselinada. En el caso de usar estos ultimos, los apósitos deben ser cambiados cada tercer día .

#### Apósito de recubrimiento

Son utilizados para evitar molestias dolorosas al paciente cuando el procedimiento quirúrgico deja al descubierto una gran zona de hueso.

Estos apósitos a base de óxido de zinc y eugenol cubre de tal forma al hueso, que evita su irritación y favorece su recubrimiento con tejido de granulación.

Los apósitos de recubrimiento no siempre son colocados sobre el hueso,, en caso en que la cirugía deja al descubierto una área de mucosa bucal, esta puede ser cubierta con acondicionadores de tejido, que son colocados generalmente sobre pró-

tesis previamente realizadas.

Entre los apósitos de recubrimiento se encuentran el óxido de zinc y eugenol, soft Line, coe-confort y sugycel o celulosa oxidada y regenerada.

**Colocación de drenajes.**

Cuando se presupone la producción de secreciones de tipo infeccioso ( linfa, pus) que alteren la correcta reparación de los tejidos después de una intervención quirúrgica se colocaran drenajes en forma de tubos de Pen -Ros para permitir la salida de estas secreciones.

## CAPITULO VII SUTURAS

### Definición.

Acto quirúrgico por el que se aproximan y se unen los tejidos o bordes separados con el objeto de afrontar lo más posible los bordes de la herida quirúrgica, permitir la hemostasia y disminuir el período de cicatrización. Para realizar una sutura se deben colocar los colgajos mucoperiosticos en posición.

### Características de una buena sutura:

- a) La sutura deberá estar limpia por afrontamiento y no por tensión.
- b) La herida deberá estar limpia y sin tejido necrótico.
- c) No deberan dejar espacios muertos.
- d) La sutura debe efectuarse por planos espacios muertos.
- e) Se utilizara el material de sutura adecuado.

### Materiales de Sutura:

La elección del material de sutura adecuado se rige por las reglas siguientes:

Se considerará el tiempo que la sutura permanecerá en boca  
La elección de material dependerá de la naturaleza del tejido en el que se aplicará (piel, musculo, aponeurosis)  
Consideramos la tensión que podremos aplicar a los tejidos.  
Se observará cuidadosamente el estado patológico de la zona por suturar.  
Estado nutricional del paciente.

### Clasificación de los materiales de sutura:

En general los materiales de sutura se clasifican según el tiempo de permanencia de estos en los tejidos. De esta manera tenemos materiales de sutura absorbibles y materiales de sutura no absorbibles.

### Materiales de sutura absorbibles:

Este tipo de suturas son absorbidas por los líquidos de los tejidos (hidrólisis) o por las enzimas corporales (proteólisis) en el transcurso del proceso de cicatrización, el cual será de 5 a 30 días después de su colocación. Los materiales de sutura absorbibles son:

- Catgut simple
- Catgut semicrómico
- Catgut crónico.
- Dexón (ácido poliglicólico)
- Vicryl ( poliglactín 910)

Materiales de sutura no absorbibles son:

Seda trenzada  
Hilo de algodón  
Hilo de lino  
Alhambre de acero inoxidable  
Materiales sintéticos (dacrón, poliéster, nylon y polipropileno).

Existe otra clasificación de los materiales de sutura que se basa en el origen del mismo. Esta clasificación divide a las suturas en:

- a) Suturas de origen vegetal:  
Hilo de algodón  
Hilo de lino
- b) Suturas de origen animal:  
Seda negra trenzada  
Crin de florencia  
Pelo de camello y  
Catgut.
- c) Suturas de origen sintético:  
Nylon: supralon, azul monofilamento  
Dermalón. azul monofilamento  
Poliéster.  
Mercilene. verde trenzado  
Ac. poliglicólico. dexón
- d) Suturas de origen inorgánico:  
Oro, plata, acero inoxidable  
Suturas absorbibles:  
Catgut simple

Desde el punto de vista de estructura química, el catgut - es colágeno y se obtiene de la submucosa del intestino de los ovinos y algunos de la cerosa de bovinos. Sin embargo la generalidad de este tipo de suturas son de origen tendinoso de bovinos tratados con enzimas proteolíticas. Sus características son:

- a).-Rápida absorción disminuyendo la posibilidad de infección, se absorbe de - ocho a diez días.
- b).-Irritación mínima a los tejidos
- c).-Resistencia adecuada
- d).-Hebras suaves y flexibles

El catgut simple es el material mas comúnmente usado, principalmente en tejido celular subcutáneo y ligaduras de vasos.

Catgut semicrónico:

Elaborado a base de colágenos de mamíferos. Las cintas de colágeno son sometidas a un baño de sales de cromo, antes de transformarlos en hebras, con lo cual se obtiene una distribución uniforme de las sales de cromo en todo el cuerpo de la sutura. Se observa aproximadamente en doce días.

Catgut crónico:

Es principalmente usado para la sutura de músculo, aponeurosis, víceras y cerosas, las cuales requieren de un soporte

mucho mayor .Se absorbe aproximadamente en veinte días y - se elabora de la misma manera que el catgut semicrónico. En ocasiones este material se encuentra sumergido en una solución yodo-yodurada y de cromato potásico, lo que se le -- confiere un poder germicida.

#### Dexón:

Es una sutura derivada del ácido poliglicólico, que posee las mismas ventajas que el catgut, pero al parecer con - resistencia mayor que la de éste.

Su absorción se realiza por hidrólisis en un tiempo aproximado de treinta días.

Su manejo es más fácil en comparación a la seda y persiste la estructuración de los nudos. Tiene alta fuerza tensil y reduce al mínimo las reacciones alérgicas.

#### Vicryt.

Esta sutura es un copolímetro de ácido láctico y ácido glicólico. Posee una cadena lineal de poliésteres de alto peso molecular, con una estructura semejante a las proteínas - simples. Este material retiene su tensión por dos o tres semanas y es absorbido más rápidamente que el ácido poliglicólico.

#### Suturas no absorbibles:

Seda negra trenzada. Se produce al hilar la hebra del gusa no de seda. Las fibras que lo constituyen son enrolladas - previamente para dar el grosor y la resistencia que sean de seadas, su tamaño varía de 6-0 hasta el N° 4 la cual se impermeabiliza al suero tratándola con cera. Con frecuencia - se tiñe de negro para poder ser fácilmente distinguida en - las zonas quirúrgicas.

Es la sutura no absorbible más comúnmente usada por su conservación del nudo, es fácil manejo y su superior resistencia respecto al hilo de algodón.

Las suturas con seda permanecen por tiempo indefinido en los tejidos de algunos pacientes, en otros es rechazada en tiempo variable y en otros desaparece lentamente absorbiéndose - después de algunos años. La sutura de seda está impregnada - de silicona, la cual elimina casi totalmente las reacciones tisulares y solo debe aplicarse en el sistema de puntos - interrumpidos ya que la técnica del surgete continuo aumenta el riesgo de infección a lo largo de la sutura. Existe una sutura de seda cubierta con proteína la cual es utilizada para suturar piel.

#### Hilo de algodón.

Es utilizado con menor frecuencia que la seda por ser menos resistente que aquella y producir una reacción parecida, - proporciona un máximo de fuerza tensil cuando es utilizada - humedecida.

Esta hecho de fibras largas y torcidas hasta obtener una hebra más fuerte y uniforme.

Se le encuentra en calibres de 10 al 7-0.

#### Hilo de lino

Se presenta con las mismas dimensiones que el hilo de algodón. Es hilado a partir de fibras largas, para brindar mayor fuerza y tratado con material no permeable para mayor suavidad. Esta libre de cualquier vellosidad, excesiva ondulación nudos o torceduras. Su uso es casi exclusivo en cirugía gastrointestinal.

#### Material de sutura fino de acero inoxidable

También lo existe en oro y plata. Tiene un diámetro que va del 2-0 al 6-0 y es utilizada cuando se desea gran resistencia en la sutura o cuando se desea alterar la tensión de la misma, ya que puede ser apretada o aflojada a juicio del cirujano. Su reacción en los tejidos es casi nula, pero posee la desventaja de ser un tanto traumático, ya que debido a la rigidez, lacera los carrillos y la lengua por los cabos cortados que quedan en la boca.

#### Materiales sintéticos.

Dacrón poliéster es ampliamente utilizado en suturas e injertos protésicos. Puede ser usado sin modificar, impregnado de teflón en varios grados o tratado con silicona o prolibutolato. Es el material más empleado como sutura multifilamento.

#### Nylon.

Se le encuentra como monofilamento o multifilamento en monofilamento es más inerte y no tiende a proliferar bacterias. Mantiene su fuerza resil con el tiempo, pero ofrece dificultades para su manejo y anudado. Se le utiliza para suturas de piel.

#### Polipropileno

Se le encuentra como monofilamento, es de difícil manejo, difícil anudación pero de fácil desprendimiento de los tejidos. Al utilizarlo es frecuente observar un cordón duro de tejido conectivo en el punto de sutura. Su uso se ha propagado en cirugía cardiovascular.

#### Agujas:

Los materiales de sutura, por lo general tienen incluida la aguja, que puede ser para enhebrar o atraumática y dependiendo de su forma pueden ser rectas o curvas. La primera se utiliza para espacios libres mientras que la segunda en espacios reducidos.

Según su corte, las agujas pueden ser romas, ahusadas y triangulares. Aguja roma es usada para la reparación de tejidos desdoblables (víceras), la de tipo ahugular para piel y aponeurosis.

### Clasificación de las suturas:

Las suturas pueden ser clasificadas en dos formas:

- 1.- Según su ejecución  
interumpidas o aisladas  
continúa o de surgetes
- 2.- Según su función  
de frotamiento  
de tensión  
de oclusión

Clasificación de suturas según su ejecución. Suturas interrumpidas o aisladas.

Presentan la ventaja que cada punto se anuda aisladamente, por lo que si se afloja un nudo, la sutura no se deshace completamente. Otra ventaja es la de poder graduar la tensión en cada punto según las necesidades locales de la sutura.

Suturas continuas o de surgetes.

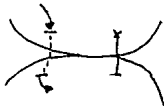
Los surgetes son la continuación de varios puntos interrumpidos. Son anudados exclusivamente al principio y al final y en todo su trayecto el hilo sigue sus puntos sin seccionarse, formando una espiral y tomando los bordes de la herida.

Puede presentarse tensión en los nudos de los extremos del surgete, ya que si se suelta uno de ellos automáticamente se afloja todo el surgete.

Punto simple

Es un punto de afrontamiento, de relativa tensión. Es el más sencillo y más utilizado en la Odontología.

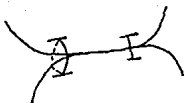
Se inicia atravesando con la aguja el borde de la herida o puesto al operado perpendicularmente a la sutura y a unos dos o tres milímetros distantes del borde de la herida. Se sostienen fijos los tejidos con pinzas de disección para pasar todo en tercio libre de la aguja



Punto simple invertido

Es semejante al punto anterior, pero con la característica que el nudo queda por dentro de la herida, por lo que debe iniciarse desde la profundidad hacia la superficie de la línea de sutura. Debido a que el punto se localiza fuera de la herida no es molesto para el paciente. No ejerce mucha atención y deja mayor cantidad de sutura dentro de los tejidos. Es utilizado en superficies de mucosa, carrillo lengua y en general en lugares donde se requiere tensión.





#### Punto colchonero vertical o Sarnoff vertical

Punto de tensión que produce la eversión de la herida, lo que propicia que una mayor superficie de la área cruenta quede en contacto, favoreciendo la cicatrización.

Es ampliado para el cierre de la mucosa palatina en palatografía de la fisura congénita, para afrontar los bordes gingivales después de una extracción, disminuyendo la posibilidad de desgarramiento de la encía.

Se ejecuta colocando en proximidad los puntos a los bordes de la herida, proporcionando una aproximación precisa, mientras que los puntos más lejanos alivian la tensión.



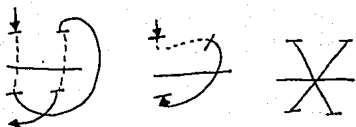
#### Punto de cruz.

El punto en cruz posee la ventaja de ser un punto de tensión y debido a su forma, mantiene en su lugar los apósitos que puedan haber sido colocados debajo de la herida a suturar.

Es utilizado para afrontar los bordes gingivales, después de una extracción y para suturar estructuras fibrosas como la aponeurosis.

La sutura en cruz es la base de las suturas de afrontamiento y es la forma más sencilla de suturar.

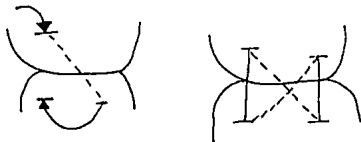
Se inicia igual que el punto simple, pasando por los bordes de la herida, para repetir la punción en el mismo sentido y a corta distancia de la primera de tal forma que la gaza de regreso quede diagonalmente cruzada a la línea de sutura.



#### Punto de cruz invertido

Semejante al proceso en cruz, pero con la diferencia que el cruce diagonal del hilo de sutura queda dentro de la herida. Debido a esto, el nudo, por estar abajo la herida no pierde su tensión.

Al igual que el punto simple invertido, tiene la desventaja de dejar mayor cantidad de material de sutura dentro de la herida.



#### Punto colchonero o Sarnoff horizontal

Esta formado por dos puntos simples paralelos entre si. Se ejecuta pasando la aguja por los bordes de la herida y después se regresa en sentido inverso.

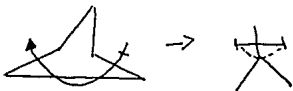
Tiene la ventaja de proporcionar mayor superficie de contacto entre los bordes de la herida lo que proporciona una mejor cicatrización.

Se le utiliza básicamente en cirugía de paladar



#### Punto de Copenhage

Este punto se utiliza en el espesor de los tejidos. Es ampliamente utilizado para suturar colgajos de forma triangular y para suturar vértices de piel. Posee la ventaja de afrontar el vértice con el ángulo de la herida, sin provocar lasquemia en el vértice del tejido, ya que no afecta su irrigación. Además levanta el colgajo a nivel del resto del tejido, mejorando el aspecto estético de la cicatrización.



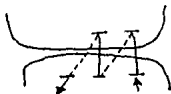
### Suturas continuas o surgetes.

#### Surgete simple

Se le considera una sutura de afrontamiento, donde no es afectada ninguna tensión. Se le utiliza con regularidad debido a su rápida ejecución.

Ofrece una inmejorable cicatrización ya que la tensión es distribuida uniformemente a lo largo de la línea de sutura. Es el único tipo de sutura que proporciona cierre hermético.

Se ejecuta realizando un punto simple, el cual es anudado posteriormente se continúa la sutura con lazadas oblicuas a la línea de la herida, y al final se fija con otro punto simple.



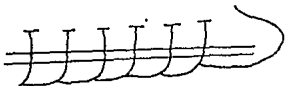
#### Surgete discontinuo

Es una sutura de afrontamiento. Presenta la ventaja de que se le puede aplicar en diferentes grados de tensión en las diversas partes de la herida por suturar.

Es más complicado de realizar que el surgete continuo, las lazadas se van realizando en formas de cadenas a un lado de la herida, lo que fija cada lazada, evitando su fácil deslizamiento.

Al final es rematada con un punto simple

Se le utiliza para cierre de mucosas, después de extracciones múltiples y alveoloplastis.



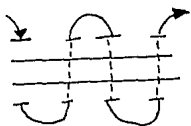
### Surgete de colchonero

Es una sutura de relativa tensión, similar al colchonero simple, pero que se continúa sin cortar el hilo.

Ejerce una tensión uniforme a lo largo de la herida produciendo la aversión de los bordes.

Se le considera como la sucesión de dos puntos simples y paralelos entre sí.

Se ejecuta pasando la aguja por los dos bordes de la herida, como par un punto simple, y regresar en sentido inverso, dejando un puente entre la salida de la aguja y la nueva penetración que varía de longitud según el caso y la estructura de los tejidos.



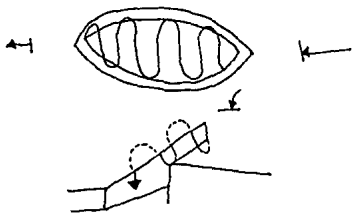
### Sutura subdérmica o intracuticular

Es utilizada para suturas pequeñas en piel y poca o ninguna tensión. El hilo solo toma la epidermis de uno y otro lados de la herida alternativamente. Solo se perfora la piel en dos puntos, al inicio para fijar el hilo y al final para ajustar y fijar la sutura con otro nudo.

La sutura intradérmica se hace a expensas del surgete, pero puede ser realizada por puntos aislados.

### Clasificación de las suturas según su función:

Sutura de afrontamiento.-Es la más frecuentemente usada en cirugía bucal. Estos puntos además de afrontar los planos, sirven como medios de adosamiento en dos superficies. La base de las suturas de afrontamiento al punto simple y los surgetes continuos, discontinuos y de colchonero de U.

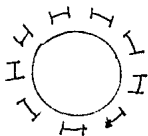


**Suturas de tensión.**

Este tipo de suturas se realiza cuando los labios de la herida, frecuentemente no quirúrgica, se encuentran muy separados unos de otros, por lo que es necesario una gran tensión para aproximarlos. Podemos llamar puntos de tensión al colchonero horizontal.

**Suturas de oclusión.**

Se emplean básicamente par el cierre de perforaciones o para cerrar el extremo de un pedículo. Sus puntos contí nuous practicados en un área circular.



## CAPITULO VIII CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Todo paciente que sea sometido a una intervención quirúrgica por pequeña que ésta sea debe ser instruido por el médico tratante de los cuidados posteriores a la misma.

De tal manera que las medidas a seguir las hemos dividido para fines de presentación en:

Del Cirujano  
Del Paciente

Las primeras están enfocadas a corto plazo y las segundas las que el paciente debe seguir en su domicilio.

**Del Cirujano (a corto plazo)**

Verificar si la intervención no requiere de un mayor tiempo de observación, sobre todo si esta muy amplia o hubo en el acto quirúrgico mucha manipulación de los tejidos anexas.

El prescribir analgésicos anti-inflamatorios y antibióticos según sea el caso es lo más pertinente, sin olvidar las consabidas preguntas sobre intolerancia, alérgicas y/o efectos colaterales que el uso de estos fármacos pueden ocasionar en los pacientes en forma individual, recordar que en cada caso se deben manejar estas interrogantes.

Recomendar y tener la seguridad de que las indicaciones han sido perfectamente comprendidas por el paciente, tanto en su forma de administración como en el horario para la ingestión de las mismas.

La aplicación de medidas anti-inflamatorias de tipo local son indispensables el uso de hielo, debe ser alternado con períodos de descanso, a fin de que éste no produzca un efecto contrario al que se desea y no debe ser aplicado en forma directa sobre la parte afectada o sobre la piel de la zona, el hielo debe ser puesto en una bolsa impermeable y protegida por una toalla o paño limpio, treinta minutos de aplicación y treinta minutos de descanso y no más de cuatro aplicaciones.

En extracciones, recomendar y vigilar la formación del coágulo alveolar, así como los cuidados que se deben tener al respecto por parte del paciente.

Por último, la importancia de las recomendaciones higiénico dietéticas a seguir por el paciente son trascendentes, el tipo de alimentos, lo ácido, los alcalinos, lo grasoso lo picante o irritante según el caso, sobre todo en nuestro medio debido al régimen alimenticio de la mayoría de nuestra población, así como la variedad de platillos de nuestro pueblo.

#### Del Paciente (A domicilio)

Volvemos a insistir en que por muy buena que haya sido la intervención o la experiencia del cirujano que la haya efectuado, o que el propósito sea el mejor, si el paciente no sigue al pie de la letra las prescripciones médicas que el médico tratante dé o si éste transgrede las medidas higiénico dietéticas recomendadas.

Por eso es, que el profesionista depende en gran parte que el paciente comprendida al máximo la importancia de las indicaciones, prescripciones y demás recomendaciones que se le hagan al respecto, aunque sea redundante vale la pena de que se insista con el paciente en preguntarle si las han comprendido y si es que existe al respecto alguna duda, estimularle a que las exprese y de ser posible sin demostrar enojo o impaciencia aclararlos.

Desde nuestro punto de vista esta parte final de la atención al paciente es la que va a darle al médico el prestigio acumulable que a largo plazo le permitirá consolidar una consulta abundante, de buena calidad y excelencia médica,



## CAPITULO IX

### TABLAS ESTADISTICAS Y DATOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION REALIZADA EN LA CLINIA PERIFERICA DE LAS AGUILAS.

Dentro de éste capítulo se muestran las gráficas resultantes del trabajo de investigación realizado en la clínica-periférica de Las Aguilas en su turno matutino.

Entre las gráficas que se presentan se encuentran las comparativas de terceros molares superiores e inferiores, terceros molares derechos e izquierdos, y la que muestra las regularizaciones de procesos realizadas, así como la de la frecuencia de cirugías de este tipo realizadas en ambos sexos y una más que marca la cantidad de quistectomías -- realizadas en el tiempo comprendido del estudio.

Cabe recordar que el estudio que realizó con la investigación de datos obtenidos en los archivos administrativos -- de la misma clínica, comparados y cotejados contra los datos registrados en el cuaderno de control en el cual se -- anotan todas las cirugías realizadas por cada día de trabajo.

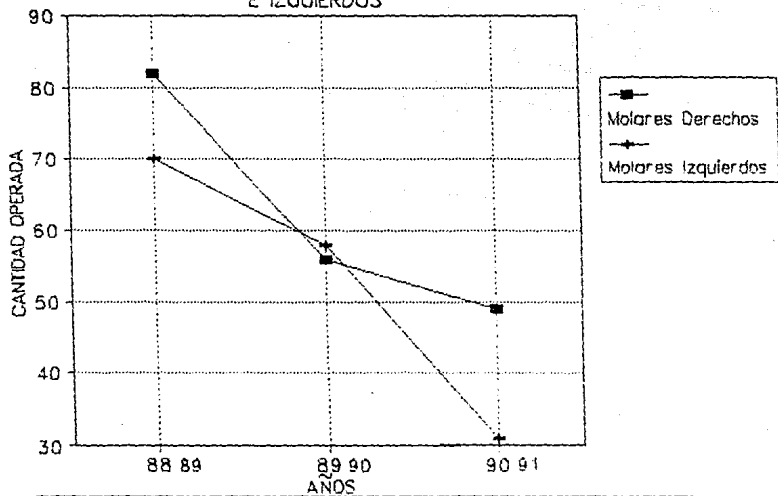
El estudio e investigación abarca un período comprendido -- por CINCO SEMESTRES correspondientes a los años escolares de 1988 - 1989, 1989 - 1990, 1990 - 1991,

En la gráfica final la computadora realiza un pay porcen -- tual, redondeando los datos con una precisión del 99.9 % de confiabilidad, dadas las cantidades o datos obtenidos en la investigación.

A continuación se presentan las diversa gráficas, con el -- objeto de ser específicos y explicativos de los trabajos -- realizados.

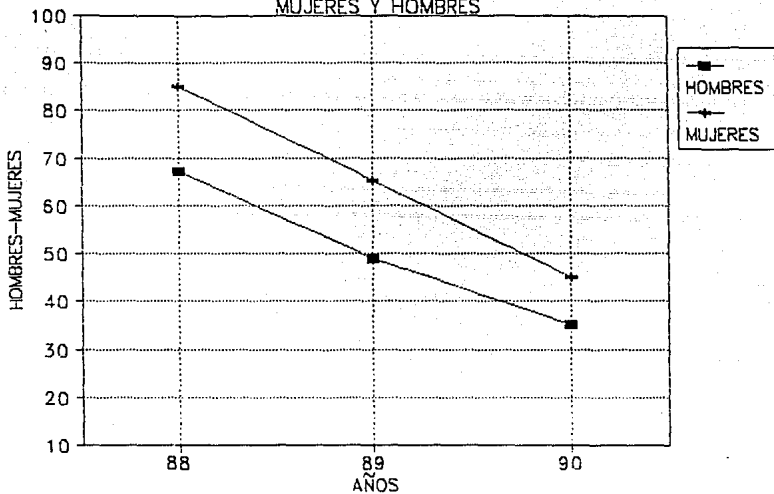
Cada gráfica cuena con sus propios datos, esto es su expli -- cación sencilla pero objetiva.

### COMPARATIVO MOLARES DERECHOS E IZQUIERDOS



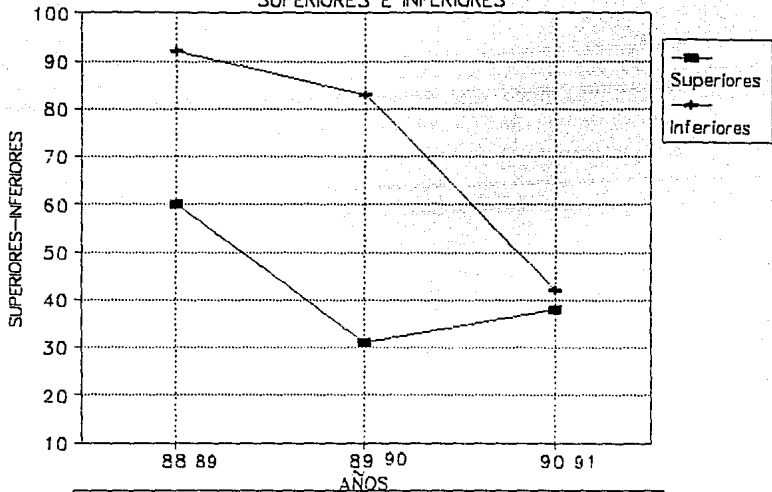
Cantidad de Molares Derechos e Izquierdos operados en cada año de Estudio

COMPARATIVO FRECUENCIA INTERVENCIONES  
MUJERES Y HOMBRES



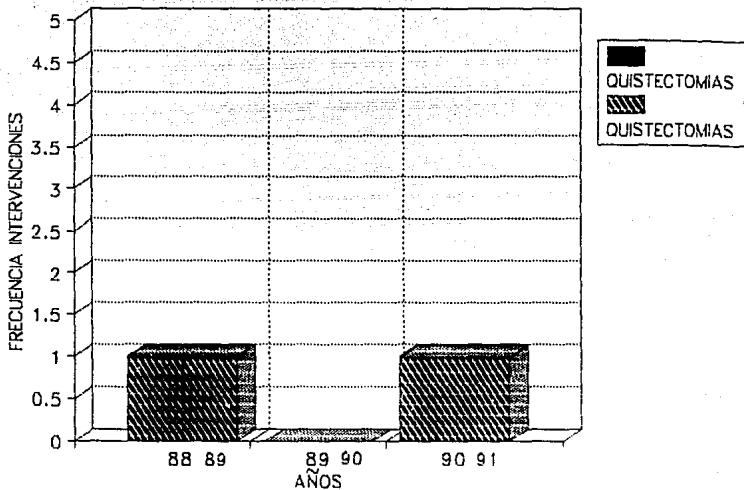
Frecuencia de 3ros. Molares operados tanto en Hombres como en Mujeres

### COMPARATIVO TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES



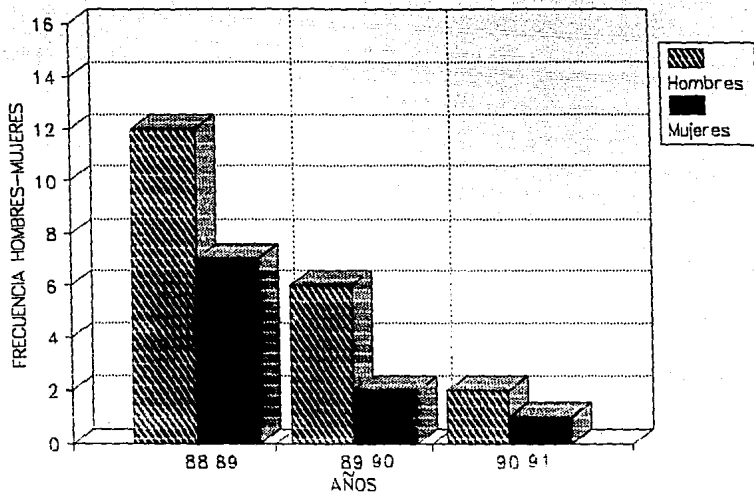
Operación de Molares Superiores e Inferiores en el Intervalo de Estudio

# QUISTECTOMIAS



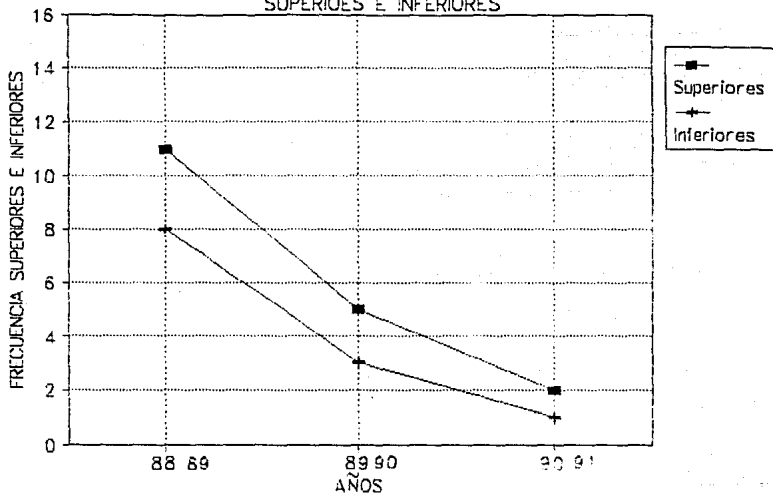
Quiستectomías Realizadas en el período de Estudio

### REGULARIZACION DE PROCESOS



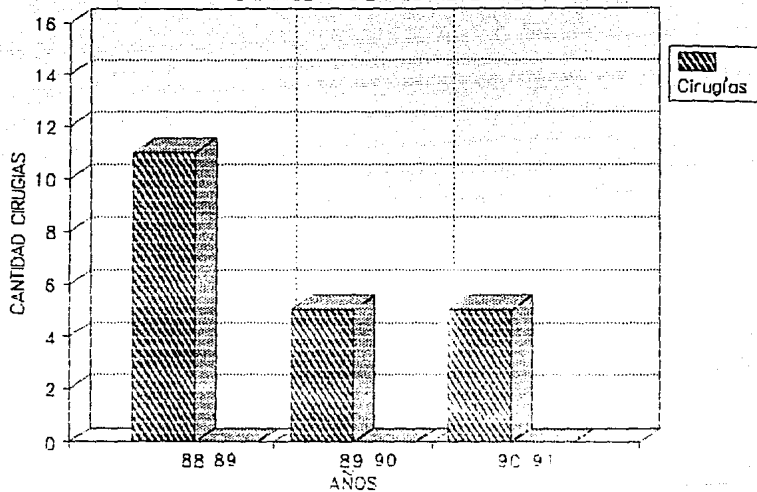
Insidencia de este tipo de Intervenciones en Hombres v Mujeres

### REGULARIZACION DE PROCESOS SUPERIORES E INFERIORES



Cantidad de trabajos realizados de este tipo

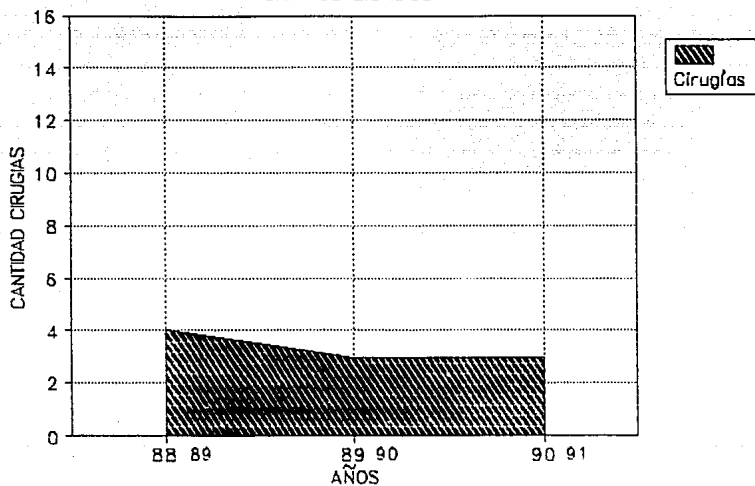
### CANINOS Y DIENTES RETENIDOS



Trabajos realizados de este tipo en el período de estudio

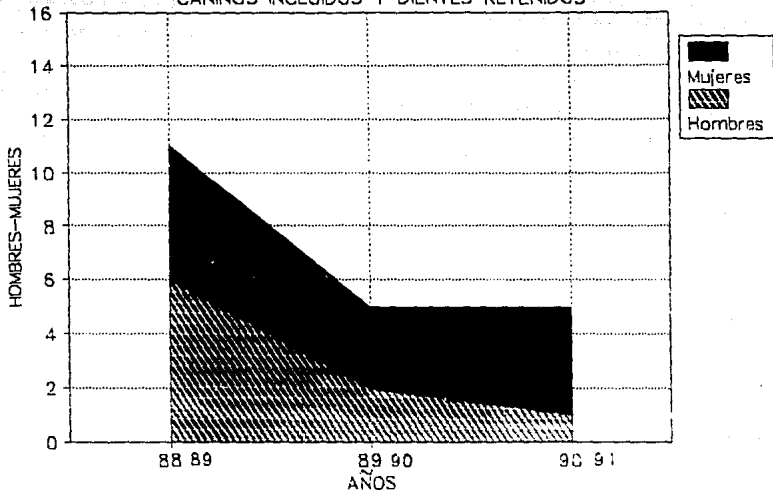


CANINOS LIGADOS



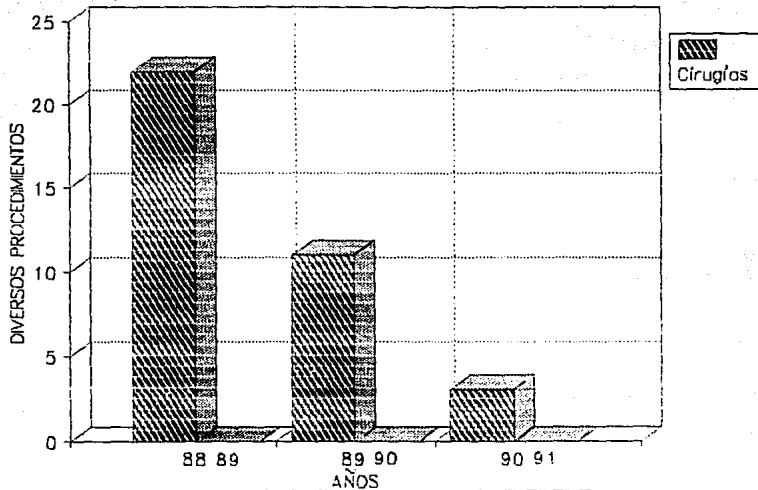
Cirugías en las cuales por indicación Ortodóntica se ligaron los Caninos

FRECUENCIA EN HOMBRES Y MUJERES DE  
CANINOS INCLUIDOS Y DIENTES RETENIDOS



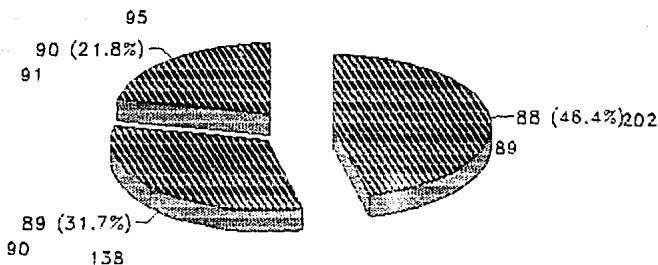
Diferencia entre Hombre y Mujeres que requirieron de Intervención Quirúrgica

### OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS



Otros procedimientos Quirúrgicos empleados en la Clínica

TOTAL DE PACIENTES INTERVENIDOS EN EL  
LAPSO DE TIEMPO ESTUDIADO



Número y Porcentaje de Pacientes atendidos en el periodo Estudiado

## CONCLUSIONES

Es importante en el ejercicio de la enseñanza aprendizaje contar con un documento que sistematice los procedimientos para la Cirugía -- Bucodentomaxilar en forma sencilla y accesible.

En el ejercicio cotidiano del profesional en la Cirugía Bucodentomaxilar se debe tener presente a la generalidad de los procedimientos por aplicar; pero sobre todo la individualidad de los casos.

El manejo del paciente en el preoperatorio garantiza las mejores condiciones durante el acto quirúrgico.

El cuidado del manejo de las estructuras debe llevar en sí el cuidado necesario para evitar problemas de inflamación, sangrado e infecciones.

La vigilancia de la formación del tapón fibroso en las cavidades tratadas tienen importancia vital para la evolución posterior del tratamiento, así como por la comodidad del paciente.

Las suturas hoy por hoy, deben tener como características importantes: Un buen material, estar aseguradas firmemente, pero con gentileza, garantizar su permanencia por el tiempo necesario y evitar isquemia.

Las indicaciones postoperatoria tendrán su efectividad máxima si se insiste con el paciente en su comprensión y aplicación real.

El éxito de todo profesional médico en el ejercicio cotidiano depende en gran parte de su habilidad manual, sentido común para el manejo de los pacientes y en su forma de dar sus indicaciones y recomendaciones.

No olvidar que ante todo la confianza que nos dé nuestro trabajo paciente debe estar basado en la habilidad profesional, la seguridad personal y - la comodidad que le brindemos en su atención.

El contenido del presente trabajo trata de ser - objetivo y explicativo de las cirugías realiza - das en la Clínica de Las Aguilas durante el período en él citado como de estudio.

El método científico en la investigación propor - ciona óptimos resultados.

Del trabajo presentado, se desprende la gran parti - cipación que el alumno tiene en la clínica respec - to a la cirugía bucal.

En comparación a otras clínicas periféricas, la de Las Aguilas es la que realiza mayor número de ciru - gías bucales.

Finalmente el trabajo que se presenta corresponde a una grata experiencia, ya que quiénes somos egresa - dos de esta clínica y participamos activamente en - las operaciones ahí realizadas, así como también en el descubrimiento y obtención de los datos aquí -- plasmados, tendremos la titulación y el grado de - Médico Cirujano Dentista con la seguridad de quiénes supieron enseñarnos no solo los conceptos de la pro - fesión sino los secretos de la amistad y compañeris - mo.

## B I B L I O G R A F I A

Archer, Harry  
Cirugía Bucal  
Editorial Mundi  
Segunda Edición  
Buenos Aires, Argentina, 1968  
Pags. 154, 177, 301, 396, 452, 472

Archundia, Abel  
Técnica y Educación Quirúrgica  
Facultad de Medicina U.N.A.M.  
México, D.F. 1975  
Pags. 9, 13, 25 a 75

Astra.  
Manual Ilustrado de Odontología  
Editorial Astra  
Suecia. 1969  
Pags. 15 y 27

Batres, Edmundo  
Procedimientos en Cirugía Bucal  
Editorial CECSA  
México, D.F. 1980  
Pags 25 a 33, 40, 41 y 47

Braier, L  
Diccionario Enciclopédico de Medicina  
Editorial Jims  
Cuarta Edición  
Barcelona, España 1979  
Pags 265, 442, 908

Brooks, Shirley  
Enfermería en Quirófano  
Editorial Interamericana  
Segunda Edición  
México, D.F.  
Pags 19 a 26, 46 a 67, 98 a 120, 124

Burrows, William  
Microbiología  
Editorial Interamericana  
20' Edición  
México, D.F. 1974  
Pags 137,138

Clark, Henry  
Práctica de la Cirugía Oral  
Editorial Bibliográfica  
Buenos Aires, Argentina 1967  
Pags 77 a 193 y 423 a 434

Costich White  
Cirugía Bucal  
Editorial Interamericana  
México, D.F. 1974  
Pags 22 a 41 y 59 a 69

Guralnick, Walter  
Tratado de Cirugía Bucal  
Editorial Salvat  
México, D.F. 1970  
Pags 83 a 93 y 154 a 159

Harty, F.J.  
Endodoncia en la Práctica Clínica  
Editorial El Manual Moderno  
Cuarta Edición  
México, D.F. 1979

Jawtz Eij Melmicks  
Manual de Microbiología Médica  
Editorial El Manual Moderno  
Cuarta Edición  
México, D.F. 1970  
Pag 75

Jay P. Goldsmith  
Salvaging teeth in Apicectomy  
N.Y. Journal Dentist.  
Vol. 49 No. 10 1979  
Pags 324 a 327

Kruger, Gustavo



Tratado de Cirugía Bucal  
Editorial Interamericana  
México, D.F. 1979  
Pags 27 a 57 y 104 a 117

Meyer, Frederick-Jametz, Ernest  
Farmacología Clínica  
Editorial El Manual Moderno  
Segunda Edición  
México, D.F. 1975  
Pag 634

Monheim, J.M.  
Anestesia General en la Práctica General  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica  
Vol 14. Octubre 1970  
Pags. 805 a 820

Palacio Gómez A  
Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello  
Editorial Pubul  
Barcelona, España 1965  
Pag 28 a 89

Pyner, David A  
Simplified Psinless Endodontics Surgery  
for the General Dentist  
Quintessence Int.  
Vol 10 No. 7 1979  
Pags 15 a 22

Ramírez, Mariano-Rivero Cosme, José  
Técnicas Quirúrgicas  
Editorial Fernández Aldape  
México, D.F. 1975  
Pags 43 a 78

Riez Centeno, Guillermo  
Cirugía Bucal  
Editorial El Ateneo  
Buenos Aires, Argentina 1973  
Pags 73 a 87

Roberts, U.H. - Sowray, J.H.  
Local Analgesis in Dentistry  
Ed. Br. Wrigth 1970  
Pag. 52

Robins, S.L.  
Textbook of Pathology  
Sunders Company  
Philadelphia and London 1962  
Pag 48

Sollman, Torald  
Manual of Pharmacology  
W.B. Saunders Company  
8' Edition  
Philadelphia and London 1957  
Pags 1120, 1121, 1310 y 1314

Thoma, Kurt  
Oral Surgery  
Ed. Mosby  
U S A 1978  
Pags 131 y 362

Van Way III-Charles, W-Buerck, C  
Surgical Skills in Patient Care  
The C.V. Mosby Company  
Saint Louis, U.S.A. 1978  
Pags 11 a 26 y 26 a 50

Wengraf. A  
Radiologically Ocult Bone cavities  
Br. Dent Journal  
Vol 117 1954  
Pag. 523