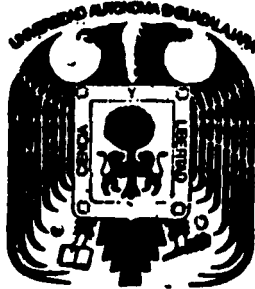


870122
1
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



FALLA DE ORIGEN

"TECNICA DE EXTRACCIONES MULTIPLES CON EXTIRPACION
DEL TORUS MANDIBULAR Y COLOCACION DE LA
PROTESIS INMEDIATA TOTAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

GERMAN JAVIER VALENZUELA PEÑA

GUADALAJARA, JALISCO. 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A DIOS, GRACIAS:

Por haber puesto en mi camino, todos los
medios para alcanzar esta meta.

A MIS PADRES:

DR. JOSE R. VALENZUELA
y
CONSUELO PEÑA DE VALENZUELA

Por su apoyo incondicional y esfuerzo pa-
ra que se realizara mi meta anhelada

A MIS HERMANOS:

José, Martín, María, Martha y Nora
Por sus palabras de aliento en los mo-
mentos difíciles de mi carrera.

A MIS TIOS:

**Daniel, Yolanda, Olga, Ernestina, Honora
• Israel**

**Por el afecto que me han brindado
siempre.**

A MI UNIVERSIDAD Y MAESTROS:

**Por las enseñanzas que me brindaron y su
amistad durante los 4 años de mi carrera.**

A MI ASESOR:

Dr. Rodolfo Ugalde Vásquez

**Por su colaboración para la realización de
la presente tesis.**

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

**A todos ellos mis más sinceras gracias
por haberme brindado su amistad duran-
te todo este tiempo.**

INDICE

INTRODUCCION	7
I ANATOMIA DE LOS MAXILARES.....	8
a).—Maxilar Superior	
b).—Maxilar Inferior	
c).—Inervación e Irrigación	
II ACTO QUIRURGICO.....	14
a).—Asepsia y Antiseptia	
b).—Colocación de campos	
c).—Anestesia Local	
1) Maxilar Superior	
2) Maxilar Inferior	
d).—Acto Operatorio	
1) Extracción de Organos Dentarios	
2) Regulación de Procesos	
3) Eliminación de Torus	
4) Suturas	
5) Indicaciones Postoperatorias	
III COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA TOTAL.....	33
a).—Indicaciones	
b).—Contraindicaciones	
c).—Adaptación del Paciente en Relación a su Prótesis.	
Conclusiones	
CASUISTICA	35
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

La cirugía que se realiza durante las extracciones dentarias y aún más durante la extirpación de Torus Mandibulares, debe de realizarse con los medios y métodos más delicados para dejar un proceso sobre el cual va a colocarse una prótesis inmediata, tanto la regularización y extirpación de torus deben de ir acompañados de una técnica adecuada de impresión para obtener una prótesis que cumpla con todas las funciones.

La presente tesis, espero que sirva de apoyo a futuros colegas en caso de que deseen tener datos sobre el tratamiento de pacientes en relación a las extracciones múltiples, la extirpación de Torus Mandibular y colocación de la prótesis inmediata.

CAPITULO I

1.—ANATOMIA DE LOS MAXILARES

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones. La inferior queda integrada por el maxilar inferior (mandíbula); la superior es más compleja y está constituida por trece huesos; doce de ellos están dispuestos por partes, a un lado y otro del plano sagital, mientras el restante es impar y coincide con este plano. Y ES EL HUESO VOVER.

Los huesos pares son:

- a).—Maxilar Superior.
- b).—Hueso Malar.
- c).—Los Ungis.
- d).—Los Cornetes Inferiores.
- e).—Huesos propios de la nariz.
- f).—Los Palatinos.

Los que trataremos de descubrir en este trabajo son los huesos maxilares y mandíbula ya que éstos presentan arrugas, crestas, fosas y canales que debemos de tener en cuenta en caso de cirugía bucal, y para obtener un mejor éxito en nuestro trabajo para obtener un mejor soporte para las futuras prótesis.

a) MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula superior se aproxima a la forma cuadrangular, siendo algo aplanada de fuera adentro.

Consta este hueso de: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

La Cara Interna. En el límite de su cuarta parte inferior se encuentra una saliente horizontal lisa, forma parte del piso de las fosas nasales, y otra inferior rugosa y forma gran parte de la bóveda palatina. El borde externo de la apófisis está unido con el resto del maxilar, en tanto que su borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto.

Este borde en su cara anterior termina en una prolongación que al articularse con la del lado opuesto forma la espina nasal anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina, cóncava por arriba, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. Su borde posterior se une con el hueso palatino. Por detrás de la espina nasal anterior, existe un surco que con el del otro maxilar origina el CONDUCTO PALATINO ANTERIOR que por él pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en 2 porciones.

La inferior forma parte de la bóveda palatina, es muy rugosa y está cubierta en estado fresco por la fibromucosa palatina.

La superior, más amplia, presenta en su parte de atrás diversas rugosidades en las que se articula la rama vertical del palatino. Un poco más adelante se encuentra el orificio del seno maxilar, el cual en estado fresco queda disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del orificio del seno, existe un canal vertical o canal nasal, cuyo borde anterior se haya limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior. Esta apófisis en su cara interna y en su parte inferior presenta la cresta turbinal inferior que se dirige de adelante atrás y se articula con el cornete inferior; por encima de ellas se encuentra la cresta turbinal superior, que se articula con el cornete medio.

Cara Externa. En su parte anterior se observa, por encima del lugar de implantación de los incisivos, la foseta mirtiforme donde se inserta el músculo mirtiforme, foseta que está limitada posteriormente por la eminencia o rímba canina. Por detrás y arriba de esta eminencia destaca un saliente transverso, de forma piramidal, o APOFISIS PIRAMIDAL.

Esta apófisis presenta una base, un vértice que se articula con el hueso malar, tres caras y tres bordes.

La cara superior u orbitaria, forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario; en la cara anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre. Entre este agujero y la gíbe canina se encuentra la fosa canina.

De la pared inferior salen unos conductillos dentarios anteriores.

Por último, la cara posterior de la apófisis piramidal es convexa, corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática. Exhibe diversos canales y orificios, denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares, destinadas a los gruesos molares.

BORDES.—Se distinguen en el maxilar cuatro bordes, a saber:

1.—**Borde Anterior.**—Que presenta abajo la parte anterior de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Más arriba muestra una escotadura que, con la del lado opuesto, forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba aún, el borde anterior de la rama ascendente.

2.—**Borde Posterior.**—Es grueso, redondeado y constituye la llamada tuberosidad del maxilar. Su parte superior forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y en su porción más alta presenta rugosidades para recibir a la apófisis orbitaria del palatino.

En su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoideas. Ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde, pasa el nervio palatino anterior.

3.—**Borde Superior.**—Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

4.—**Borde Inferior.**—Llamado también borde alveolar. Presenta una serie de cavidades cónicas o ALVEOLOS DENTARIOS, donde se alojan las raíces de los dientes.

Los alvéolos son sencillos en la parte anterior, mientras que en la parte posterior llevan dos o más cavidades secundarias su vértice perforado deja paso a su correspondiente paquete vasculnervioso del diente y los diversos alvéolos se hallan separados por tabiques óseos, que constituyen las apófisis interdientarias.

Estructura del maxilar superior. La parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar están formados de tejidos esponjosos, mientras el resto del hueso se halla constituido por tejido compacto.

En el centro del hueso, se encuentra el seno maxilar o antro de Highmore.

Este es en forma de pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo como es natural, dada su forma, en dicha cavidad se distinguen paredes, base y vértice y bordes.

La pared superior, es el lado opuesto de la cara orbitaria de la apófisis piramidal y lleva, por consiguiente, el conducto suborbitario, el cual con frecuencia comunica con esta cavidad.

La posterior	Se corresponde con la fosa cigomática
La inferior	Está en relación con los dientes
La base	Es en realidad parte de la pared externa de las fosas nasales.
El vértice	Está vuelto hacia el hueso malar, y se corresponde con el vértice de la apófisis piramidal.
El borde inferior	El más importante desde el punto de vista odontológico

DIMENSIONES DEL SENO MAXILAR

Las dimensiones del seno varían extraordinariamente, no sólo en el mismo individuo, en el cual puede haber asimetría marcada de ambos antros, sino que sufren variaciones en su volumen según la edad, el sexo y las distintas configuraciones de los maxilares, dentro de los mismos tipos raciales y en las distintas variaciones de raza. La capacidad media del seno es de 10 a 12 centímetros cúbicos, pudiendo existir senos chicos, de 2 centímetros cúbicos y senos grandes que pueden alcanzar hasta 25 centímetros cúbicos.

La capacidad sinusal se mide clínicamente, inyectando un líquido y realizando la aspiración con una jeringa graduada.

b) ESTRUCTURA OSEA DE LA MANDIBULA

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

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

Cara Anterior.—Lleva en la línea media una cresta vertical resultado de la unión de las dos porciones del hueso, y llamada sínfisis mentoniana, y más abajo la 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, dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso; se llama línea oblicua externa de la mandíbula y sobre ella se insertan los siguientes músculos: el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

En la cara posterior cerca de la línea media se encuentran las apófisis geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los genihioideos; más atrás nos encontramos con la línea oblicua interna o milohioidea, donde se inserta el músculo milohioideo por encima de esta línea se encuentra la foseta sublingual en donde se alojan la glándula sublingual, más afuera por abajo de esta línea se encuentra la foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la glándula del mismo nombre.

BORDES.—El borde inferior es romo y redondeado.

Esta lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media; en ellas se inserta el músculo digástrico.

El borde superior o borde alveolar con el inferior del maxilar superior, presenta una serie de cavidades y todas ellas se encuentran separadas entre sí por puntos óseos o apófisis interdentarios, donde se insertan los ligamentos de los dientes.

Ramas.—En número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular; en plano definido por cada uno de ellos es vertical y su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Consta de dos caras y cuatro bordes.

Cara Interna.—En esta cara encontramos el orificio superior del conducto dentario por el que se introducen nervio y vasos dentarios inferiores, nos encontramos también con la espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar. Hacia abajo vemos el surco milohioideo donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

BORDES.—El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulociomática.

El borde posterior, liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotideo, por sus relaciones con la glándula parótida.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea situada entre las dos salientes; por delante la apófisis coronoides y por detrás el cóndilo de la mandíbula.

La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos.

El borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás al unirse con el borde posterior forma el ángulo de la mandíbula o GONION.

Estructura.—Está formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Se halla recorrido interiormente por el conducto dentario inferior el cual comienza con el orificio situado detrás de la espina de Spix y se dirige hacia abajo y adelante, a lo largo de las raíces dentarias, llegando hasta el nivel del segundo premolar. Aquí se divide en un conducto externo, que va a terminar al agujero mentoniano y otro interno, que se prolonga hasta el incisivo medio.

c) INERVACION E IRRIGACION

En los huesos maxilares, nos encontramos una serie de agujeros que nos identifican la entrada o salida de las diferentes ramas nerviosas que la inervan.

En la cara anterior encontramos el agujero infraorbitario por el que sale el nervio suborbitario y es considerado como terminal del nervio maxilar superior, dividiéndose a su vez en tres pequeñas ramas terminales: ascendentes o palpebrales, descendientes o labiales e internos o nasales.

Por palatino encontramos en la parte anterior y en la línea media, el agujero palatino anterior, por donde salen el nervio palatino rama del esfenopalatino.

Los agujeros palatinos posteriores en número de dos: izquierdo y derecho, localizados aproximadamente a 1 cm. por arriba y por dentro del reborde alveolar cerca de la sutura entre el borde posterior, entre la apófisis palatina del maxilar y el borde posterior, entre la apófisis palatina del maxilar y el borde anterior de la lámina horizontal del palatino, por estos agujeros emergen los nervios palatinos anteriores, también ramas del esfenopalatino, inerva el velo del paladar y parte de la bóveda palatina.

Ramas dentarias posteriores, éstas en número de dos o tres se separan del maxilar superior un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria, descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios inferiores y forman anastomosándose por encima de los premolares y molares un plexo que da ramas a todas las raíces de los de los molares superiores, al hueso malar y la mucosa del seno-maxilar.

En nervio dentario, nace del infraorbitario en el canal o su piso, antes de la extremidad posterior del conducto, desde ahí desciende por la pared anterolateral del seno hasta la parte media del plexo dentario, en ocasiones se confunde con el más elevado de los dentarios posteriores cuyo trayecto comparte hasta la proximidad de su territorio de distribución.

El nervio dentario anterior, nace del maxilar superior en el conducto dentario anterior y superior y se distribuye por las raíces de los incisivos y caninos del lado correspondiente.

En la mandíbula el nervio dentario inferior, constituye el de mayor importancia y es rama del maxilar inferior y su terminal el mentoniano; por la parte interna primordialmente el nervio lingual correspondiente a su porción posterior.

Debemos tomar en cuenta:

La zona de la glándula sublingual que se extiende desde la región del primer premolar hasta el frenillo lingual.

En esta zona encontramos el músculo milohioideo que se inserta profundamente a lo largo de la línea oblicua interna.

Inmediatamente después están la apófisis geni superior que da inserción al músculo geniogloso.

Finalmente el frenillo lingual en la línea media que constituye la inserción al músculo anterior de la lengua.

Tanto la inervación como irrigación la debemos tener muy en cuenta en el momento de la cirugía bucal, para no dañar o traumatizar alguno de estos elementos.

CAPITULO II

ACTO QUIRURGICO

a) ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Toda intervención para ser realizada con éxito, exige que todos los elementos en dependencia con la operación estén libres de microbios.

Dentro de estos elementos deben ser considerados: el sitio donde se realizan la operación, las manos y ropas de los que realizan la intervención, los instrumentos y materiales que formen parte del acto quirúrgico. La cavidad bucal, a pesar de su riquísima flora microbiana, no debe apartarse de estos principios quirúrgicos y aunque es verdad que la boca posee un extraordinario mecanismo de defensa, en lo referente a la cirugía que on ella se aplica, no puede admitir errores de ninguna especie.

Uno de los tres postulados de la técnica quirúrgica es evitar la infección.

La ASEPSIA Y ANTISEPSIA nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección. La Asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de éstos al organismo y la Asepsia se encarga de destruirlos cuando ya han entrado a tal organismo para ello se hace uso de los antisépticos. Por lo tanto, vamos a considerar como asepsia, el conjunto de reglas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material quirúrgico.

Como Antisepsia podemos decir que es el conjunto de medios terapéuticos que destruyen a los gérmenes y que preserven contra la infección,

LAS CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR UN ANTISEPTICO SON:

- a).—Fuerte poder bactericida o bacteriostático.
- b).—Buena tolerancia local para la piel, las mucosas y la superficie de las heridas.
- c).—Que exista una toxicidad pequeña en caso de absorción accidental o de ser posible que no exista ésta.
- d).—Debe ser activo frente a todos los tipos de bacterias.

Entre los medios físicos, tenemos los mecánicos el más sencillo y más usado, es el lavado mediante el agua y jabón, éste obra como un barrido,

Este es empleado para limpiar las manos del cirujano y ayudantes.

La temperatura es otro de los agentes físicos más empleados; para esto se hace uso de calor seco o húmedo.

Lo más común a utilizar el calor seco es el flameado que se utiliza para esterilizar las superficies pulidas de las cubiertas de las mesas, bandejas y algunos otros utensilios.

Otra forma de esterilización por calor seco, consiste en el empleo de aire caliente.

El calor húmedo es más empleado para esterilización de instrumental y vestuario quirúrgico. Puede utilizarse como medio común, la ebullición del agua.

Puede emplearse el calor bajo presión con lo cual se consigue elevar la temperatura a 130 C o 140 C los aparatos designados para tal propósito se denominan autoclaves que reúne todas las cualidades para llevar a cabo una buena esterilización.

Los antisépticos por su forma de obrar, pueden dividirse en coagulantes y deshidratantes.

Los agentes químicos constituyen los productos denominados antisépticos.

Estos son de gran utilidad para esterilizar el material que puede alterarse por la acción del calor y la humedad.

Entre los antisépticos, tenemos el alcohol, tintura de yodo, ácido fénico, tintura de mercurio, cloruro de benzalconio.

b) COLOCACION DE CAMPOS

Se denominan compresas los trozos cuadrados de género de hilo o algodón, blancos o verdes, que sirven para cubrir la mesa de instrumentos y proteger el campo operatorio. La técnica de este último acto será descrita más adelante. Usamos dos distintos tipos de compresas, las fenestradas o las simples, según que operemos con el enfermo sentado o acostado. Para el primer caso empleamos unas compresas que mandamos preparar, de género de hilo, de forma cuadrilátera, de 1.20 m. de largo por 0.80 m. de ancho. En la unión de su tercio superior con los dos inferiores, existe una perforación de forma oval con sus bordes dobladillos, que permiten una vez colocada la compresa sobre la cabeza del paciente, dejar al descubierto sus ojos y la boca.

También se puede envolver la cabeza del paciente con una compresa, a modo de turbante; en este caso las compresas se disponen como indican las siguientes formas: La primera se dobla en triángulo. Sus ángulos agudos se toman uno con cada mano. Se invita al paciente a erguir su cabeza, se apoya la compresa detrás de la nuca, pasando ambos extremos por delante de las orejas, de manera de recoger el cabello, y se cruzan los ángulos sobre la frente. La compresa se sostiene con una pinza de campo. La otra compresa extendida se coloca sobre el pecho, por debajo del mentón; se une a la primera pinza de campo; de este modo obtiéndose una unidad que permite los movimientos del paciente y salivar cuando sea necesario.

Otra manera de disponer las compresas sobre el paciente es ésta: se toman dos compresas, se despliegan y cada una se dobla por el medio. Se aplica la una sobre la otra, coincidiendo los dobleces. Se hace erguir la cabeza del paciente, y se deslizan las dos compresas así dobladas por debajo de la nuca. Se hace descansar la cabeza sobre ellas, que se apoyan sobre la mesa de operaciones. Con la compresa superior se cubren las cejas, recogiendo el cabello, y se entrecruza encima de la frente; se fija con una pinza de campo. La compresa inferior pasa de cada lado sobre los hombros y se entrecruza por debajo del mentón, donde se fija con otra pinza de campo. Otra compresa o una sábana cubren al paciente, permitiendo que el borde de la sábana inmediato a la cabeza llegue hasta el cuello; en esta posición se fija a la

primera compresa con una pinza de campo de cada lado. De este modo se asegura un perfecto aislamiento y esterilización del campo operatorio. En el caso de operar a un enfermo acostado y bajo anestesia general, debiendo el anestesista vigilar al enfermo, la disposición de las compresas varía algo; se coloca una compresa sobre el pecho y otra sobre la cabeza, cubriendo hasta la nariz. Estas compresas se fijan entre sí por pinzas de campo. El anestesista levanta el extremo distal de la compresa y así cumple su cometido.

c) ANESTESIA LOCAL

Anestesia local es la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia del paciente.

Esto se logra por distintos procedimientos. Sólo nos interesa el método que logra la anestesia por la inyección de sustancias éúmicas, las cuales, poniéndose en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas, anulan la transmisión del dolor a los centros superiores.

1) MAXILAR SUPERIOR

Anestesia mucosa.—La mucosa bucal y sus capas inmediatas pueden anestesiarse localmente, colocando sobre ella sustancias anestésicas; tienen contada aplicación en cirugía bucal. Se emplea para abrir abscesos, para evitar el dolor que produce el pinchazo de la aguja, para la extracción de dientes temporarios o movibles, o para otras maniobras de dentística.

Puede emplearse la refrigeración que se obtiene proyectando sobre el sitio deseado un chorro de cloruro de etilo. Cuando se logra la congelación, se procede a abrir el absceso o realizar la intervención.

El ácido fénico tiene también propiedades anestésicas, aplicado localmente en zonas muy pequeñas, sobre las que luego puede realizarse la punción con la aguja para anestesia. La pantocaína y la xilocaína, (pomada de xilocaína), tiene el mismo empleo.

Anestesia submucosa.—Hay dos tipos de anestesia submucosa: la que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa y la profunda supraperióstica. La primera tiene escasa aplicación en cirugía bucal. Se realiza depositando las sustancias en la vecindad de la mucosa bucal. El líquido anestésico en estas condiciones tarda mucho tiempo en ser reabsorbido y no llega a las terminaciones nerviosas periféricas. Es una anestesia que sólo es útil para realizar intervenciones sobre la mucosa o para el bloqueo de nervios superficiales.

La anestesia local ideal es la denominada submucosa profunda o supraperióstica, que se realiza cuando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa, en vecindad inmediata con el periostio. Es el método eficaz y útil para cirugía bucal. La anestesia infiltrativa depende de la mayor o menor permeabilidad del hueso. Se hace de preferencia en el maxilar superior, cuyo hueso, siendo particularmente esponjoso y rico en foraminas, puede ser fácilmente alcanzado por el líquido anestésico.

Técnica de la inyección submucosa profunda: Elección del sitio de punción. La inyección submucosa profunda debe ser realizada en el fondo del surco vestibular, para

bloquear así las terminaciones nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso, al periostio y a la encía, siguiendo las vías que hemos considerado, y que en resumen son, para el maxilar superior, de arriba a abajo, y para el inferior, de abajo a arriba. Depositando la solución anestésica por encima de los ápices dentarios, para el maxilar superior, y por debajo de ellos, en el inferior, se seccionará temporariamente la conducción nerviosa y por lo tanto, la transmisión del dolor.

Por otra parte, el fondo del surco vestibular es menos sensible, y realizando la maniobra que vamos a comentar, la punción es casi imperceptible. Detalle éste sumamente importante, porque las maniobras que provocan dolor en la cavidad bucal son muy molestas; el paciente sabe agradecer lo que hagamos en su favor para evitarle dolores inútiles. La maniobra a que nos acabamos de referir consiste en lo siguiente: con los dedos índice y pulgar se toma el labio a nivel del sitio a puncionarse y se tracciona hacia arriba y hacia afuera, de modo que la fibromucosa y los frenillos subyacentes queden tensos y firmes. Puncionando tangencialmente a dichos frenillos, el pinchazo de la aguja es imperceptible. Después de perforar la submucosa, por debajo de ella se depositan cuatro o cinco gotas de líquido y se sigue avanzando lentamente, inyectando anestesia a su paso, hasta ubicar la punta de la aguja, con su bisel hacia el hueso, en las vecindades del periostio y por encima del ápice del diente a intervenir (para el maxilar superior).

La anestesia. Con la jeringa Carpule, o jeringa Luer, con una aguja muy fina, (diámetro 4), tomada como ya fue señalado, la jeringa ligeramente paralela al eje de los dientes, se punza hacia mesial del diente a extraerse y allí se deposita suavemente la solución anestésica, cuya cantidad estará en proporción a la operación quirúrgica a realizarse. (Es conveniente calentar ligeramente, pasando por la llama de un mechero, la ampolla para que el líquido tenga la misma temperatura que el cuerpo humano). Se espera tres o cuatro minutos antes de realizar la intervención.

Anestesia subperióstica.—Consiste el procedimiento en llevar la solución anestésica inmediatamente por debajo del periostio. La técnica para la aplicación de la anestesia subperióstica es la siguiente: el sitio de punción debe ser elegido sobre la mucosa gingival, a mitad del camino entre el borde de la encía y la línea de los ápices dentarios. Se esteriliza el sitio de punción, se realiza una pequeña anestesia submucosa para poder efectuar en forma indolora las maniobras posteriores y se perfora el periostio perpendicularmente al hueso; el bisel de la aguja va dirigido hacia la estructura ósea. Perforando el periostio se inclina en ángulo recto la jeringa, haciéndola paralela a la tabla externa y se marcha entre el periostio y el hueso, depositando pequeñas cantidades de anestesia mientras se avanza, y se llega así hasta el nivel del ápice dentario, donde se deposita 1.5 cm de solución anestésica.

Anestesia intraósea.—Esta anestesia se realiza perforando la tabla ósea externa con una fresa, y por esta vía se introduce una aguja, depositando el líquido anestésico en el interior del hueso. Es la anestesia diploica, de escasa aplicación en cirugía bucal.

Las indicaciones de esta anestesia, según Durante Avellanal, son:

a).—Extracción de premolares y molares inferiores, en los cuales hay contraindicación o dificultad de realizar la anestesia regional.

- b).—En todos los casos de hipertesia dentinaria, para realizar la preparación de cavidades.
- c).—Pulpectomía inmediata.
- d).—Para la inyección de alcohol en el espacio retromolar, en el tratamiento de la neuralgia del nervio dentario inferior.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES

Reseña anatómica.—Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar superior, en la fosa ptérigomaxilar, antes de la entrada de este último al conducto infra-orbitario. En número de 1, 2 o varios, se dirigen hacia abajo, abandonando la fosa nombrada, recorren la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios en número variable (los agujeros dentarios posteriores y superiores), que se hallan situados en la tuberosidad a 2 o 3 centímetros por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior. Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan el tercero, segundo y primer molar superior. La anastomosis de los nervios dentarios forma el arco nervioso externo.

Vías de acceso.—A los nervios dentarios posteriores se puede llegar fácilmente por la cavidad bucal o también por vía extraoral o externa.

Vía Intrabucal.

Instrumental.—Jeringa de 3 c.c. de capacidad y aguja de 4 centímetros de largo, (calibre 8). Nevin y Puterbaugh aconsejan aguja gruesa con el objeto de ponerla siempre en contacto con la tuberosidad, evitando así falsas vías. La jeringa Carpu'e resuelve perfectamente el problema.

Técnica de la inyección.—El paciente entreabre la boca para permitir al operador, con un separador o espejo bucal, estirar la comisura bucal del lado a anestesiarse. Con estos instrumentos o simplemente con los dedos índice y mediano de la mano izquierda se aparta el carrillo, todo lo que permita su elasticidad, tratando de poner a la vista y bien alumbrada la región del tercer molar superior.

Se toma la jeringa con la solución anestésica acostumbrada y se punza en el fondo del surco vestibular, y a nivel de la raíz distal del segundo molar. (En caso de existir el tercero, ésta es la guía a seguir; faltando el último molar se debe realizar la punción a nivel de la raíz mesial del segundo).

Después que la aguja ha atravesado con su bisel hacia el hueso, la mucosa bucal y el bocinador, se depositan algunas gotas de anestesia y se avanza, en un ángulo de 45 con el plano oclusal de los molares superiores, llevando la punta de la aguja hacia arriba, atrás y dentro, en procura de los orificios dentarios superiores. Por lo tanto, la jeringa debe ser dirigida afuera y abajo, en contacto con la comisura bucal, para lograr aquel efecto.

La aguja debe penetrar 2 centímetros después que ha atravesado el surco. A nivel de los orificios buscados se depositan 2 c.c. de solución.

Es una guía importante llevar la aguja siempre en contacto con el hueso, evitando así puncionar órganos anatómicos importantes, tales como la arteria maxilar interna, el plexo venoso pterigoideo, la bola adiposa de Bichat; o el músculo pterigoideo ex-

terno; estas contingencias pueden producirse al llevar la aguja más de 2 centímetros atrás y arriba de los orificios dentarios. La punción de los vasos trae aparejados hematomas de consideración.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS ANTERIORES

La anestesia de los nervios dentarios anteriores debe efectuarse a nivel del agujero infraorbitario, y por difusión la solución anestésica llega al nervio.

Reseña anatómica.—Los nervios dentarios anteriores se separan del nervio maxilar superior, en el conducto infraorbitario que lo aloja, medio centímetro por detrás del agujero infraorbitario, descendiendo por delante de la pared anterior del seno maxilar, y se dividen en tres ramas que van a inervar el incisivo central, el lateral y el canino; por su anastomosis con los nervios dentarios medios, puede tomar parte en la inervación de los premolares, (arco nervioso externo). Después de dar estos nervios dentarios anteriores, el maxilar superior sigue su recorrido por el conducto infraorbitario y al atravesar el orificio se abre en un ancho penacho terminal, inervando el párpado inferior, el ala de la nariz, labio superior con sus capas dérmicas, muscular y mucosa y la cara bucal de la encía.

Depositar la solución anestésica en contacto con los nervios dentarios anteriores no es tarea fácil; el líquido debe ser llevado a su proximidad, penetrando la aguja en el interior del conducto o ser transportado por medio del masaje al sitio deseado.

Para localizar el agujero infraorbitario nos valemos de la técnica preconizada entre nosotros por Finochietto, E. y R. y Durante Avelanal, C.

Se traza una línea horizontal que una ambos rebordes orbitarios inferiores. A ésta se le corta con una vertical que, partiendo de la pupila, coincida con el eje del segundo premolar. Sobre esta línea se encuentran también los agujeros supraorbitario y mentoniano. "Es un hermoso ejemplo de simetría natural (Seldin).

El agujero infraorbitario queda a 7 milímetros por debajo del reborde orbitario. El dedo índice de la mano izquierda palpa el borde orbitario e identifica por debajo de él una hendidura, que a la presión produce un dolor neurálgico particular; éste es el agujero que buscamos. El conducto que sigue el orificio se dirige de adelante a atrás y de adentro a afuera. A los 6 milímetros de su desembocadura se inician los conductillos con los nervios destinados a los incisivos y caninos. Esta es, pues, la dirección que debe seguir la aguja al pretender llegar hasta estos últimos nervios para anestesiarlos.

La anestesia de los nervios dentarios anteriores está indicada en intervenciones quirúrgicas sobre la región labial, porción anterior del maxilar, (quistes, apicectomía de estos dientes, canino superior retenido) y exodoncia de los dientes anteriores; la del ramillete infraorbitario, exclusivamente, en intervenciones sobre el labio superior.

Vías de acceso.—Se puede llegar al conducto por dos vías: la intraoral y la externa o extrabucal.

Instrumental.—Jeringa de vidrio y aguja de 4 centímetros, y de escaso diámetro (4 a 6), para poder penetrar en el interior del conducto; jeringa Carpule con aguja de diámetro adecuado.

Técnica de la inyección.—El dedo índice de la mano izquierda reconoce los elementos anatómicos. El pulpejo del dedo debe quedar fijo sobre el orificio suborbitario. Con el dedo pulgar se levanta el labio, dejando al descubierto la región del ápice del canino. Se punza en el fondo del surco vestibular, llevando la jeringa desde el canino en dirección a la pupila, sin tocar hueso, hasta llegar al orificio buscado. Cuando el dedo índice percibe la aguja, estamos en el sitio deseado. Se inyectan unas pocas gotas de anestesia para permitir las maniobras posteriores. En este momento se levanta la jeringa, buscando la dirección del conducto, y por tacto se penetra en él sólo en una profundidad de medio centímetro. Se descarga lentamente la solución anestésica. Si la aguja no ha entrado en el conducto, la solución deberá penetrar en él merced a masajes circulares suaves, realizados sobre la piel. Nevin y Puterbaugh sostienen que con esta técnica logran la anestesia, además de la de los dentarios anteriores, la de los dentarios medios, de los posteriores y aún la del ganglio esfenopalatino y sus nervios eferentes. Nosotros no hemos conseguido tal efecto; por el contrario, nos parece una anestesia de difícil obtención, atribuyéndose el fracaso al hecho de no haber penetrado suficientemente en el conducto (6 milímetros) con la aguja o con el líquido, por difusión; en tales casos, actúa más como anestesia infiltrativa que como troncular.

Seldin encarece la necesidad de no penetrar en el músculo canino, que se inserta en la fosa del mismo nombre. La punción de este músculo origina equimosis y hematomas dolorosos y la inyección de la solución anestésica a su nivel no permite la obtención de la anestesia. La punción de los vasos infraorbitarios origina también hematomas extensos y alarmantes.

ANESTESIA DEL NERVIOS NASOPALATINO (Esfenopalatino Interno)

Reseña anatómica.—En la bóveda palatina, sobre la línea media y por detrás de los incisivos centrales, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino anterior, formado a su vez por la unión de dos canales palatinos, perteneciente cada uno al bordo interno de las apófisis palatinas del hueso maxilar superior de cada lado.

En el fondo del conducto aparecen dos orificios, uno anterior y otro posterior, (orificios de Scarpa), por donde emergen los nervios nasopalatinos izquierdo y derecho.

Estos nervios nasopalatinos o palatinos anteriores, inervan la parte anterior del paladar hasta la altura del canino. El orificio coincide con la papila palatina, que es muy visible, haciendo abrir la boca del paciente.

A nivel del conducto palatino anterior se realiza la anestesia de estos nervios. Es una anestesia de complemento o de cierre de circuito; por sí sola no tiene ninguna función que llenar, a no ser pequeñas intervenciones sobre la región de la papila u operaciones de quistes del conducto palatino anterior. Aún para estos casos debe ser complementada con anestesia de los palatinos anteriores (que emergen por el agujero palatino posterior), o infiltrativa a nivel de la cara bucal de ambos caninos superiores.

Técnica de la anestesia.—Con una jeringa de vidrio y aguja de pequeño calibre, (4 o 5), (puedo usarse la Carpule), se punciona en la base de la papila, del lado de-

recho e izquierdo, pero no en el cuerpo mismo de este elemento anatómico. "Es menester acordarse de que esta papila está compuesta de tejido fibroso, ricamente innervado, lo cual la hace extraordinariamente sensible" (Seldin).

Después de atravesar la mucosa y llegado al conducto palatino, se deposita muy lentamente, 0.5 a 1 c.c. de solución anestésica.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS PALATINOS

Reseña anatómica.—Los nervios palatinos, anterior, medio y posterior, ramas eferentes del ganglio esfenopalatino, descienden a la bóveda, el primero por el conducto palatino posterior, el medio y el posterior lo hacen por conductos accesorios. El nervio palatino anterior inerva la fibromucosa y encía palatina y se dirige hacia adelante anastomosándose con el esfenopalatino interno.

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la línea media y del borde gingival. A nivel de este orificio debe buscarse el nervio. Los palatinos medios y posteriores que inervan la úvula y el velo, no entran en el capítulo de nuestra cirugía.

Instrumental.—El mismo que se utiliza para la inyección anterior.

Síntomas de la anestesia de los nervios palatino y nasopalatino, y palatinos, (anterior, medio y posterior).—La anestesia de los nervios palatinos se realiza por lo común, como anestesia de complemento o cierre de circuito. Los síntomas de la anestesia no son en tales ocasiones muy visibles, porque predominan los síntomas de la anestesia principal. Son todo, lo importante es comprobar la anestesia de la bóveda en la extensión que corresponda del nervio inyectado.

2) ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVILO DENTARIO INFERIOR

a).—Nervio a anestesiar.—Se trata del nervio dentario inferior, rama terminal del maxilar inferior, que continúa la dirección de la rama original.

b).—Fisiología del nervio.—El dentario inferior inerva el hueso maxilar inferior, su periostio y la encía, y los dientes en cada hemiarcada, a excepción de un trozo de encía y periostio que cubre la cara externa del maxilar entre el tercer y primer molar, zona innervada por el nervio bucal, rama del maxilar inferior, que en algunos casos requiere una anestesia aparte.

c).—Sitio de abordaje.—El nervio dentario inferior penetra en el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior. En las vecindades de este orificio debe depositarse la solución anestésica.

d).—Vías de acceso.—Al nervio dentario inferior puede llegarse por dos vías: la interna o intrabucal, y la externa o extrabucal.

Vía Interna o Intrabucal.

Para alcanzar el nervio dentario inferior es menester llegar, con la aguja, a las proximidades del orificio del conducto dentario; para lograr este objeto debemos valernos de reparos anatómicos que nos permitan una vía fácil y segura para la introducción de la aguja.

Recordemos que el orificio superior del conducto dentario se encuentra ubicado en la cara interna de la rama montante. Tiene una forma triangular a vértice inferior, y su borde anterior en forma de llingula se denomina espina de Spix. Este orificio se halla situado a las siguientes distancias aproximadas de los bordes de la rama ascendente: del borde anterior (prolongación de la línea oblicua externa), 18 mm.; del borde posterior, 6 mm.; del borde inferior, 22 mm.; del borde de la escotadura sigmoidea, 12 mm., y de la línea oblicua interna, 8 mm. La proyección del orificio sobre la cara externa de la rama, o dicho con fines quirúrgicos, sobre la cara del paciente, está dada, según Finochietto, por la intersección de los líneas imaginarias, perpendiculares entre sí: una vertical cruzada desde el punto medio de la escotadura sigmoidea hasta el borde del maxilar, y otra línea que une ambos bordes de la rama, trazada en el punto medio de la línea vertical.

Prolongado hacia atrás el plano oclusal de los molares, el orificio en cuestión está situado un centímetro por encima de él.

La cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior se dirige hacia adelante y adentro, de manera que la prolongación de esta cara cortaría el borde anterior del maxilar a nivel del incisivo lateral.

Como dijimos en la parte primaria, el nervio dentario inferior discurre entre la cara interna de la rama montante y el músculo pterigoideo interno, en el espacio angular abierto entre ambos hacia adelante. El nervio y sus acompañantes recorren el trayecto en un tejido celular laxo. Para llegar hasta él desde la cavidad bucal, es menester atravesar la mucosa bucal, el músculo buccinador, el tejido celular laxo, y deslizándose entre el pterigoideo interno y la cara interna de la rama, llegar por encima del orificio del conducto dentario.

Reparos anatómicos.—Los reparos a que acabamos de referirnos, son los siguientes: borde anterior del músculo masetero, borde anterior de la rama ascendente (línea oblicua interna, triángulo retromolar) ligamento pterigomaxilar. Analizaremos estos reparos en el hueso aislado y en la boca del paciente. El borde anterior de la rama, dice Testut, oblicuo de arriba abajo y de atrás a adelante, representa un canal cuyos dos bordes se separan a medida que descienden, continuándose con las líneas oblicuas externa e interna. Este canal, de forma triangular, constituye el triángulo retromolar bien visible.

Con el dedo índice de la mano izquierda se investigan los elementos anatómicos estudiados: el borde anterior del masetero, fácilmente reconocible por ser una franja ancha y depresible, que desaparece haciendo cerrar la boca del paciente y que se pone tensa en la abertura exagerada. Por dentro de este primer reparto, e inmediatamente, el dedo percibe un filo óseo que se prolonga de arriba a abajo y que se puede seguir hasta las proximidades del primer molar: es la línea oblicua externa, importante reparo, el reparo llave para las maniobras posteriores. Siguiendo la palpación hacia adentro, el índice cae en la excavación que representa el triángulo retromolar y que por los tejidos que la recubren, se presenta muelle al tacto. Por dentro del triángulo se percibe la línea oblicua externa. Al lado de la línea oblicua externa, y paralela a ella se nota una bandeleta fibrosa, que puede ponerse tensa en la abertura exagerada de la boca y hacerla desaparecer al cerrarla ligeramente; es el liga-

mento pterigomaxilar, o aponeurosis buccinato-faríngea, cuya superficie de inserción en el maxilar se halla ubicada sobre la línea oblicua interna por detrás y por adentro del tercer molar inferior. La inserción superior se encuentra en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides. En esta aponeurosis se inserta sobre su borde anterior, el músculo buccinador y sobre el posterior, el constrictor superior de la faringe. Individualizada la línea oblicua externa, se busca con el dedo su punto más profundo, que está situado un centímetro por encima de la cara trituyente de los molares inferiores. En este punto el dedo se detiene. El pulpejo está apoyado sobre la línea oblicua externa y el borde de la uña sobre la interna. Seldin aconseja la siguiente maniobra: desde el lugar donde se ha detenido el índice de la mano izquierda, rotar el dedo hasta que el borde radial se ponga en contacto con el ángulo buccooclusal de los molares; la cara dorsal del dedo se dirige hacia la línea media.

Instrumental.—Para realizar esta inyección se necesita una jeringa de vidrio Luer de 3 c.c. de capacidad, y una aguja de 4 o 5 centímetros y de un diámetro 6. Se efectúa la inyección con la jeringa Carpule, colocándole una aguja de las dimensiones señaladas.

Posición del operador: Inyección en el lado derecho.—Para realizar la inyección en el lado derecho, el operador debe colocarse a la derecha y delante del paciente; los dedos de la mano izquierda sirven de guía, y para la búsqueda de la línea de referencia; la mano derecha esgrime la jeringa.

Inyección en el lado izquierdo. La posición varía según que el operador realice la inyección con la mano derecha o con la izquierda.

Los que así actúan deben colocarse delante y un poco más cerca de la línea media del paciente, que en el caso de la inyección en el lado derecho.

Nosotros preferimos usar siempre la derecha como mano activa, portadora de la jeringa. La palpación de las líneas de referencia la hacemos con la mano izquierda, rodeando, naturalmente, la cabeza del paciente. Por lo tanto, nos colocaremos a la derecha y muy próximos al paciente.

Búsqueda de los reparos anatómicos.—Se toma la jeringa cargada con 3 c.c. de la solución anestésica estudiada, y se lleva a la boca del paciente, hasta que la punta de la aguja, con su bisel dirigido hacia afuera, coincida con el punto medio de la uña del operador. La jeringa, paralela a la arcada dentaria. A este nivel debe realizarse la punción. Se perfora la mucosa, el músculo buccinador, se entra en el tejido celular laxo entre la cara de la rama ascendente y la cara anteroexterna del pterigoideo interno. Se avanza, descargando pequeñas cantidades de solución anestésica, un centímetro y medio. Con esto se logra la anestesia de nervio lingual, que está por delante y adentro del dentario. En esta posición, sin abandonar la ubicación del dedo izquierdo, se dirige la jeringa hacia el lado opuesto, llegando hasta la altura de los premolares. Esta maniobra tiene por objeto llegar hasta la tabla interna de la rama ascendente, cuya dirección, como hemos visto, es de atrás a adelante y de afuera a adentro.

Se profundiza la aguja medio centímetro. Ya estamos en presencia del punto elegido para la inyección. La aguja puede tocar el hueso; no es menester que lo haga.

Desde luego el reparo óseo es signo de seguridad de que estamos por buen camino. Debemos evitar lesionar el periostio.

Para cerciorarnos de no haber caído con la punta de la aguja dentro de un vaso sanguíneo (arteria o vena dentaria inferior), retiramos ligeramente el émbolo de la jeringa. La inyección endoarterial o endovenosa se descubre, porque la sangre penetra rápidamente en la jeringa. (En treinta y cinco años de práctica no nos ha ocurrido nunca este accidente). Se inyectan muy lentamente 2 c.c. de la solución de novocaína al 2%. (Empleamos también soluciones al 4%; obtenemos una anestesia larga y de gran efecto).

Vía directa.—Se puede llegar al orificio del conducto dentario siguiendo una línea recta y realizando una sola maniobra. Para este fin se parte desde la comisura bucal puesta a la del nervio a anestesiar, se atraviesa mucosa, músculo buccinador y se entra al espacio ptérigomaxilar en procura del orificio dentario, donde debe depositarse el líquido anestésico. Esta técnica es más simple que la anteriormente descrita, pero se necesita tener un perfecto recuerdo de los límites anatómicos para no perder el camino.

Se inicia la inyección con las maniobras ya señaladas para la técnica anterior; es decir, se buscan con el dedo índice de la mano izquierda los puntos de reparto, que en éste, como en aquel método, son los mismos: la línea oblicua externa, la interna, el triángulo rotromolar y la bandeleta fibrosa (aponeurosis buccinatófaríngeo).

Debemos trazar una línea imaginaria que una el orificio superior del conducto dentario con el primer premolar del lado opuesto. Esta línea imaginaria toca la mucosa bucal medio centímetro por detrás del borde ungueal del índice izquierdo, cuyo pulpejo descansa sobre el triángulo rotromolar, y a un centímetro y medio sobre la cara trituyente de los molares inferiores. Esta línea coincide con la depresión ptérigotemporal, accidente anatómico que está dado por el borde anteroexterno del ligamento pterigomaxilar.

La jeringa se introduce entre los dos premolares del lado opuesto, llega a la depresión pterigotemporal (medio centímetro por detrás del borde de la uña del índice izquierdo), perfora la mucosa, atraviesa el buccinador y se introduce medio centímetro. En este momento se inyecta $\frac{1}{2}$ c.c. para anestesiar el nervio lingual. La aguja sigue avanzando dos centímetros en la dirección que acabamos de señalar; se está en presencia del orificio superior del conducto dentario, a cuyo nivel se inyectan lentamente 2 a 3 c.c. de la solución anestésica.

Puede hacerse la punción en contacto con la uña; en este caso, al avanzar la aguja tocará la línea oblicua interna. Para ubicarla en la línea premolares-orificio dentario, el índice izquierdo empujará la mucosa y tejidos subyacentes, con lo cual se logra desplazar la aguja hacia atrás, salvando el obstáculo óseo mencionado.

Anestesia troncular en maxilares desdentados seniles e infantiles. El punto de reparo para efectuar la punción en las anestésicas tronculares estudiadas estaba dando por las relaciones con las líneas óseas del maxilar y la altura de un centímetro y medio que, sobre la cara trituyente de los molares inferiores debía considerarse. Estando ausentes los molares, lo único que varía en la técnica es la distancia de un centímetro y medio; los demás puntos de referencia quedan constantes.

La altura a que se encuentra el orificio del conducto dentario, en un maxilar sin dientes, es aproximadamente dos centímetros y medio, sobre el borde alveolar; esta distancia puede ser calculada practicando la punción a ese nivel, siguiendo los pasos de la técnica que han sido estudiados para los maxilares con dientes.

Para reemplazar la altura de las coronas de los molares ausentes y la del hueso que ha sufrido la resorción fisiológica correspondiente, Durante Avellanal indica colocar la punción a nivel de la uña del dedo índice.

El ángulo que forma la rama ascendente con la horizontal, en el maxilar senil, tiende a hacerse obtuso. Hay que recordar esta disposición para calcular la posición, en esos maxilares, del orificio del conducto dentario.

Esta misma angulación se encuentra en los maxilares infantiles. Como en éstos también varía el ancho de la rama ascendente y el nivel del orificio es más bajo, el sitio de la punción está a un centímetro sobre la cara triturante de los molares y la distancia que debe recorrer la aguja reducida a un centímetro y medio.

ANESTESIA DEL NERVI0 BUCAL

El nervio bucal, rama del maxilar inferior, del cual se separa luego que éste atraviesa el agujero oval, para entre las dos porciones del pterigoideo externo y dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera, entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar, corre por dentro del temporal, hasta el músculo buccinador, al cual atraviesa, dando inervación a la encía del lado bucal, del maxilar inferior. Sloman, E. G., (Anatomy and Anesthesia of the Buccinator, (long bucal) nerve, "J. Am. Dent. A.", 26:428, 1939), hace un estudio anatómico detallado del nervio, basado en 120 disecciones, que difiere un poco de los estudios anatómicos clásicos.

La anestesia del bucal es también de cierre de circuito. Excepcionalmente debe ser usada como anestesia principal. Su objeto es bloquear la sensibilidad de la cara externa del maxilar inferior, desde el tercer molar al primer premolar, que depende del bucal. Smith nunca la aconseja al comienzo de la operación, sino cuando la anestesia troncular del dentario inferior no es suficiente (Finochietto, E. y R.). Seldin sostiene que siempre debe realizarse esta anestesia como una medida para no perder tiempo. Por nuestra parte, (Ries Centeno, G. A.: Anestesia, "Rev. Odont.", 38: 1950), sólo en contadas ocasiones se nos presenta la oportunidad de anestesiar el nervio bucal; la troncular del dentario inferior obtenemos la anestesia de la porción bucal sea porque con la anestesia del dentario se consigue la anestesia del bucal o porque la primera es suficiente para insensibilizar todo el territorio del maxilar inferior y sus partes blandas. Por otra parte, consideramos más favorable evitar la inyección en la cara bucal, sobre todo en exodoncia del tercer molar inferior; la novocaína y la adrenalina, tóxicos pretoplasmáticos, juegan un papel indudable en la producción de las alveolitis a nivel de ese diente. En su oportunidad se insistirá sobre este punto. Cuando necesitemos la anestesia del bucal, la haremos lejos del sitio a oponer, según se verá luego.

Seldin señala dos métodos para la anestesia del nervio bucal:

a).—Cuando no hay, ningún proceso inflamatorio a nivel del molar a extraer, realiza una infiltración mucosa, en el fondo del surco vestibular, frente a la raíz distal, con 0.5 c.c. de solución anestésica.

b).—En presencia de un proceso inflamatorio, se realiza la punción sobre el carrillo, un centímetro por detrás y debajo del conducto de Stenon, y se desliza la aguja en busca del borde anterior del maxilar; se inyecta un centímetro cúbico de novocaina-adrenalina. Sloman, en el artículo citado, preconiza dos técnicas:

Técnica No. 1. La punción se realiza en el centro del triángulo retromolar, un centímetro por encima del plano oclusal de los molares inferiores; la aguja se dirige hacia atrás, y ligeramente hacia afuera, atravesando la mucosa, el músculo buccinador, la vaina y las fibras de la porción inferior del temporal, hasta tocar el hueso; en este momento se realiza la inyección.

Técnica No. 2. En presencia de procesos inflamatorios, la inyección se efectúa en cualquier punto, a lo largo del curso del nervio dentro del temporal, por ejemplo, 2.5 centímetros sobre el plano oclusal. (Para mayores informaciones, ver el artículo citado).

Otton Silva, (1932), se vale de una sola punción y anestesia a la vez los nervios dentario, bucal, maseterino y lingual.

Es una técnica recomendada por Finochietto, E. y R.. Se punza la mucosa a nivel de la línea oblicua externa, a un centímetro cúbico, anestesiando de esta forma el nervio bucal. Va en busca de la línea oblicua interna, inyectando la misma cantidad de anestesia; con una maniobra bloquea el maseterino. La técnica continúa con los pasos clásicos para la anestesia del lingual y del dentario inferior.

Por nuestra parte, como ya hemos dicho, sólo excepcionalmente necesitamos la anestesia complementario del nervio bucal, (5% de las anestésicas tronculares). En estos casos, con o sin proceso inflamatorio en los molares inferiores, preferimos encontrar el bucal por arriba del plano oclusal, en la línea oblicua externa o en el carrillo, por detrás y abajo del conducto de Stenon. Como ya dijimos y volvemos a repetir, estamos convencidos que la inyección de las sustancias anestésicas sobre la cara externa del maxilar inferior, a nivel de los últimos molares y sobre todo a nivel del tercero, es la culpable de los trastornos y dolores postoperatorios en la exodoncia de este último molar.

ANESTESIA DEL NERVIO LINGUAL

El lingual inerva la lengua, suelo de boca y cara interna y encía del maxilar inferior. Por lo general, se anestesia junto con el dentario con las técnicas corrientes. Excepcionalmente requiere una anestesia especial, o porque no se ha anestesiado el nervio lingual junto con el dentario, o porque la operación no justifica la anestesia del ramo dentario: intervenciones en el suelo de la boca, cálculos en el conducto de Wharton.

La técnica de la inyección del lingual no puede ser más simple. Recordando que se separa del dentario en el espacio entre la rama ascendente y el pterigoideo interno y que transcurre a lo largo de la cara interna del hueso, por debajo de la mucosa bucal, dando inervación a la mucosa lingual en sus dos tercios anteriores, la glándula sublingual y la encía del lado lingual, podrá abordárselo por debajo de la mucosa, un poco más atrás del sitio a operar. Indudablemente la vía más simple es inyectar por dentro de la línea oblicua interna. La inyección a nivel de la encía del lado interno

es peligrosa, porque se sigue con frecuencia de complicaciones infecciosas del suelo de la boca.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS INCISIVOS INFERIORES

(A NIVEL DEL AGUJERO MENTONIANO)

Reseña anatómica.—El nervio dentario inferior al llegar al nivel del agujero mentoniano se divide en dos porciones: la extraósea, que emerge en forma de penacho por ese orificio, y la intraósea, que constituye los nervios incisivos. La anestesia de los nervios incisivos puede hacerse a nivel del agujero mentoniano; se obtiene también sobre agregada la anestesia del ramillete mentoniano. La anestesia específica de este ramillete sólo se emplea en operaciones sobre el labio. En tal caso el cirujano elige de preferencia la vía extraoral.

Técnica de la anestesia de los nervios incisivos inferiores. En operaciones o exodoncia de la región de los incisivos inferiores puede recurrirse a este tipo de anestesia, que no siempre es absolutamente eficaz por sí sola, pues la solución a inyectarse debe llegar por la vía del agujero mentoniano, hasta el tronco del nervio.

Para efectuar intervenciones en esta región habrá que recurrir, naturalmente, a la inyección a nivel de ambos agujeros mentonianos.

La anestesia puede realizarse:

Por vía bucal: Ya conocemos la ubicación entre los dos premolares del agujero mentoniano y recordamos que el conducto que sigue, se dirige de adentro a afuera, de adelante a atrás y de abajo a arriba; para abordarlo será menester dirigir la aguja (jeringa de vidrio o tipo Carpule) en sentido contrario a la dirección del conducto. El operador debe ubicarse a la derecha y detrás del paciente, para el lado derecho; a la izquierda y detrás, para el lado izquierdo. Se separa el labio con los dedos de la mano izquierda y se dirige la jeringa de atrás a adelante y de arriba a abajo, hacia el hueso, en procura del orificio, centímetros por debajo del borde gingival.

Encontrado, se penetra en el conducto y se depositan 2 c.c. de solución anestésica. Un masaje sobre la región permitirá que el líquido penetre en el conducto, si la aguja no lo ha hecho. La insensibilidad del labio no es, de ninguna manera, un síntoma de que se hayan anestesiado los nervios incisivos.

d) ACTO OPERATORIO

1) Extracción de Organos Dentarios.

Después de haber completado la historia clínica, radiografías y exploración, se discute con el paciente el método exodóntico y el operador toma nota sobre la planeación si ésta está indicada.

ANESTESIA.—Se administra el anestésico local. Se apaga la lámpara para operación se permite que el paciente lea o se entable una conversación con él un mínimo de 3 a 10 min., según el diente o dientes que vayan a extraerse.

POSICION DE LA MANO IZQUIERDA.—Los dedos de la mano izquierda sirven esencialmente para retraer los tejidos blandos y proporcionar al operador los estímu

los sensitivos necesarios para detectar la expansión de la placa alveolar y el movimiento radicular bajo la placa. Por estas razones se coloca siempre un dedo sobre la placa alveolar bucal o labial que queda sobre el diente, y otro dedo retrae el labio o la lengua. Un tercer dedo que puede ser el pulgar, guía las pinzas a su lugar sobre el diente y protege los dientes del maxilar opuesto contra contacto accidental con la parte posterior de las pinzas en caso de que el diente se desprenda súbitamente. En extracciones inferiores deben proporcionarse fuerzas de torsión igual y opuesta con la mano izquierda para contrarrestar las fuerzas aplicadas al maxilar inferior por las pinzas de extracción en la mano derecha, de manera que no provoque dolor ni lesiones en la articulación temporomaxilar.

EXTRACCION CON PINZAS.—Se usa una cureta Molt No. 2 para comprobar la anestesia. Entonces se hace girar alrededor del manguito gingival libre para cortar la adherencia gingival de cada diente que va a extraerse en ese cuadrante. No deberá emplearse fuerza alguna puesto que, esto alarmaría al paciente.

Se toman las pinzas de la mesa que está detrás del paciente, oculta a su vista cuando sea posible, y se guían en la boca con la ayuda de un dedo que también podría ser el pulgar de la mano izquierda.

El pico palatino o lingual se coloca primero, seguido por el pico bucal o labial. El eje longitudinal de la pinza debe colocarse paralelo al eje longitudinal del diente. El fracaso en lograr esto es la causa más común en fracturas dentales. (El uso de pinzas anatómicas equivocadas, como serían pinzas molares en un premolar, es otra causa común de fractura). Se aplica presión hacia la punta del diente para acentuar las pinzas en la unión entre cemento y esmalte. Se aplica suficiente presión sobre los mangos para sostener las pinzas en el diente sin que se deslicen, pero una fuerza poco común puede hacer añicos un diente débil. Las pinzas deben sostenerse cerca de los extremos de los mangos para obtener ventaja mecánica. No se obtendrá mayor delicadeza de toque sosteniendo las pinzas a la mitad de los mangos. Cada diente requiere una serie aparte de movimientos para extraerlos.

PROCEDIMIENTO DESPUES DE LA EXTRACCION.—Después de la extracción, todas las espículas óseas y porciones del diente o de restauración o cálculos libres se retiran del alvéolo así como de canales bucales y linguales y de la lengua. Existiendo tejido patológico en la región apical, se quita cuidadosamente con una pequeña cureta. Se elimina o fractura el tejido de granulación, pero no se raspa el hueso. El alvéolo debe comprimirse con los dedos para volver a establecer la altura normal que había antes de que la placa fuese expandida quirúrgicamente. En caso de extracciones múltiples, los alvéolos pueden comprimirse en exceso hasta un tercio, lo que elimina la necesidad de alveoplastia en muchos casos dudosos. Las suturas generalmente no son necesarias al menos que hayan incidido las papilas. Cuando se prevée infección postoperatoria pueden colocarse conos de sulfanamidas en los alvéolos de molares, premolares y caninos inferiores.

ORDEN DE EXTRACCION.—El orden de extracción es importante. Como la anestesia surte efecto más pronto en maxilar superior, se extraen los dientes superiores con excepción de los dientes impactados.

Así mismo los desechos como fragmentos de esmalte o amalgama no pueden per-

derse en alvéolos inferiores abiertos. Los dientes más posteriores se extraen primero para lograr mejor visibilidad, puesto que la sangre por hemorragia se acumula en la región posterior. En la boca que contengan dientes difíciles de extraer, los primeros molares y caninos se extraen después de haber extraído sus dientes adyacentes a manera de poder hacer palanca mejor en el diente y para sacar ventaja de la expansión de placa anterior, resultante de las extracciones adyacentes. Estos dos dientes se engastan en los denominados pilares óseos de la cara. En concordancia, tercer molar, segundo molar, segundo premolar, primer molar, primer premolar, incisivo lateral y canino se extraerían en ese orden en casos difíciles.

Si se fractura un diente o una raíz, el mejor procedimiento es detenerse y recurrir a la raíz antes de proseguir con la siguiente extracción.

En consecuencia, el alvéolo adyacente no produce hemorragia que oscurezca el campo y no se pierda la localización de la raíz. Si existe una buena posibilidad de que los dientes adyacentes puedan fracturarse, o si será necesaria una alveoloplastia, el operador puede continuar con las extracciones, tomando nota de la localización de la raíz, y después diseñar el colgajo quirúrgico que acomode el problema o a los problemas que requieran especial atención.

2) REGULARIZACION DE PROCESOS

Anestesia.—Este tratamiento puede realizarse bajo anestesia local, regional o general.

La zona edematizada, desde luego está aumentada de volumen por lo tanto, la prótesis no se adapta cómodamente sobre esos sitios; por otra parte, la presión que la prótesis ejerce sobre un territorio edematizado, resulta doloroso, una vez que ha desaparecido la anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenir, con fines hemostáticos y así mismo para que no resulte dolorosa, la primera sensación de la prótesis colocada.

Incisión.—Se trazan dos incisiones desde el curso vestibular hasta la lengüeta distal de canino. Se seccionan las lengüetas interdientarias y se desprenden el tejido gingival del cuello de los dientes. Por el lado palatino se realizan el desprendimiento de la fibra mucosa y se traza una incisión pequeña, en distal de cada canino, para preparar así un colgajo mínimo, con el objeto de no traumatizar la fibra mucosa ni ocasionar extensiones innecesarias.

Levantamiento de colgajo.—Con la espátula o periostótomo, se separa el colgajo bucal hasta la altura del tercio apical de los dientes. Por el lado palatino se desprende la fibra mucosa en la extensión anteriormente señalada.

Exodoncia.—Se practican las extracciones dentarias según la técnica que se pueda, la fractura de la tabla externa para lo cual se sugiere realizar movimientos suaves pero firmes.

Ostectomía.—En los casos normales, es decir, en aquellos que no presentan protrusión y no necesitan por lo tanto, alveolectomía correctora, la ostectomía se reducirá a la necesaria por la exodoncia y la eliminación de las crestas interdientarias. Este es el criterio de la hora actual; no estamos en condiciones de precisar con exactitud.

tud los límites exactos en la ostectomía, en los cuales se detenga la resorción ósea postoperatoria o postprotética.

Una ostectomía excesiva, además de inútil, sólo acarrea la formación hipertrófica de tejido blando debajo de la prótesis.

La ostectomía se realiza con pinzas gubias, que resacan los bordes filosos y las crestas prominentes con la ayuda de limas para hueso (escofinas), que actúan según ya se ha señalado en otras oportunidades.

Con el dedo se investigan crestas y bordes, donde la sensación táctil denuncia irregularidades, así se debe insistir. Es de suma utilidad descender el colgajo y palpar através de él, para ilustrarnos de la regularidad del borde.

La porción palatina de los alvéolos, excepcionalmente necesita ser resacada; sólo será menester regularizar el borde filoso de los alvéolos.

3) ELIMINACION DEL TORUS

El torus mandibular es una exóstosis que por lo general se presenta en forma bilateral sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar. Estos torus se hallan en el 5% al 10% de la población adulta, igualmente distribuidos en los dos sexos. Se localizan en la región del canino-premolares pero también se halla como nódulos óseos múltiples desde la zona de los incisivos hasta la zona de los molares. La etiología de los torus mandibulares es desconocida, pero se cree que son una reacción funcional a fuerzas masticatorias. Se hallan compuestos por hueso cortical denso con cantidades mínimas del núcleo medular. El mucoperióstico que los cubre es muy delgado, lo es en toda la superficie media de la mandíbula. No es rara la laceración o las úlceras traumáticas sobre la mucosa.

Los torus mandibulares se eliminan 1) Cuando se agrandan tanto que generan dificultades en la dicción o dificultades en la alimentación, 2) Cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de la traumatización y no cicatriza, 3) Para facilitar la confección de prótesis removibles completas o parciales. La remoción de los torus mandibulares no es difícil. Se realiza fácilmente en el consultorio dental, con anestesia local, muchas veces al mismo tiempo que la extracción de los dientes posteriores.

TECNICA: La zona de anestesia mediante el bloqueo del nervio alveolar inferior y lingual y la infiltración vestibular con solución anestésica local.

Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de molares hasta la región de incisivos. Si se van a tratar los dos lados en la misma sesión, no se separa la encía de la región incisiva central para poder volver a colocar el colgajo lingual con precisión y reducir la formación de un hematoma postoperatorio. Puesto que la mucosa que cubre el torus es muy delgada y se rompe con facilidad, hay que tener cuidado al rechazar el colgajo, especialmente si hay torus redondos múltiples. El colgajo se debe proteger con un separador ancho sostenido por el ayudante durante la reducción de hueso subsecuente.

La mayoría de los torus mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco un golpe seco de martillo sobre un cincel afilado.

En caso de que haya torus grande y fusiforme, es útil emplear una fresa dental para establecer un plano de desprendimiento antes de usar el martillo y el cincel. Así mismo, es de utilidad que el ayudante quirúrgico sostenga la mandíbula cuando se haga uso del martillo. Una vez reducido el volumen del torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñón mediante limas para hueso y fresas.

CUIDADO POSTOPERATORIO.—Aunque raras veces es necesaria, la matriz resulta útil para sostener el mucoperiostio en contacto con la superficie lingual de la mandíbula, reduciendo así la hinchazón y la posibilidad de la formación de un hematoma. Así mismo es útil derretir trozos de hielo en la boca el día de la cirugía. Los antibióticos aminoran la infección, y algunos cirujanos recetan enzimas para evitar el edema sublingual.

COMPLICACIONES.—Las complicaciones de la remoción de los torus mandibulares, aunque raras, tienen su origen en el desgarramiento de los colgajos de tejido blando o por la laceración del piso de la boca con cinceles, fresas u otros instrumentos. Las laceraciones profundas producen hemorragias intensas que requieren la ligadura de los vasos grandes. La hemorragia masiva en el piso de la boca produce edema de la lengua y de las zonas adyacentes que obstruyen las vías aéreas. La laceración de los conductos salivales submandibulares puede demandar su reparación. El empleo apropiado de los instrumentos obvia estas complicaciones.

4) SUTURAS

La maniobra consiste en la fijación del colgajo gingival, por medio de puntos de sutura, que se realizan con seda fina, catgut, para que no resulte traumatizante. Por lo general, 5 o 6 puntos, son suficientes, dependiendo de la extensión de la apertura. Los colgajos no deben tener tirantes, no deben de ser modificadas las inserciones musculares, ni el contorno para la adaptación de la prótesis. Este último detalle es muy importante; en el afán de terminar rigurosamente el caso, siguiendo las normas quirúrgicas que puedan darse en exodoncia, podemos estar tentados a unir con sutura los bordes bucal y palatino de los colgajos, lo cual no siempre puede ser favorable, puesto que se modifica con esta maniobra, la altura del vestíbulo y la zona de adaptación.

Es útil seccionar, con tijeras o bisturí las lengüetas interdentarias en los colgajos vestibular y palatino. La readaptación de estos colgajos se hace más eficazmente, procediendo de esa manera; luego la sutura adaptará los tejidos en su sitio y función. La nutrición y fisiología de ambos colgajos, se logra en poco tiempo, por la formación de vasos sanguíneos y proliferación de anastomosis de los ya existentes.

Las suturas han de ser extraídas 4 o 5 días después de la intervención, para permitir la correcta cicatrización de los tejidos.

5) INDICACIONES POSTOPERATORIAS

La asistencia postoperatoria de los pacientes en cirugía bucal es muy importante. A diferencia de heridas de piel, las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más aún mantener la herida limpia.

Además de la atención de la herida, el dentista debe considerar al paciente en su totalidad como son bienestar, nutrición, descanso y actividades.

APOSITOS DE GASA.—Al terminar la operación, deben colocarse apósitos de gasa húmedos para ocluir el alvéolo abierto y ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido respetadas.

Esto evita la acumulación de sangre bajo el colgajo y limita la sangre al alvéolo mientras se efectúa el proceso de coagulación. Un hematoma bajo un colgajo retarda la curación y proporciona un sitio favorable al proceso infeccioso; puede licuarse y descargarse, resolverse u organizarse y posiblemente calcificarse, produciendo y ocasionando una protuberancia molesta.

COMPRESAS CALIENTES Y FRIAS.—Debe aconsejarse al paciente que coloque hielo envuelto en tela o compresas frías sobre la cara durante las ocho horas siguientes a la operación. El hielo debe aplicarse durante 20 minutos y quitárselo durante otros 10 minutos en forma alternada. El frío es para reducir al mínimo la inflamación; el calor se supone que aumenta la circulación.

No existen pruebas que corroboren ninguno de estos argumentos, pero son procedimientos consagrados por el tiempo y aparentemente no causan daño.

HIGIENE BUCAL.—El paciente no debe de escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras 12 horas después de la operación, al día siguiente puede el paciente enjuagarse la boca, empleando cualquier tipo de enjuague que él mismo escoja, o la cuarta parte de una cuchará para the de sal en aproximadamente 180 ml en agua caliente. El enjuagarse no debe ser vigoroso.

DIETA.—El paciente debe recibir instrucciones explícitas acerca de mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos. Alimentos para bebé, jelinatinas, flanes, natillas, polvos para preparar bebidas que contengan suplementos alimenticios, preparaciones para dieta líquida, porvos que se mezclen con leche y sopas son elementos que pueden sugerirse al paciente.

SUEÑO.—El paciente debe dormir sobre dos almohadas cubiertas con una toalla o alguna otra cosa de altura equivalente que le mantenga la cabeza elevada en un ángulo de aproximadamente de 30 grados. Con la cabeza elevada pueden deglutir las secreciones. Esto ayuda a reducir la pérdida de líquidos, ya que es posible perder hasta 500 ml. de líquido por escurrimiento durante la noche.

MEDICACION POSTOPERATORIA.—Todo paciente debe recibir una receta para analgésico o narcótico. El dolor no es del todo previsible e incluso procedimientos simples y rápidos pueden ser extremadamente dolorosos.

El paciente puede emplear primero su compuesto de aspirina acostumbrado, pero puede tener necesidad también de un medicamento más fuerte y apreciará tenerlo al alcance. El dolor que persiste más allá de 48 horas, hace necesario un medicamento más fuerte. Los antibióticos pueden recetarse como medicación sistemática en el período postoperatorio de algunos procedimientos quirúrgicos bucales y en pacientes en los cuales se aconseja la profilaxis. Por supuesto, si hay infección presente su uso puede ser necesario.

CAPITULO III

COLOCACION DE LA PROTESIS INMEDIATA TOTAL

A) INDICACIONES:

a) Desde el punto de vista anatómico. 1.—Impide la pérdida inmediata de altura, al reemplazar el tope oclusal, preservando o restituyendo la altura morfológica. 2.—Evita violencias a las articulaciones temporomandibulares. 3.—Impide el ensanchamiento lingual. 4.—Impide el hundimiento de las mejillas.

b). Desde el punto de vista psíquico, son los siguientes: 1.—El paciente no necesita estar desdentado durante el período de cicatrización, situación especialmente desagradable para las personas de negocios cuya profesión les obliga el trato con el público. 2.—El aspecto se afecta menos porque hay menos cambios en los músculos y en las diferentes estructuras, la dimensión vertical no varía. 3.—Permite mantener el equilibrio espiritual y facilita la continuidad de la vida de la relación al evitar la influencia del qué dirán. 4.—Facilita la decisión de sacrificar los dientes naturales cuando es preciso.

c). Desde el punto de vista funcional. 1.—Permite a la musculatura afectada a seguir funcionando en sus posiciones normales. 2.—Hay menor reabsorción de hueso alveolar bajo la prótesis que si se lo deja al descubierto. 3.—Facilita la masticación rápidamente, evitando o reduciendo los reajustes dietéticos y digestivos. 4.—La prótesis inmediata actúa como apósito para controlar la hemorragia.

d). Desde el punto de vista quirúrgico. 1.—Frena la atrofia ósea, manteniendo mayor proporción de reborde residual. 2.—El hueso es contorneado por la prótesis. 3.—Actúa como vendaje protector de las heridas durante los primeros días. 4.—Hay generalmente menos dolor, porque la dentadura protege las heridas y ayuda a la cicatrización.

B) CONTRAINDICACIONES:

Se encuentran de la siguiente manera:

- 1) Cuando la intervención quirúrgica implica un riesgo.
- 2) Cuando el paciente no se haya preparado para valorar las implicaciones de ese tipo de atención o hacer frente a gastos y tiempo adicionales que involucran.
- 3) La posibilidad de que el paciente experimente más molestias después de la colocación de la prótesis.
- 4) La prótesis inmediata requiere de mayor servicio de mantenimiento que las prótesis completas comunes. En pocos meses se requiere de un forrado o rebase de la prótesis y ocasionalmente, la construcción de una prótesis nueva.
- 5) Se establecerá y explicará de antemano a la posibilidad de un nuevo gasto y

la dedicación de un tiempo complementario para evitar toda posibilidad de mal entendidos.

6) La contraindicación más importante es en la que el paciente ha sido sometido a terapia de irradiación, y en una persona así incluso el tratamiento de dentadura convencional está contraindicado.

C) ADAPTACION DEL PACIENTE EN RELACION A SU PROTESIS

La dentadura inmediata se coloca cuando se ha terminado la intervención quirúrgica. El paciente no se debe de quitar la dentadura hasta el día siguiente, cuando sea examinado por el dentista.

A continuación de esta visita, el paciente se la puede quitar cuando quiera. La entrega de la dentadura inmediata resulta penosa para muchos pacientes el ser desdentado a menudo está asociado con la edad avanzada, y la pérdida de los dientes, tan irrevocable, es un recuerdo desagradable para la mayoría de las personas que se están haciendo viejas. Desde luego, el proceso del tratamiento condiciona al paciente de alguna manera a darse cuenta de que está desdentado, pero, cuando realmente llega el momento de entregar la dentadura, aún está emocionalmente disgustado.

Por diversas razones, es conveniente no señalar al paciente los resultados inmediatamente después de colocar la dentadura: 1) El labio superior suele estar torcido por efecto de la anestesia y crea una impresión estética desfavorable.

2) Normalmente hay un poco de sangre en la dentadura, lo cual empeora su aspecto.

3) El movimiento normal del labio y la mandíbula, son torcidos.

No importa lo mucho que se les previene a los pacientes contra los efectos desastrosos de estos factores, una mirada al espejo en el momento de la entrega les llama la atención desfavorablemente. Desde luego, se mirarán al espejo tan pronto como puedan, pero eso puede suceder al cabo de unos 30 minutos o más tarde, y este intervalo de tiempo puede ser bueno. A los pacientes se les tiene que insistir, una y otra vez, que no deben de juzgar el resultado en lo que se refiere al aspecto o función de la dentadura hasta la siguiente visita. Se les debe explicar los efectos de la anestesia en el contorno del labio y el movimiento y advertirles que presentarán mal aspecto durante 24 horas.

El paciente de dentadura inmediata debe ser llamado cada tres meses después que las dentaduras estén bien colocadas, para decidir cuándo tienen que ser rebasadas. (Algunos pacientes pierden el hueso alveolar rápidamente, y sus dentaduras necesitan rebase a los pocos meses. La mayoría entre los 10 y 14 meses).

El tratamiento de dentadura inmediata compensa al dentista desde el principio porque la probabilidad de duplicar el tamaño, forma y color de los dientes es grande y frustrador, porque la probabilidad de duplicar la colocación de los dientes y la relación de los dientes maxilares con los mandibulares en ocasiones es pequeña. De todos modos, este método para tratar al paciente que se volverá desdentado es preferible a aquel que obliga a estar varios meses sin dientes.

Poco, si es algo, se ganan con este último tratamiento, y mucho se benefician los pacientes con el tratamiento de dentadura inmediata.

CASUÍSTICA

CASO No. 1

Nombre: Francisco Pizarro V.

Edad: 57 años

Ocupación: Empleado bancario

Motivo de consulta: El paciente presenta dolor en dientes superiores, acompañado de mal sabor de boca.

Sintomatología: Dolor intenso a la masticación, mal sabor de boca, sangrado profuso cuando realiza el cepillado oral.

Cuadro Clínico: Presenta movilidad en todas las piezas con marcada resorción ósea y alitosis.

Antecedentes Personales y Familiares: El paciente presenta diabetes incipiente, enfermedades propias de la edad. Su madre presenta diabetes e hipertensión, el padre fallecido por síntomas de diabetes.

Diagnóstico: Periodontitis generalizada, acompañada de resorción aguda y movilidad dentaria marcada.

Pronóstico Desfavorable.

Tratamiento: Por su ocupación se le indicó el tratamiento de extracciones múltiples y la colocación de la dentadura inmediata.



Foto. No. 1-1 Vista del Torus Lingual

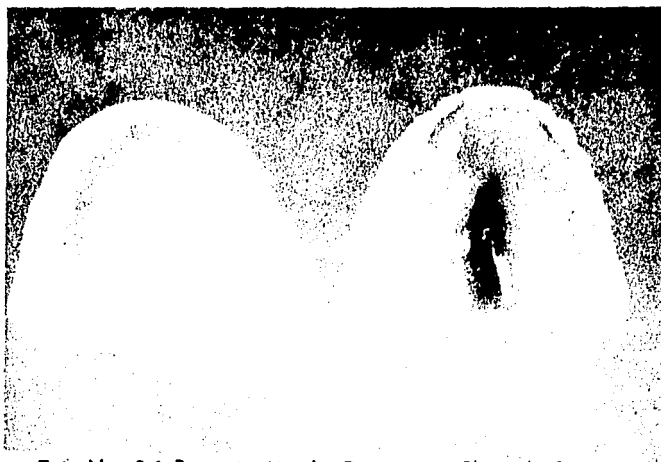


Foto No. 2-1 Presentación de Dentaura y Placa de Sears



Foto No. 3-1 Abulsión del Organo Dentario



Foto No. 4-1 Eliminación de la Encía Interdentaria



Foto No. 5-1 Utilización de la Placa de Sears



Foto No. 6-1 Momento de Sutura



Foto No. 7-1 Colocación de la Prótesis Inmediata



Foto No. 8-1 Vista de la Prótesis Inmediata Total

C A S O No. 2

Nombre: Frank T. Thomas

Edad: 64 años

Ocupación: Jardinero

Sexo: Masculino

Motivo de Consulta: El paciente se presentó con dolor en los dientes inferiores, presenta movilidad dentaria marcada y resorción ósea.

Sintomatología: Dolor agudo al realizar el acto masticatorio.

Cuadro Clínico: Presenta movilidad, dolor a la percusión, alitosis, en el maxilar inferior encontramos torus bilateral.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: Presenta hipertensión, en su niñez tubo las enfermedades propias de la misma, familiares no recuerda ninguno.

Diagnóstico: Periodontitis generalizada con marcada movilidad dentaria.

Pronóstico: Desfavorable.

Tratamiento: Extracciones múltiples, extirpación del torus, a solicitud del paciente se le coloca la prótesis inmediata.



Foto No. 1-2. Presentación de Modelo



Foto No. 2-2 Placa Transparente de Sears



Foto No. 3-2 Presentación de la Prótesis Total Inmediata



Foto No. 4-2 Apreciación del Torus Mandibular



Foto No. 5-2 Acto Quirúrgico



Foto No. 6-2 Utilizacin de la Placa de Sears



Foto No. 7-2 Procediendo a Suturar



Foto No. 8-2 Colocación de la Prótesis Inmediata

CONCLUSION

Durante la presente tesis se expresa el manejo y tratamiento de pacientes que van a realizar un paso definitivo por el cual el dentista debe brindar en todo momento el apoyo y atención al paciente, así como poner en práctica las técnicas más refinadas tanto durante el proceso quirúrgico, así como de rehabilitación, al colocar en el paciente una prótesis inmediata total, ésta deberá brindar el máximo de los beneficios en bien de la salud del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- I.—Aprile Humberto
Anatomía Odontológica Orocervifacial. Quinta Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
31 de Julio de 1975.
- II.—Boucher Carl O.
Prótesis para Desdentado Total. 1a. Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi.
25 de Marzo de 1977.
- III.—Costich Emmett R.
Cirugía Bucal. 1a. Edición.
México, D. F. Editorial Interamericana.
4 de Julio de 1978.
- IV.—Diamond Moses.
Anatomía Dental. Segunda Edición.
México, D. F. Editorial Hispano-Americana.
8 de Julio de 1982.
- V.—Figún Mario Eduardo.
Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 1a. Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
1 978
- VI.—Gardener Weston D.
Anatomía Humana. 1a. Edición.
México, D. F. Editorial Interamericana.
1971
- VII.—Hollinshead W. Henry.
Anatomía para Cirujanos Dentistas. 1a. Edición.
México, D. F. Editorial Harla.
30 de Noviembre de 1982.
- VIII.—Kruger Gustav O.
Cirugía Buco-Maxilofacial. Quinta Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana.
Agosto de 1982.
- IX.—Lockard R. D.
Anatomía Humana. 1a. Edición.
México, D. F. Editorial Interamericana.
15 de Marzo 1973.

- X.—Ries Centeno Gustavo A.
Cirugía Bucal. Séptima Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
10 de Junio de 1975.
- XI.—Saizar Pedro
Prostodoncia Total. 1a. Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi.
22 de Marzo de 1972.
- XII.—Sharry John J.
Prostodoncia Total Completa. 1a. Edición.
Barcelona, España. Ediciones Toray.
Mayo de 1977.
- XIII.—Starshak Thomas J.
Cirugía Bucal Preprotética. 1a. Edición.
Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi.
16 de Agosto de 1974.
- XIV.—Sterling V. Mead.
La Anestesia en Cirugía Bucal. Segunda Edición.
México, D. F. Editorial Hispanoamericana.
15 de Octubre de 1957.
- XV.—Swenson Merrill G.
Dentaduras Completas. Segunda Edición.
México, D. F. Editorial Hispanoamericana.
15 de Mayo de 1955.