

233

2ij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CIRUGIA PREPROTETICA DE TEJIDOS DUROS  
(TORUS Y REBORDES RESIDUALES)**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
VELINDA OLIVERA CHAVEZ**

**MEXICO, D. F.**

**AGOSTO DE 1987**



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.

**CIENGEA PREPROTETICA DE TEJIDOS DUROS  
(TORUS REBORDES RESIDUALES)**

**I N D I C E**

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>CAPITULO I GENERALIDADES</b>	
1.1 ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR	2
1.2 ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR	10
1.3 REGION GINGIVODENTARIA	18
<b>CAPITULO II DEFINICION, CLASIFICACION Y ETIOLOGIA</b>	
2.1 DEFINICIONES	23
2.2 CLASIFICACION	25
<b>CAPITULO III DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO</b>	
3.1 DIAGNOSTICO	33
3.2 PRONOSTICO	41
<b>CAPITULO IV VALORACION PREOPERATORIA</b>	
4.1 HISTORIA CLINICA	43
4.2 ANALISIS DE LABORATORIO	48
4.3 VALORACION PSICOLOGIA	49
4.4 VALORACION Y ELECCION ANESTESICA	51
4.5 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO	54
<b>CAPITULO V CONSIDERACIONES PRELIMINARES A LA TECNICA QUIRURGICA</b>	
5.1 INSTRUMENTAL QUIRURGICO	58
5.2 POSICION DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO QUIRURGICO	61

<b>CAPITULO VI TIEMPOS QUIRURGICOS Y TECNICAS MAS UTILIZADAS PARA LA ELIMINACION DE TORUS PALATINUS, MANDIBULARES Y REBORDES RESIDUALES.</b>	
6.1	TIEMPOS QUIRURGICOS 65
6.2	PLANOS CONSTITUTIVOS DEL PALADAR DURO O BOVEDA PALATINA 69
6.3	PLANOS CONSTITUTIVOS DEL PALADAR BLANDO O VELO DEL PALADAR 71
6.4	TECNICA MAS UTILIZADA PARA LA ELIMINACION DE UN TORUS PALATINUS NODULAR 74
6.5	EXERESIS DE EXOSTOSIS PALATINAS POSTERIORES LATEPALES Y DE LA LINEA MEDIA 83
6.6	CONTENIDO DEL COMPARTIMIENTO SUBLINGUAL 85
6.7	ELIMINACION DE TORUS MANDIBULARES 88
6.8	ELIMINACION DE REBORDES RESIDUALES AFILADOS 92
<b>CAPITULO VII COMPLICACIONES, ACCIDENTES Y TRATAMIENTO EN LA EXERESIS DE LOS TORUS.</b>	
7.1	COMPLICACIONES EN TORUS PALATINUS 94
7.2	COMPLICACIONES EN LA ELIMINACION DE TORUS MANDIBULARES 97
7.3	ELIMINACION DE REBORDE APILADO 98
7.4	PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL BORDE ALVEOLAR. 99
7.5	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS CORRESPONDIENTES A TUBEROSIDAD. 101
	<b>CONCLUSIONES 104</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 106</b>

## INTRODUCCION

Siendo la cavidad oral, el asentamiento de múltiples alteraciones, tanto benignas como malignas, en esta ocasión me voy a referir específicamente a los torus tanto palatino como mandibulares, que son alteraciones de tipo benigno. Son excrescencias óseas que por su forma y volumen, causan temor en los pacientes que las presentan.

Y es que la mayoría de los pacientes piensan en un tumor o cáncer; asociado éste padecimiento con dolor y la muerte.

Es por lo anteriormente expuesto, lo que me motivó a presentar el siguiente trabajo de investigación bibliográfica sobre: los torus palatinos y, torus mandibulares. Con el fin de hacer hincapié en la población, que no todos los tumores que se presentan en la boca causan severos trastornos o la muerte.

El tratamiento de estas alteraciones es la cirugía bucal, que se llevará a cabo, bajo una planeación cuidadosa basada en los principios y técnicas que dictan la cirugía, evitando de ésta manera contratiempos y complicaciones en la realización de dichas intervenciones.

El contenido del presente trabajo es el siguiente:

En el capítulo I; situaremos donde más comúnmente se asientan los torus.

En el capítulo II; veremos definiciones, causas, clasificación e incidencia de presentación de los torus.

En el capítulo III; se presentan los medios y métodos de que nos valemos para su diagnóstico y pronóstico.

En el capítulo IV; se hará la valoración previa a la cirugía, basándonos en datos clínicos, psicológicos, elección de la anestesia y las indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento.

En el capítulo V; se verá el instrumental a utilizar, la posición que tendrá el paciente durante la intervención y del equipo quirúrgico.

En el capítulo VI; se mencionan los tiempos quirúrgicos y las técnicas más empleadas para la eliminación de los torus y rebordes residuales.

En el capítulo VII; se verá lo relacionado a los accidentes, complicaciones y tratamiento de la eliminación de los torus.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES.

#### 1.1 ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR

##### 1.1.2 Región Palatina

1.1.2.1 Paladar duro

1.1.2.2 Paladar blando

1.2.2.3 Irrigación e inervación de la región palatina

#### 1.2 ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR

##### 1.2.1 Región sublingual

1.2.1.1 Forma exterior

1.2.1.2 Irrigación e inervación de la región sublingual

#### 1.3 REGION GINGIVODENTARIA

1.3.1 Encias

1.3.2 Alveolos

1.3.3 Dientes

### 1.1 ANATOMIA DEL MAXILAR SUPERIOR

**Situación.** El maxilar superior, se encuentra situado por fuera de la cavidad nasal, por encima de la cavidad bucal, por debajo de la cavidad orbitaria y por delante de la cavidad faríngea.

**Relaciones.** El maxilar superior, es un hueso par que se compone de dos huesos maxilares superiores, que se encuentran en la línea media y están unidos por una sutura media.

Este hueso contribuye a la formación de la parte superior de la cara, nariz, órbitas y paladar duro.

Está formado por un cuerpo y cuatro apófisis que son:

- Apófisis frontal
- Apófisis piramidal
- Apófisis palatina
- Apófisis alveolar

**Apófisis frontal.** Es la porción más superior del maxilar o apófisis ascendente que se articula con el hueso frontal y los huesos propios de la nariz.

**Apófisis piramidal.** Esta apófisis va en dirección lateral y posterior desde el cuerpo del maxilar al hueso malar con el cual se articula.

**Apófisis palatina.** Está situada en la parte postero-inferior del cuerpo del maxilar y va a formar la mayor parte de la bóveda palatina, que se articula con la lámina horizontal de los huesos palatinos y van a formar la parte posterior de la bóveda palatina.

**Apófisis alveolar.** Es la parte más inferior que rodea y sostiene los órganos dentarios superiores.

#### EMBRIOLOGIA

Es el tercer hueso del cuerpo en empezar su desarrollo en la séptima semana de la embriogénesis, su desarrollo óseo es intramembranoso con cinco centros de osificación que son:

- Primer centro, que va a ser el externo o malar
- Segundo centro, el órbito nasal
- Tercer centro, el anteroinferior o nasal
- Cuarto centro, el internoinferior o palatino
- Quinto centro, el que forma la pieza incisiva situada entre los centros nasales y delante del palatino.

Estos centros a medida que crecen y se agrandan, se fusionan para formar un arco continuo que será el maxilar superior.

#### HISTOLOGIA

Este hueso está constituido por: tejido esponjoso, en

4

la parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar, mientras el resto del hueso está formado casi exclusivamente por una laminilla de tejido compacto; son por lo consiguiente delgados y frágiles.

Esta fragilidad está aumentada todavía por la presencia del seno maxilar y antro de Highmore en el centro del hueso.

El perióstico que reviste al esqueleto facial es poco fértil, por eso el maxilar superior, al contrario de lo que pasa con el inferior, se regenera muy rara vez después de la resección subperióstica.

A continuación describiré en forma breve la región palatina, que es, donde se localizan los torus palatinus. Más adelante se mencionarán los planos constitutivos de esta región, cuando se describan las técnicas quirúrgicas que se van a usar.

#### 1.1.2 Región Palatina

Forma, ubicación y límites. Es cóncava y se halla situada por debajo de las fosas nasales y por delante de la faringe, la región palatina se continúa hacia adelante y a los lados con la región gingivodentaria superior. Por detrás se termina por el borde libre del paladar, limitando allí, con la base de la lengua y con el orificio que ha recibido el nombre del istmo de las fauces.

La región palatina es una especie de tabique osteomembranoso que separa; por su cara superior las fosas nasales, de la forma el suelo; por su cara inferior forma parte de la boca, de la que constituye la bóveda.

La región palatina se divide en dos regiones básicas:

1.1.2.1 La anterior o paladar duro, por ser manifiestamente ósea.

1.1.2.2 La posterior o paladar blando.

1.1.2.1 Paladar duro. Presenta en su configuración externa, de adelante hacia atrás los siguientes elementos:

- a) Tubérculo palatino o papila incisiva
- b) Crestas o rugas palatinas
- c) Rafé medio o palatino
- d) Foveolas palatinas

a) Tubérculo palatino o papila incisiva. Es una masa de tejido blando de forma ovalada que cubre el orificio inferior del conducto nasopalatino.

b) Crestas o rugas palatinas. Se encuentran en la parte anterior del paladar y comienzan en la zona del tubérculo palatino. Son pliegues elevados y orientados en forma más o menos transversa, cuya profundidad, cantidad y orien

tación de los pliegues varía, son prominente en los niños y adultos jóvenes pero a veces ausentes o mínimos en ancianos.

Estas crestas ayudan en la dicción y la masticación.

c) **Rafé medio o palatino.** Es una capa muy delgada de mucosa que forma la línea media del paladar, se extiende desde el tubérculo palatino hacia el paladar blando.

Los lados del rafé están formados por las regiones laterales del paladar duro. Su anchura es también variable aunque tiende a ser más angosta al frente.

La región del rafé presenta el área de fusión de los procesos palatinos. Esto hace que el tejido esté unido íntimamente al hueso. En esta zona puede observarse a veces el torus palatino.

d) **Foveolas palatinas.** Son pequeñas depresiones que pueden estar o no presentes. Se hallan a cada lado de la línea media en la zona cercana a la unión del paladar duro con el blando. Son el orificio de salida de los conductos de las numerosas glándulas que hay en el paladar.

1.1.2.2 **Paladar blando o velo del paladar.** Su forma exterior resistente, esencialmente móvil y contractil para responder al papel que esta porción desempeña en la succión, fonación y deglución.

El paladar blando o velo del paladar es continua ción de la bóveda palatina y su dirección es primero horizontal y después oblicua hacia abajo y atrás.

La porción movable del paladar termina hacia - atrás por un borde libre que va a estar formado por: La úvula y los pilares del velo del paladar.

### 1.1.2.3 Irrigación e inervación de la región palatina.

- a) Arterias. Las arterias que presentan algún interés para esta región son las que proceden de la esfenopalatina y de la palatina superior o descendente, ramas de la maxilar interna.

**Arteria Esfenopalatina.** Esta arteria da origen a la arteria nasopalatina, que pasa por el conducto nasopalatino o incisivo y se anastomosa con la arteria palatina mayor para distribuirse en los tejidos blandos y glándulas del paladar en la zona de los dientes anteriores.

**Arteria Palatina Superior o Descendente.** En la fosa pterigopalatina, la arteria maxilar interna da la arteria palatina superior. Entra a la cavidad bucal por el conducto palatino - posterior, en donde se divide en un; ramo anterior y otro posterior.

Ramo anterior, se encorva hacia adelante para cubrir la región de una multitud de ramos que se anastomosan con las ramas de la esfenopalatina. Discurre paralelamente al reborde alveo-

lar y está situada en la capa profunda de la Fibromucosa, en contacto con el esqueleto - frente a los molares y premolares.  
 Ramo posterior, se dirige hacia atrás para regar el paladar blando y la zona amigdalina.

- b) Venas. Las venas acompañan a los troncos arteriales y van al plexo pterigoideo, en las - venas de la mucosa nasal, de la lengua y de - las amígdalas.
  
- c) Nervios. Proceden de los tres palatinos y na sopalatino, que son ramas del esfenopalatino que a su vez, es rama colateral del nervio maxilar-superior, segunda división del trigémino.  
 Nervio palatino anterior. Deiciende por el conducto palatino posterior, sale por el agujero del mismo nombre sobre el paladar duro, se dirige hacia adelante y del lado interno del - proceso alveolar y termina anastomosándose con el nervio nasopalatino a nivel de los premolares.  
 Este nervio va inervar el paladar y las encías hasta el primer premolar.  
 Los nervios palatinos medio y posterior. Si- guen un trayecto descendente y posterior al - nervio palatino anterior penetran en los con- ductos palatinos accesorios y se distribuyen - por el paladar blando, amígdalas y parte de la faringe adyacente.

**Nervio nasopalatino.** No solo se distribuye en la bóveda de la cavidad nasal y el tabique nasal, sino que pasa hacia el conducto nasopalatino e incisivo y penetra en la cavidad bucal por el agujero del mismo nombre. Después se dirige hacia atrás e inerva la mucosa palatina en la zona del canino, incisivo y central.

## 1.2 ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR

**Situación.** El maxilar inferior o mandíbula es menos complejo que el maxilar superior, y está colocado por detrás y debajo del maxilar superior, suspendido en la base del cráneo por tan solo dos puntos, que corresponden a las articulaciones temporomandibulares.

Es un hueso impar, medio, simétrico, y es la única porción móvil del esqueleto facial.

La mandíbula, es el mayor y más potente hueso de la cara y consta de un cuerpo y dos ramas.

**Cuerpo.** Tiene la forma de una herradura con la concavidad dirigida hacia atrás. Se estudian en él una cara anterior, otra posterior, un borde superior, otro inferior

- a) Cara anterior. Presenta: en la línea media la sínfisis mentoneana, que termina en su parte inferior, con una eminencia piramidal llamada eminencia mentoneana; a la derecha e izquierda de la sínfisis, se inicia la línea oblicua ascendente, la línea oblicua externa (que va de la eminencia mentoneana al borde anterior de la rama); un poco por encima de esta línea, a nivel del segundo premolar se encuentra un orificio que es el agujero mentoniano por el cual pasan el nervio y los vasos mentonianos.

- b) Cara posterior. Presenta en la línea media, cuatro eminencias dos superiores y dos inferiores, llamadas apófisis geni, partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentra una línea oblicua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, para terminar en el borde inferior de esta cara; por encima de esta línea, y un poco por fuera de las apófisis geni, se encuentra la fosita sublingual; por debajo de esta misma línea y a nivel de los dos o tres últimos molares se encuentra otra fosita más grande llamada fosita submaxilar para las glándulas del mismo nombre.
- c) Borde superior o alveolar. Es ocupado por las cavidades alveolo-dentarias para la implantación de los dientes.
- d) Borde inferior. El borde inferior es romo y redondeado, presenta en su parte interna dos depresiones llamadas fositas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media. En su parte externa, en el punto donde comienzan las ramas se encuentra ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasa la arteria facial.

Ramas. Cuadriláteras, más anchas que altas, están oblicuamente de abajo arriba y de delante atrás. Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

Caras. De las dos caras, una es externa y la otra interna.

**Cara interna.** Presenta, en su centro, el orificio superior del conducto dentario. En el borde de este orificio, por delante y debajo del mismo, se encuentra una laminilla ósea triangular, llamada espina de Spix. De la parte posteroinferior de éste orificio parte un canal oblicuamente descendente, que se denomina canal milohioideo. Por toda la parte inferior de esta cara se ven rugosidades para el pterigoideo interno.

**Bordes son:** anterior, posterior, superior e inferior.

**Borde anterior.** Es cóncavo, desciende formando un canal.

**Borde posterior.** Ligeramente encorvado en forma de "s" itálica, redondeado y obtuso, está en relación con la parótida.

**Borde superior.** Presenta en su parte media, una gran escotadura, llamada escotadura sigmoidea. Por delante de ésta escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo, nombrada apofisis coronoides. Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una segunda eminencia, es el cóndilo del maxilar; éste es de forma elipsoide y está sostenido por una porción más estrecha, el cuello, en cuyo lado interno se encuentran una depresión rugosa para el pterigoideo externo.

**Borde inferior.** Se continúa directamente con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente en -

## EMBRIOLOGIA

El maxilar inferior es el segundo hueso del cuerpo - en comenzar su desarrollo. Al final del primer mes de vida fetal se forma una pieza cartilaginosa llamada cartilago de Meckel, a expensas del cual se originan las dos mitades del maxilar inferior que son independientes al principio.

En dicho cartilago aparecen entre los 30 y 40 días de la vida fetal seis centros de osificación, a saber:

- El centro inferior, en el borde maxilar.
- El centro incisivo, a los lados de la línea media.
- El centro suplementario del agujero mentoniano.
- El centro condileo, para el condilo.
- El centro coronoideo, para la apofisis coronoideas.
- El centro de la espina de spix.

Desarrollados a expensas de dichos centros, los dos semimaxilares se sueldan definitivamente, constituyéndose la sínfisis mentoniana, al tercer mes de vida extrauterina. Como otros huesos de la cara, el maxilar inferior se desarrolla como hueso intra membranoso.

## HISTOLOGIA

Este hueso, está formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto.

Este tejido sin embargo se adelgaza considerablemente al nivel del cuello del condilo.

que se encuentra, por detrás, al borde posterior de la rama constituye el ángulo del maxilar (punto gonio).

**Constitución.** Esta constituido por una masa central de tejido esponjoso, cubierta en toda su extensión por una muy gruesa y resistente de tejido compacto.

### 1.2.1 Región Sublingual.

**Situación y límites.** La lengua llena por completo la concavidad del arco maxilar. Congiendo su punta y levantán dola se ve que su cara inferior descansa sobre una superficie de forma triangular, extendida desde las encías hasta la base de la lengua.

A esta porción puesta al descubierto se le da el nombre de región sublingual de la boca propiamente dicho.

Tiene por órgano esencial la glándula sublingual como ya hemos dicho tiene forma triangular; su vértice dirigido hacia delante. Está colocado inmediatamente por detrás de los incisivos; su base encorvada hacia atrás, corresponde exactamente a la parte más posterior de la cara inferior de la lengua sus dos lados están limitados a derecha e izquierda por los arcos dentarios.

En profundidad la región sublingual se extiende hacia el músculo milohioideo que la separa de la región supra-hioidea.

#### 1.2.1.1 Forma exterior.

El triángulo sublingual está cubierto en toda su extensión por la mucosa bucal lisa y sonrosada a través de la cual se transparentan las venas raninas; continuando con su forma exterior, lo que llama la atención, examinando el triángulo desde arriba, es la presencia en la línea media de un

**Cara anterior o vestibular.** Un poco menos extensa en la altura que la cara posterior, la cara vestibular, contribuye a formar, con la cara interna del labio correspondiente, el vestíbulo bucal.

**Cara posterior o bucal.** Esta cara se continúa con el suelo de la boca en la encía inferior y con la bóveda palatina en la encía superior.

**Borde libre.** En el recién nacido la mucosa gingival cubre el borde libre de los maxilares en toda su extensión. En el adulto está atravesada por agujeros por los cuales pasan los dientes; el contorno de estos orificios corresponden al cuello de los dientes y se adhiere a ellos íntimamente.

Los agujeros que mencionamos desaparecen en los ancianos o en el adulto después de la caída de los dientes, al mismo tiempo que los alveolos se reabsorben y la mucosa gingival vuelve a su disposición primitiva.

La mucosa de las encías es muy gruesa y resistente y se adhiere de una manera íntima en casi toda su extensión al periostio subyacente.

La mucosa gingival está enteramente desprovista de glándulas, y en cambio posee papilas muy numerosas y voluminosas.

repliegue mucosa de forma semilunar que une la cara inferior de la lengua con el piso de la boca, llamado frenillo de la lengua, y a los lados de éste un tubérculo con un orificio redondeado en su vértice, el ostium, desembocadura del conducto de Wharton. Atrás y a los lados del tubérculo se encuentra un saliente amamelonado con varios orificios, donde desembocan los canales de excreción de la glándula sublingual encontramos dos eminencias de forma ovoidea, de diámetro mayor transversal, formados por la presencia submucosa de las glándulas sublinguales, por lo que se les da el nombre de carúnculas sublinguales.

#### 1.2.1.2 Irrigación e inervación de la región sublingual.

Vasos y nervios. Se encuentra en relación más o menos inmediata con el conducto de Wharton, la arteria y la vena sublinguales y el nervio lingual.

Arteria y nervios sublingual. La arteria y vena lingual que vascularizan esta región, están situadas en la cara interna de la glándula, por debajo del conducto de Wharton.

La arteria rama de la lingual, tiene un calibre de unos 2mm; aproximadamente. Se anastomosa -- constantemente con una rama procedente de la arteria submentoniana, rama de la facial.

Nervio lingual. Después de haber recorrido la región cigomática, penetra en el compartimiento sublingual a nivel del último molar. En este pun

to es muy superficial, pues está cubierto tan sólo por la mucosa del suelo y por un poco de tejido celular, por el cual es fácil descubrirlo y - resecarlo por medio de una incisión practicada a mitad de la distancia que separa la encía del borde de la lengua.

En el punto en que el lingual rodea el conducto de Wharton, emite el nervio sublingual, que se ramifica formando un plexo antes de penetrar en la glándula sublingual.

### 1.3 REGION GINGIVODENTARIA

La región gingivodentaria comprende la porción del borde libre de los maxilares, sobre los cuales están - - implantados los dientes, y que tapizan una porción de la mucosa bucal llamada encía. A continuación mencionaremos las partes que constituyen la región gingivodentaria.

1.3.1 Las encías.

1.3.2 Los alveolos.

1.3.3 Los dientes.

1.3.1 Las encías. Se distinguen desde luego dos tipos de encías: una superior y otra inferior. La encía superior separa la bóveda palatina de la mejilla y del labio superior; la encía inferior separa la pared inferior de la boca, de la mejilla y del labio inferior.

Configuración superior. Las encías en su conjunto revisten la forma de una herradura con la concavidad posterior. En estado normal la mucosa que las constituye presenta una coloración rosada y es lisa, un firme y resistente al tacto:

Las encías presentan dos caras y un borde:

- Cara anterior y vestibular
- Cara posterior o bucal
- Borde libre.

Irrigación e inervación de las encías. La irrigación va estar a cargo de las arterias y venas que a continuación se mencionan:

**Arterias.** Para la encía superior: La maxilar interna por sus cuatro ramas: alveolar, infraorbitaria, esfenopalatina y palatina descendente.

Para la encía inferior: la lingual, la submentoniana y la dentaria inferior.

**Venas.** Independientes de las arterias y más o menos anastomosadas entre sí, se dirigen:

Las posteriores, unas al plexo alveolar y otras al plexo pterigoideo.

Las anterior, a la vena lingual y a la vena facial.

**Nervios.** Todos sensitivos y proceden: para la encía superior, los dentarios posteriores, dentario anterior, ramas del maxilar superior.

Para la encía inferior, el nervio dentario inferior, rama del maxilar inferior.

- 1.3.2. Los alveolos dentarios. El borde alveolar de los maxilares presenta una serie de cavidades que corresponden a los alveolos dentarios. Las uniloculares son para los dientes anteriores de una sola raíz y los multiloculares para los de raíces múltiples en zonas posteriores.

Los alveólos se forman debido a la presencia de los dientes, por lo tanto al caerse los órganos dentarios estos alveólos desaparecen por atrofia y resorción ósea.

En el espesor del borde los maxilares, las cavidades alveolares, están más cerca de la tabla externa del hueso que de la tabla interna, especialmente en el maxilar superior, cuyos alveólos forman hacia el exterior un relieve a menudo muy visible. En estos sitios el espesor de la pared alveolar es muy pequeño y con frecuencia existen hasta deshiscencias.

El tejido óseo de la cavidad alveolar no está en relación inmediata con la corona del diente; está separado de ella por una membrana fibroperióstica que tapiza las paredes del alvéolo y que desempeña el papel de un verdadero ligamento.

- 1.3.3 Los dientes. Los dientes, ya no se describen, porque nuestro interés sobre esta región son los bordes residuales de zonas edéntulas únicamente.

**CAPITULO II****DEFINICION, CLASIFICACION Y ETIOLOGIA.****2.1 DEFINICIONES****2.2 CLASIFICACION****2.1.1 Torus palatinus****2.1.2 Torus mandibulares****2.1.3 Rebordes residuales**

## 2.1 DEFINICIONES

**TORUS.** Los torus son proyecciones óseas benignas, de crecimiento lento en la mandíbula y maxilar. No tiene importancia patológica pero a veces se formula diagnóstico equivocado considerándolos tumores alarmando así a los pacientes. Los torus contra lo que chocan una prótesis, son fuertes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección o falle la dentadura postiza o ambas cosas, e incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

Cuando éstas se presentan en la línea media del paladar o regiones laterales del mismo, se les denomina torus palatinus; y cuando se localizan en la cara lingual de la mandíbula se les llama torus mandibular.

Existen varias definiciones de lo que son los Torus, tanto palatinus como mandibulares, a continuación se mencionan las más aceptables.

**TORUS PALATINUS.** El término torus palatinus, se -- emplea para designar una excrescencia ósea convexa, de crecimiento lento y base aplanada situada en la región de la sutura media palatina sobre la superficie bucal del paladar duro.

Este término fue utilizado por vez primera por el gran investigador Kupffer. Torus Palatinus. Este es un tumor común y es observado algunas veces como una hiperostosis en el proceso palatino. Está situado en la línea -

media del paladar, y cuando el lóbulo aumenta el tamaño puede ocupar lentamente parte de la bóveda. Esta definición fue establecida por Gould A. W.

**Torus palatinus.** T. Harris R., dijo que el torus palatinus o torus palatal, es un tumor benigno y lento - crecimiento de la proyección del hueso del proceso del maxilar y ocasionalmente de las placas horizontales de los huesos palatinus. Ocurre bilateralmente en la sutura media de la superficie oral del paladar duro.

**TORUS MANDIBULARES.** Torus mandibularis o mandibular torus, es una exostosis, que generalmente ocurre bilateralmente en la superficie media y posterior (a nivel de premolares) del cuerpo y proceso alveolar de la mandíbula. Esta definición la dió J. Pekarsky.

**Torus mandibulares.** El término torus mandibularis designa una o varias exostosis sobre la superficie lingual de la mandíbula. Este término lo aplicó Fust.

Según Kruger. Los tori no tienen importancia patológica, pero a veces se formula diagnóstico equivocado considerándolos tumores, alarmando así a los pacientes. Los tori contra los que choca una prótesis, son fuentes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección o falle la dentadura postiza, o ambas cosas, incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

## 2.2 CLASIFICACION

Como se ha mencionado en las definiciones hechas anteriormente, los torus se han clasificado, por la región en que se presentan y son:

2.2.1 Torus Palatinus.

2.2.2 Torus Mandibularis o Torid del maxilar inferior.

A continuación se describe el torus palatinus.

2.2.1 Torus Palatinus.

**Etiología.** Es desconocida, aunque se han sugerido como posibles factores, herencia, trauma superficial, mal oclusión y respuesta funcional a la masticación. Existen también otras teorías como:

- a) Crecimiento tardío de los márgenes medios de los procesos palatinos que crecen durante la pubertad dejando de hacerlo al final de la segunda década de la vida.
- b) En la teoría genética, estudio de familias llevados a cabo por Suzuki y Sakai sugieren una herencia poligénica. Could apoyó la hipótesis de una dominancia autosómica.
- c) Se han planteado también, como una forma del herplasia compensadora debido a influencia genética.

En la actualidad se cree que son anomalías del

desarrollo, de naturaleza benigna y sin ninguna importancia patológica.

- d) Se debe a un excesivo desarrollo de las superficies medias de cada apófisis palatina (que se unen) dando lugar a la formación de una apófisis única.

Frecuencia. A continuación presento el siguiente cuadro:

EDAD	PORCENTAJE
Niños	5 %
Adultos	20 a 25 %

RAZA	PORCENTAJE
Chinos y tailandeses	15 %
Negros	20 %
Esquimales y Lapones	60 %
Japoneses	75 %
Coreanos	90 %

SEXO. Es dos veces más prevaliente en las mujeres que en los varones.

Por lo que respecta a la región afectada, se presenta más en el paladar que en la mandíbula.

Estas masas óseas pueden aumentar durante las primeras décadas de la vida, pero se estabilizan después de este período sin cambio considerable.

**Morfología.** Su tamaño y forma son variables, pero frecuentemente es más nodular que fusiforme. Se puede observar como un abultamiento en el centro de la bóveda de consistencia ósea, apenas detectable o de superficie lisa, simétrica suavemente limitado como una prominencia o nódulo de pequeño tamaño; de unos milímetros hasta una masa de moderado tamaño, redonda, ovalada e elíptica con una base de adhesión plana o ligeramente pedunculada; como un tumor masivo y voluminoso, de dureza ósea que ocupa la mayor parte del volumen de la bóveda. A veces discurre por su centro un surco o una estría en dirección anteroposterior, correspondiente a la línea de fusión, en otros casos una o varias muescas acanalan su superficie en dirección lateral; por ello, la superficie irregular de algunos torus presentan interesantes y característicos modelos de crecimiento.

La morfología del torus varía mucho como ya se mencionó anteriormente, pero las formas que más se observan son las siguientes:

- a) Plana
- b) En forma de aguja
- c) Nodular
- d) Fisural
- e) Lobular
- f) Fusiforme
- g) Multilocular extensa

**Estructura.** El torus palatinus, posee una corteza de hueso compacto y duro, y un área central de hueso más esponjoso. Algunas veces puede haber una médula grasosa.

**Trastornos causados por torus palatinus:**

- Desarrollarse hasta interferir el habla.
- La mucosa se traumatiza, ulcerada y no se puede curar a causa de su pobre vascularidad.
- El temor del paciente, al notar su presencia y pensar que se trata de un tumor maligno.
- Cuando el torus interfiere la forma de una prótesis o puente: interfiere el sellado posterior de una prótesis; inestabilidad de la dentadura, debido al balanceo ya que el torus actuaría como Fulcrum.

#### 2.2.2 Torus Mandibular.

**Etiología.** Al igual que la torus palatinus es desconocida, sin embargo algunos autores han establecido una base genética definitiva para este carácter. Hay datos indicativos de que es heredado como un carácter dominante.

Otros autores piensan, que sea alguna reacción funcional de las tensiones masticatorias.

**Frecuencia.** La frecuencia del torus mandibular varía de acuerdo a la edad, raza y sexo.

A continuación presentamos el siguiente cuadro:

EDAD	PORCENTAJE
Niños	3 al 5 %
Adultos	5 al 10 %
RAZA	
Caucasianos	1 al 7 %
Negros	6 al 8 %
Amerindios, chinos y japoneses	11 al 14 %
Esquimales	35 al 80 %

Predilección por el sexo. Se presenta con la misma frecuencia en varones y mujeres.

No hay acuerdo sobre la correlación entre la ocurrencia de torus palatinus y torus mandibularis.

Morfología. De la misma manera que el torus palatinus, su morfología es variable, su tamaño varía desde el de medio guisante hasta el de media nuez. Puede ser único o lobulado. El torus mandibular suele ser bilateral pero no simétrico.

Se origina por lo general inmediatamente por encima de la línea milohioidea, frecuentemente se localiza en la región canina-premolar, pero también los podemos encontrar - como múltiples nódulos óseos que se extienden de la región incisiva a la molar, por la cara lingual de la mandíbula.

**Estructura.** El torus mandibular está compuesto de hueso cortical denso con cantidades mínimas de una corteza medular.

**Trastornos causados por torus mandibularis:**

- Dificulta el habla cuando se desarrolla exageradamente.
- Causan dificultad al comer.
- La cubierta mucosa se ulcera, como resultado del trauma y fracaso al curarse.
- Impide la construcción de un removible parcial o prótesis completa.

### 2.2.3 Rebordes Residuales.

Los rebordes residuales afilados y sus proyecciones, con frecuencia están relacionados con el dolor producido por la dentadura, especialmente en las zonas de la cresta del reborde alveolar inferior atrofiado.

La resorción rápida de los aspectos labial y lingual del reborde anteroinferior deja un borde óseo a manera de filo de cuchillo. La encía que cubre éste hueso se enrolla y el tejido blando prolifera dejando un tejido en la cresta del reborde alveolar con gran movilidad.

Se presentan molestias y dolor crónico ya que el tejido blando es atrapado entre la base de la dentadura y el reborde óseo afilado. El alivio de la denta-

dura y el ajuste oclusal permiten lograr una reducción temporal del dolor, aunque no promueve una reducción a largo plazo.

El tejido blando prolifera aún más dentro del espacio creado, ocasionando mayor inestabilidad en la dentadura y la reaparición de los síntomas.

Meyer, describe tres tipos de rebordes afilados:

- a) A manera de sierra
- b) En forma de navaja
- c) Con pequeñas proyecciones en forma de espinas.

Todas éstas variaciones anatómicas presentan tejidos blandos de recubrimiento sensibles a la presión digital.

El tratamiento es similar en cada situación, a base de cirugía, que describiremos más adelante.

**CAPITULO III****DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO****3.1 DIAGNOSTICO****3.1.1 Diagnóstico clínico****3.1.2 Diagnóstico radiográfico****3.1.3 Diagnóstico diferencial****3.2 PRONOSTICO**

### 3.1 DIAGNOSTICO

La presencia de los torus palatino y mandibular puede pasar inavertida para el paciente, cuando su tamaño es relativamente pequeño y no le causa ningún tipo de problema; ya que no existen síntomas que indiquen la presencia de éste. Sumándose a esto, que la mayoría de los pacientes son personas que desconocen parcial o totalmente la anatomía de su aparato estomatognático; por lo que no le presentan la atención debida.

Sólo cuando el tamaño del torus es mayor y empieza a causarles trastornos de lenguaje o masticación es, entonces, cuando acuden a su dentista.

También al solicitar el paciente, algún tipo de prótesis ya sean totales o parciales y que abarquen la zona donde se encuentra el o los torus, es entonces cuando el odontólogo le comunica que no es posible colocar la prótesis, que el paciente necesita, por encontrarse presenta algún tipo de torus, el cual es necesario eliminar para el buen funcionamiento de su aparato protésico.

Para realizar un diagnóstico correcto de algún tipo de torus, así como de su posición y realización con las estructuras vecinas a él, nos basaremos en los medios clínicos, radiográficos y microscópicos que a continuación describiremos.

### 3.1.1 Diagnóstico clínico.

Para establecer el diagnóstico clínico de los torus tanto palatinos como mandibulares; observaremos y palparemos detenidamente el paladar y la cara lingual del maxilar inferior y así detectar la presencia de estos torus.

Durante este examen clínico debemos confirmar de uno o más abultamientos y determinar la extensión de los mismos, la consistencia del paladar o de la porción lingual de la mandíbula y en caso de existir algún proceso infeccioso por encontrarse úlceras expuestas en zonas de fricción se localizarán los puntos dolorosos.

La presencia de úlceras es porque la mucosa que cubre el torus es generalmente muy delgada y da la impresión que se ha encogido por la expansión de la exostosis.

Debido a la escasez de tejido conectivo submucoso la vascularización a la membrana mucosa es relativamente pobre, en comparación con otras áreas de los maxilares.

En la periferia del torus la mucosa tiene el mismo espesor que en las otras áreas del paladar duro o de la cara lingual del maxilar inferior.

Para establecer la posición que ocupan los torus en los maxilares, se determinará de una forma más clara mediante un estudio radiográfico apropiado.

### 3.1.2 Diagnóstico Radiográfico.

La radiografía, suele ser una valiosa fuente de información que tendrá importancia diagnóstica, aunque no proporcione pruebas diagnósticas definitivas.

Ya que los torus se componen en su mayoría o en su totalidad de hueso compacto denso, son casi siempre visibles radiográficamente.

Se ven mejor en las radiografías oclusales, se muestran como radiopacidades características bien definidas en la bóveda del paladar. Suelen ser de gran densidad, pero, a veces, y sobre todo en los de mayor tamaño, la cortical externa del torus se distingue muy bien del centro medular menos denso.

Las radiografías periaólicas pueden mostrar también la presencia de un torus palatino, mostrándose como una radiopacidad lisa de superficie curva en los límites superiores de la placa, superpuesta sobre el antro u ocultando completamente su imagen.

Si radiográficamente no se determina que tan delgado o grueso es el proceso palatino en otro sitio del torus, nos auxiliaremos colocando la luz de diafanoscopia o transluminación a través del tejido palatino, primero en un lado del torus, después en el otro, y se mira en la cavidad nasal como un opérculo nasal. Si el proceso palatino es delgado, la cavidad nasal se iluminará.

En los torus mandibulares los datos radiográficos suelen ser característicos y casi definitivos. Se identifican con facilidad las imágenes radiopacas de los torus superpuestos sobre las raíces de los dientes mandibulares (placas periapicales) y su radio opacidades densas, bien limitadas, que hacen prominencia en la superficie lingual de la mandíbula (placas oclusivas).

En este examen radiográfico, nos podemos auxiliar también, con la toma de radiografías periapicales a diferentes angulaciones, para determinar con más exactitud su situación.

### 3.1.3 Diagnóstico Diferencial.

**Osteoma.** El osteoma ósea benigna, es un tumor relativamente raro de la mandíbula. Puede localizarse en el interior del cuerpo (endóstico) o en su periferia (perióstico); puede estar compuesto de hueso esponjoso o de hueso compacto, denso.

Clinicamente, puede presentar datos muy poco significativos, ello es cierto sobre todo en los casos de osteomas muy pequeños situados en el interior de la mandíbula. Por otra parte, los tumores de mayor tamaño, sobre todo los de localización periférica suelen observarse como unas prominencias, o abultamientos óseos bien limitadas, de contornos lisos y de color normal, son indoloras y la historia clínica nos muestra una evolución lenta y de larga duración.

Los hallazgos radiográficos suelen ser característicos pero pueden, y ha menudo lo hacen, simular enostosis (osteo porosis) osteitis condensante y el estadio más -- avanzado de fibroma ósificamente (del que no se puede distinguir). Aunque su aspecto radiológico se parece también al de torus palatinus y al torus mandibular, estos se distinguen por su localización específica.

El osteoma suele encontrarse como una radiopacidad redonda, muy bien delimitada de densidad homogénea.

Puede ser lo suficientemente pequeño como para poder observarse en su totalidad en una radiografía periapical o lateral, pero en algunos casos es tan grande y extenso que sus bordes no pueden visualizarse totalmente excepto mediante una serie de radiográficas. A veces sus bordes no son bien definidos, sino difusos, pareciendo confundirse con el hueso normal circundante. A veces los caracteres del osteoma y de la enostosis son tan parecidos que es imposible realizar un diagnóstico radiográfico exacto, y -- cuando esta contraindicada una exploración quirúrgica diagnóstica, el interés del diagnóstico definitivo será solamente científico.

Histológicamente, el osteoma está formado por hueso compacto, aunque a veces el hueso es esponjoso.

Condroma. El condroma es una neoplasia benigna central compuesta de cartilago desarrollado. Aunque es raro verlo en los huesos membranosos, puede encontrarse en la

mandíbula y el maxilar superior, en las que pueden encontrarse estos cartilagos que darán origen a la neoplasia.

Clinicamente pueden ser una prominencia nodular o un abultamiento único, redondeado de consistencia ósea, o -- puede ser una masa ósea multilobulada, recubierta por una mucosa lisa, de color normal. Las localizaciones más frecuentes son la región anterior del maxilar superior, el cuerpo de la mandíbula, y las apófisis coronoides y el condilo de la rama.

Los datos radiológicos consisten en una radiotransparencia difusa, mal limitada, color gris claro de aspecto granular o ligeramente moteado. El tumor suele desplazar a los dientes vecinos, y, por su acción progresivamente destructiva, puede producir una lacitud de los dientes e incluso una resorción de las raíces.

Histológicamente. El condroma se compone de una masa de cartilago hialino que a veces presenta calcificación y necrosis.

Debido a que el condroma tiende a malignizarse, la exploración microscópica de la muestra biopsica debe hacerse con gran cuidado antes de dar el dictámen de una malignidad o de una benignidad.

Figroma osificante (Osteofibroma). El fibroma osificante es una neoplasia de crecimiento lento, asintomático y que puede presentarse en cualquiera de los maxilares. Cuando es pequeña y no se acompaña de agrandamiento óseo,

puede descubrirse durante una exploración radiográfica - habitual.

Si la evolución continúa puede encontrarse un abultamiento de superficie lisa, de coloración normal y de forma curvada y consistencia ósea, que a veces puede alcanzar grandes proporciones y producir una marcada asimetría o deformidad. El desplazamiento de los dientes de sus posiciones normales se debe a tumuraciones mucho mayores.

Cuando el enfermo conoce su existencia, la historia clínica del fibroma osificante indica generalmente que es una tumuración de crecimiento lento y de larga duración, que ha existido durante meses o años, por lo que hay que pensar en un tumor benigno.

El aspecto radiográfico es muy variable, dependiendo de la fase de desarrollo del tumor. Suele ser radiotransparente en sus primeras fases presentándose como una lesión lisa, curvada bien delimitada en el cuerpo de la mandíbula o del maxilar, que no se puede distinguir de las lesiones quísticas. En esta etapa, como en las posteriores el fibroma osificante puede acompañarse de signos de desplazamiento de los dientes, del canal mandibular hacia abajo o del suelo del centro de Highmore hacia arriba.

Además, la cortical puede ser asimétrica debido a la expansión que produce el tumor.

En los estadios más posteriores, se observan diversos grados de calcificación dentro de las zonas radiotranspa-

rentes, desde pequeñas manchas radiopacas hasta cuerpos calcificados de mayor tamaño y de forma irregular. Si la lesión continúa evolucionando, las masas radiopacas van reemplazando a las zonas radiotransparentes que incluso llegan a desaparecer.

Los datos histológicos también varían, dependiendo del estadio de evolución del tumor. En las etapas precoces, el tumor se presenta como un fibroma diseminado con numerosas islas pequeñas o grandes calcificados.

En la evolución más avanzada, las zonas de calcificación crecen y contactan, estableciendo así la preponderancia de la radiopacidad en las neoplasias más avanzadas.

### 3.2 PRONOSTICO

El pronóstico de los torus, tanto palatinos como mandibulares es favorable, por lo que esta afección no pone en peligro la vida del paciente.

Y dependiendo de los datos proporcionados en la historia clínica del paciente, conoceremos de antemano su situación actual, tanto personal como clínica; y así determinar si las condiciones que presenta el paciente, son las adecuadas para llevar a cabo el tratamiento, que será en este caso la cirugía de los torus.

## CAPITULO IV

## VALORACION PREOPERATORIA

- 4.1 HISTORIA CLINICA
- 4.2 ANALISIS DE LABORATORIO
- 4.3 VALORACION PSICOLOGICA
- 4.4 VALORACION Y ELECCION ANESTESICA
- 4.5 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

#### 4.1 HISTORIA CLINICA

Concepto. Se le llama historia clínica a la relación ordenada y detallada en los que se obtienen los datos y conocimientos anteriores personales, familiares, actuales y detalles clínicos, relativos a un paciente determinado y que se asentarán en hojas impresas o papel blanco.

El propósito del dentista al realizar este examen es para determinar si la capacidad física y emotiva de un paciente determinado le permitirán tolerar un procedimiento específico. En nuestra calidad de dentista, quisieramos establecer un factor de evaluación que nos permita decidir si podemos proseguir, con relativa seguridad, el tratamiento, o si esta indicada una consulta médica antes de efectuar dicho tratamiento.

La historia clínica que se elabora para la cirugía de los torus palatinus y mandibular es muy parecida a cualquier otra historia clínica, sea institucional, o de la práctica privada, y se va elaborar basándose en los elementos propedéuticos conocidos y que son:

- a) Interrogatorio
- b) Inspección y exploración general
- c) Exploración bucal

a) Interrogatorio. Es el conjunto de palabras lógicas y ordenadas que se hacen al paciente con el objeto de recoger datos objetivos y subjetivos, que no pue

den ser obtenidos por la observación directa, con fines de diagnóstico, y por medio de él vamos a obtener todos los datos referentes a:

**Ficha personal.** Es decir, nombre, edad, sexo, ocupación, domicilio, y teléfono, y en caso institucional el número de expediente, cama y servicio.

**Antecedentes hereditarios.** En esta parte se anotarán los datos referentes a enfermedades hereditarias o transmisibles que los familiares directos (padres, abuelos, hermanos, cónyuge) hayan sufrido, como son: antecedentes luéticos, fímico, diabéticos, cardíacos, neoplásicos y mentales.

**En los antecedentes personales no patológicos;** se van a obtener datos referentes a: condiciones de vida y nivel socioeconómico del paciente, por lo que se interrogará sobre: hábitos, higiene personal, habitación, alimentación, ingesta de líquidos, lugar de nacimiento y residencia actual, escolaridad, trabajo anterior y actual, deportes que practica, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, cuadro completo de inmunizaciones e inmunizaciones recientes.

**Antecedentes personales patológicos:** En esta parte se obtendrán los datos concernientes a enfermedades que el paciente, haya padecido en el curso de su vida, los que serán anotados de ser posible

en órden cronológico, desde su primera infancia hasta la actualidad, debiendo orientar al paciente interrogándolo sobre enfermedades crónicas como: amigdalitis de repetición, cuadros diarreicos, estados catarrales frecuentes y sobre otras enfermedades importantes como: fiebre reumática, crisis convulsivas, neumonía, antecedentes cardíacos, enfermedades venéreas y enfermedades renales, etc.

El interrogatorio en esta parte será orientado - también hacia antecedentes hemorrágicos, traumáticos, transfusionales y anestésicos tanto generales como locales.

Antecedentes odontológicos. Principalmente en relación con probables complicaciones anestésicos o hemorrágicos; y antecedentes alérgicos a alimentos o medicamentos y otros substancias.

Cronología de padecimiento actual. En esta parte se interrogará al paciente sobre la fecha de inicio, sintomatología, localización, causa a que lo atribuye, evolución, terapéutica, empleada y estado actual de los síntomas.

El interrogatorio también se utilizará para obtener los datos relacionados con padecimientos de aparato y sistemas que se anotarán en la parte de la historia clínica que les corresponde, cuyo orden es más o menos semejante en toda historia clínica, por lo que no serán descritos.

**b) Inspección y exploración general.**

En esta parte se observarán y anotarán el aparente estado general del paciente, observando la relación entre la edad aparente y la cronológica, la constitución, conformación, facies, orientación, actitud, forma de adaptarse al medio, marcha y movimientos.

Continuando con la exploración corporal que incluye:

**Cabeza.** Integridad anatómica de la misma, exostosis y enostosis, implantación del cabello, ojos, nariz, boca cuya exploración se explica más adelante, y oídos.

**Cuello.** Forma, volumen, longitud, tráquea, tejido celular y pulso carotídeo.

**Tórax.** Forma, volumen, exploración de campos pulmonares y área cardíaca.

**Abdomen.** Forma, volumen, alteraciones viscerales y movimientos peristálticos.

**Extremidades.** Forma longitud, simetría, movimientos, y pulso.

**c) Exploración bucal.**

En lo referente a los datos que el odontólogo ob-

tendrá y asentará respecto a la exploración de la cavidad oral y en relación con los torus palatinus y mandibular, se apoyará y auxiliará en los siguientes métodos:

**Observación.** Es efectuada en el orden siguiente: Coloración, aumento de volumen de la mucosa palatina o lingual, y de este lugar, extensión, forma en que se presenta: que puede ser plana nodular, forma de aguja, fusiforme o lobular.

Se observará también si existen ulceraciones en la mucosa que cubre al torus o si la mucosa está intacta.

**Palpación.** Mediante esta se obtendrán datos de consistencia, firmeza, extensión, del aumento de volumen en hueso.

**Percusión.** Por este medio, se localizarán puntos dolorosos o se provocarán reflejos, esto se llevará a cabo con un instrumento, aplicando pequeños golpes en determinada región y tratando de obtener dolor a la percusión vertical y horizontal. Con esto diferenciaremos las partes afectadas.

#### 4.2 ANALISIS DE LABORATORIO

Ya que la exéresis de los torus es un padecimiento quirúrgico que incluye incisión, hemorragia, osteotomía, etc., debe ser considerado semejante a cualquier otra intervención quirúrgica y por lo tanto así como se ha investigado el estado general del paciente por medio de la historia clínica, tendremos que confirmar éste a través de pruebas de laboratorio, las que deben indicarse rutinariamente y que son:

Biometría Hemática  
Tiempo de Protrombina  
Grupo Sanguíneo y Factor Rh  
Química Sanguínea

### 4.3. VALORACION PSICOLOGICA

La valoración psicológica, es un complemento de la valoración clínica, que el C.D. deberá tener muy en cuenta. El cuidado de cualquier paciente requiere mucho más que el simple conocimiento y habilidad técnica; son también imprescindibles el interés para el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales.

Cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre nos referimos a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad o al tratamiento.

Por lo anteriormente expuesto, analizaremos a continuación los objetivos principales de la valoración psicológica que son: conocer la personalidad del paciente, es decir, identificar su organización caracterológica, sus conflictos y experiencias interna, y sus actitudes y respuestas a las presiones externas, permitiendo de esta manera orientarnos sobre sus reacciones y por lo tanto sobre la elección de su manejo adecuado.

En primer lugar, es sumamente importante considerar y entender la relación médico-enfermo; la comprensión de los problemas que frecuentemente surgen en esta relación interpersonal le permitirán al primero, manejarla más eficazmente.

La experiencia del enfermo en su primera visita al

C.D. es particularmente significativa para el curso posterior de su relación con él.

En segundo lugar, la reacción con la que diferentes personas responden al mismo estímulo, varía considerablemente pues las circunstancias tienen mucho que ver con la percepción del dolor, y la reacción del paciente a él, estarán sujetos a múltiples factores psicológicos, entre los que podemos mencionar:

- a) La continuidad del dolor
- b) La carga dolorosa total
- c) El entrenamiento o acostumbamiento del paciente al dolor
- d) La experiencia dolorosa previa
- e) El conocimiento y comprensión del dolor por parte del paciente
- f) La atención y distracción; y
- g) Los estados de fátiga y de histeria.

#### 4.4 VALORACIÓN Y ELECCIÓN ANESTÉSICA

El procedimiento quirúrgico para la eliminación de los torus, no es difícil y puede hacerse en el consultorio con anestesia local, regional y anestesia general.

Si se utiliza esta última, el procedimiento puede efectuarse más eficazmente en el hospital.

La elección del tipo de anestesia que se utilizará dependerá de los siguientes factores:

- a) Tiempo necesario para el procedimiento
  - b) Edad y estado físico del paciente
  - c) Estado emocional del paciente
  - d) Infección y limitación de la apertura bucal
  - e) Criterio del cirujano
- a) Tiempo necesario para llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, determinará el tipo de anestesia que se utilizarán. En general, los procedimientos intra-bucuales que requieren de menos de 30 minutos, se manejan adecuadamente con anestesia local; en los casos en que el procedimiento quirúrgico es más prolongado se manejará mejor con anestesia general, en cuyo caso será necesario internar al paciente en un sanatorio que cuente con los elementos necesarios.
- b) La edad y el estado físico del paciente, son también factores a valorar, ya que habrán casos en

que se contraíndique la administración de anestésicos locales y habrá otros en los que por trastornos cardíacos o sistemáticos de otra índole, - el riesgo de la anestesia general sea muy alto, debiendo utilizarse entonces la anestesia local.

Siempre que sea posible utilizar la anestesia local hay que hacerlo, de éste modo se evitará, exponer al paciente al riesgo que representa la anestesia general.

- c) El estado emocional del paciente es otro factor digno de tomarse en cuenta para determinar la elección de la anestesia, ya que frecuentemente encontramos pacientes con aversión a las inyecciones -- dentro de la boca, y miedo en general a los procedimientos odontológicos; muchos de estos casos tendrán que ser tratados bajo anestesia general, sin embargo será necesario explicar al paciente el riesgo que representa dicha anestesia.
- d) Infección y limitación de la apertura bucal. La acción de un anestésico local, esta determinada por el Ph del medio en que se administra, siendo el óptimo para su acción un medio alcalino; es bien conocido que un tejido inflamado o con un proceso infeccioso, presenta un Ph francamente ácido, el cual modifica la acción del anestésico inyectado en forma total o parcial. Aunado a esta circunstancia la probabilidad de diseminación de la infección. Por todo lo anterior, en caso de haber in-

fección bien establecida o reacción inflamatoria, de primera intención trataremos de resolver el proceso infeccioso para posteriormente establecer el manejo con anestesia local; cuando esto no fuera posible, preferimos manejar al paciente con anestesia general.

En algunos casos de limitación de apertura bucal, y en los que sea necesario actuar de urgencia, tendrá que utilizarse la anestesia general, ya que por una parte dificultará la administración de -- anestésicos locales; y por otra, habrá necesidad de utilizar relajantes musculares y abrebocas, ins trumentos que no podría emplearse bajo anestesia local.

- e) Criterio del cirujano. La reunión de todos estos factores, y el criterio del cirujano, además del entrenamiento, costumbre, comodidad y técnica del mismo para efectuar el procedimiento quirúrgico con una u otra anestesia, será fundamental en la elección de ésta.

#### 4.5 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Las indicaciones para realizar la eliminación quirúrgica de torus palatinus son:

- Desarrollarse hasta interferir con el habla
- Cuando cause problemas al masticar y deglutir
- La mucosa se traumatice, ulcere y no se pueda curar a causa de su pobre vascularización.
- El paciente no pueda de otro modo ser convencido de que no tiene un tumor maligno.
- Cuando el torus interfiera con la forma de una prótesis removible. Aún cuando la construcción de la prótesis no contemple todo el torus, se tiene que remover.

Otro criterio para removerlo sería:

- Tamaño extremo
- Socavación
- Interfiera con el sellado posterior de la dentadura
- Inestabilidad de la dentadura debido al balanceo ya que el torus sirve de Fulcro.

Las indicaciones para eliminar quirúrgicamente un torus mandibular, son casi las mismas que el anterior.

- Cuando llegan a ser tan grandes que impiden o dificultan el habla
- Caucen dificultad al comer
- Cuando la cubierta mucosa se ulcera como resultado del trauma y fracaso al curarse.
- Para facilitar la construcción de un removible parcial o prótesis completa.

Las contraindicaciones para realizar la exéresis de cualquier tipo de torus son:

- La presencia de algún proceso infeccioso agudo cercano a la zona por intervenir, ya que en un momento causaría problemas en la herida.
- Limitación de la abertura bucal, ya que en este tipo de intervención, necesitamos la mayor visibilidad posible, para ver la zona que abarque los torus.
- En pacientes diabéticos no controlados, por que presentarían alternaciones en la coagulación y retardo en el proceso de cicatrización, elevándose el riesgo de una hemorragia, además de la posibilidad de que se presente un proceso infeccioso; por otro lado el stress quirúrgico podría ocasionar una descompensación en el proceso metabólico del paciente.
- En pacientes cardiopatas no controlados. En estos casos el efecto de los anestésicos locales, de manera predominante los que administramos con vasoconstrictores, ocasionan vasoconstricción periférica y aumento de la presión sanguínea, lo que podría redundar en insuficiencia cardíaca, o bien aunque con menor frecuencia comprometer la circulación a nivel de músculo cardíaco y establecer alteraciones que pueden ir de leve hasta franca necrosis de dicho músculo, por lo que no es recomendable

realizar el procedimiento quirúrgico sin una valoración cardiovascular previa al tratamiento quirúrgico.

- En paciente con insuficiencia respiratoria.
- En pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Con trastornos en la coagulación o en tratamiento a base de anticoagulantes.

**CAPITULO V****CONSIDERACIONES PRELIMINARES A LA TECNICA QUIRURGICA****5.1 INSTRUMENTAL QUIRURGICO****5.2 POSICION DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO QUIRURGICO**

### 5.1 INSTRUMENTAL QUIRURGICO

El instrumental quirúrgico que se emplea en la cirugía de los torus y rebordes residuales es el siguiente:

**BISTURI.** Consta de dos partes, el mango y la hoja, por lo general se usa el mango de bisturí de Bard Park No. 3, y las hojas que se emplean más frecuentemente para éste procedimiento son las No. 15 y 12.

**LEGRA O ELEVADOR DE PERIOSTIO.** La más utilizada es la legra lateral de Seldin, y es el instrumento que se utiliza para desprender el colgajo mucoperióstico de su inserción ósea después de practicada la incisión. Motor de Baja velocidad con su respectiva pieza de mano,

**FRESAS QUIRURGICAS.** Las más adecuadas para cortar y reducir el torus, son las fresas de carburo de (baja velocidad de fisura No. 700, también se puede utilizar la fresa de punta de lanza, utilizando gran cantidad de irrigación.

**ESCOPLO DE UN SOLO BISEL Y MARTILLO.** Este instrumento se utiliza cuando los torus son pequeños y de base no ancha, en torus palatinus y mandibulares y cuando tenga la suficiente experiencia al usarlos.

**GUBIA O ALVEOLTOMO.** Las pinzas gubia se utilizan para la eliminación de crestas o vértices salientes y en general para la regularización de bordes óseos.

**LIMAS PARA HUESO.** Son instrumentos destinados para alisar los bordes óseos después de la regularización.

**TIJERAS.** Las hay curvas y rectas; las primeras se emplean para resecaer exceso de tejido, eliminar tejidos patológico o para regularizar tejidos blandos después de terminada la extirpación; y para cortar el remanente de los puntos de sutura se emplean las rectas.

**PINZAS DE DISECCION.** Las más útiles son las pinzas de disección dentadas o de dientes de ratón, para sostener o presentar el colgajo de los tejidos blandos en el momento de su resección o de la sutura.

**PORTA AGUJAS.** Es el instrumento que sirve para transportar y hacer penetrar la guja para los tejidos, -- siendo el instrumento indispensable para practicar la sutura.

**MATERIAL DE SUTURA.** Se utiliza seda 000 y 0000 con aguja y 15 ó de 1/4 de círculo.

**JERINGA PARA IRRIGACION.** Generalmente se utiliza la jeringa aspeto, que consiste en una pera de caucho o plástico que se adhiere al cuello del cuerpo de la jeringa, el cual termina en una punta cónica. Esta jeringa se maneja con una sola mano y es indispensable en el momento de la osteotomía.

**CANULA DE ASPIRACION.** Es una pieza importante en la cirugía bucal, se encarga de la eliminación de la san-

gre, saliva, suero de irrigación, etc., la más útil para este fin es la cánula de aspiración, de Ferguson, y existen en una numeración progresiva de acuerdo al grosor que va del No. 6 al 12.

**MATERIAL DE DRENAJE.** El más empleado es el Penrose en diámetro y longitud variable, el cual sirve para mantener una vía permeable de salida, para la hemorragia remanente.

## 5.2 POSICION DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO QUIRURGICO

El procedimiento quirúrgico no es difícil y puede llevarse a cabo en el consultorio, siempre y cuando éste se encuentre adaptado y equipado para realizar en él este tipo de procedimiento o, si se prefiere realizar este tipo de cirugía en el quirófono de un hospital, para mayor comodidad y seguridad, tanto del paciente como del operador.

**POSICION DEL PACIENTE.** El paciente se colocará en posición decúbito-supina, con los brazos y piernas asegurados a la mesa de operaciones o al sillón dental - puesto en posición horizontal, según sea el caso, esto evita movimientos, bruscos del mismo, durante el transcurso de la operación; la posición de la cabeza varía de acuerdo a la zona por operar, cuando se trata de maxilar superior, la cabeza deberá estar inclinada hacia atrás para que el paladar esté en un plano vertical, y en el maxilar inferior seguirá la línea del cuerpo.

**EQUIPO QUIRURGICO.** El personal de la sala de operaciones representa un equipo cuya coordinación es indispensable, ya que cada uno de ellos tiene una responsabilidad definida dentro de la cirugía, debiendo tomar una posición determinada durante el transcurso de ésta.

Dicho equipo consta, aparte del cirujano de:

- a) El ayudante quirúrgico, quien es el colaborador directo del cirujano.

- b) La enfermera instrumentista, quien será la encargada de manejar y proporcionar a los dos primeros el instrumental.
- c) La enfermera circulante, que va a ser la que se encuentra fuera del área esteril y se encarga de proporcionar todos los elementos que se requieran y que estén fuera de dicha área.

POSICION DEL CIRUJANO. Aunque la posición clásica de éste es de pie, soportando por sus dos extremidades inferiores, repartiendo su peso corporal equitativamente en ambas y colocado a la derecha del paciente; actualmente y desde hace algunos años un gran número de cirujanos bucales han adoptado la posición de sentado en un banquillo móvil pudiéndose desplazarse al lado opuesto en los casos que así sea necesario.

El ayudante quirúrgico se colocará al lado opuesto al cirujano, y la instrumentista se adaptará al espacio y necesidades de ellos.

POSICION DEL ANESTESIOLOGO. En el caso de que la cirugía se efectúe bajo anestesia general, el anestesiólogo se colocará por detrás de la cabeza del paciente.

Una vez colocado el paciente, se procederá a realizar la antisepsia de la cavidad oral y de la piel que la rodea, con el fin de reducir la flora bacteriana que existe en la zona por operar, utilizando antiséptico, tales como benzalconio diluido u otros aplicados con torundas de gasa empapadas con ésta solución.

Una vez realizada la antisepsia, se limitará el campo operatorio por medio de campos estériles, dejando al descubierto la boca.

## CAPITULO VI

TIEMPOS QUIRURGICOS Y TECNICAS MAS UTILIZADAS PARA LA ELIMINACION DE TORUS PALATINUS, MANDIBULARES Y REBORDES RESIDUALES.

- 6.1 TIEMPOS QUIRURGICOS
  - 6.1.1 Asepsia y anestesia
  - 6.1.2 Incisión
  - 6.1.3 Disección del colgajo y retracción del mismo
  - 6.1.4 Osteotomía
  - 6.1.5 Alisamiento
  - 6.1.6 Sutura
- 6.2 PLANOS CONSTITUTIVOS DEL PALADAR DURO O BOVEDA PALATINA.
- 6.3 PLANOS CONSTITUTIVOS DEL PALADAR BLANDO O VELO DEL PALADAR.
- 6.4 TECNICA MAS UTILIZADA PARA LA ELIMINACION DE UN TORUS PALATINO NODULAR.
  - 6.4.1 Cuidados postoperatorios inmediatos.
  - 6.4.2 Cuidados postoperatorios mediatos.
- 6.5 EXERESIS DE EXOSTOSIS PALATINAS POSTERIOS LATERALES
- 6.6 CONTENIDO DEL COMPARTIMIENTO SUBLINGUAL
- 6.7 ELIMINACION DE TORUS MANDIBULARES
- 6.8 ELIMINACION DE REBORDES RESIDUALES AFILADOS.

## 6.1 TIEMPOS QUIRURGICOS

Los tiempos quirúrgicos que se realizarán para la exéresis de: Torus Palatinus, Torus Mandibulares y Rebor-des Residuales; son los mismos. Por consiguiente los des cribimos en forma general para los tres casos, posterior-mente se describirá la técnica utilizada en cada caso.

### 6.1.2 Incisión.

La incisión tiene por objeto abrir un camino en los tejidos superficiales, para llegar a planos más profundos y realizar así, el objeto de la intervención. Esta debe reunir una serie de condiciones, cumpliendo de esta manera los preceptos que dicta la técnica quirúrgica, siendo los siguientes:

- a) Debe ser tan pequeña como sea posible y tan grande como sea necesaria.
- b) Realizarse de un sólo trazo, sin cortes secundarios y hecha con bisturí filoso o nuevo.
- c) Debe llegar en profundidad hasta el tejido óseo, seccionando de esta forma el perióstio; esta manio-bra se realiza más fácilmente manteniendo tensa la mucosa.
- d) El diseño debe asegurar una base del colgajo lo su-ficientemente amplia para proporcionar un buen apore te sanguíneo a éste.

### 6.1.3 Disección del Colgajo.

Las incisiones, como ya se ha mencionado, son la vía de abordaje, para hacer la disección de un segmento de mucoperiostio que se denomina colgajo. El desprendimiento de éste se efectuará colocando entre los labios de la herida y entre el mucoperiostio y el plano óseo el disector, desprendiendo el colgajo de su inserción ósea y elevando por lo tanto la mucosa y el periostio, sin lesionar éste último, ya que es un factor importante en la reparación del defecto óseo.

Los bordes del colgajo deben cuidarse en tal forma, que cuando se reintegren a su posición primitiva, dichos márgenes o bordes estén bien conservados y tengan un buen soporte óseo, asegurándose de esta manera su curación.

La pinza de disección de dientes de ratón, ayuda a disecar el colgajo, con ella se toma el labio de la incisión ligeramente movilizado y se levanta, al mismo tiempo que la legra desprende el colgajo, en la extensión necesaria según sea el caso.

El colgajo mucoperiostio debe ser retraído y protegido durante el acto operatorio mediante separadores de Austin o de Sterling, interrumpiendo dicha retracción periódicamente con el objeto de favorecer su irrigación.

### 6.1.3 Osteotomía.

Es el procedimiento que elimina total o parcialmente

el hueso. En todas circunstancias, es muy importante evitar el calentamiento del hueso, irrigando el campo quirúrgico con goteo de suero fisiológico, por medio de una jeringa asepto.

Las normas generales de la técnica quirúrgica con -- respecto a la resección ósea, serán estudiadas como sigue:

- En primer término, el nombre de la osteotomía será mesial, distal, palatina o lingual, de acuerdo con el lugar donde se realiza la eliminación del hueso.
- En segundo término, se considera la cantidad de resección ósea, necesaria, de acuerdo a la previa valoración hecha basándose en la clínica y en el estudio radiográfico.
- En tercer término, deberá tenerse en cuenta los objetivos de la osteotomía que son: resección para aliviar en el paciente, las molestias causadas por la presencia de estas alteraciones y para poder ajustar el tipo de prótesis que el paciente necesite.

#### 6.1.5 Alisamiento.

El alisamiento de la superficie ósea se logra con cizallas, limas, fresas o ruedas giratorias para hueso.

### 6.1.6 Sutura.

Es el procedimiento que tiene por objeto unir y fijar los tejidos separados por la incisión. El tipo de sutura que se utiliza, será de acuerdo a la región por suturar, y el material a utilizar es seda 3 (000) con aguja T 15, 1/4 de círculo de corte redondo.

## 6.2 PLANOS CONSTITUTIVOS DEL PALADAR DURO O BOVEDA PALATINA.

La bóveda palatina consta de cuatro capas, que son, yendo de la boca hacia las fosas nasales:

- a) Una primera capa mucosa (capa mucosa inferior).
- b) Una capa glandular.
- c) Una capa ósea.
- d) Una segunda capa mucosa (capa mucosa superior)

a) Capa mucosa inferior. La mucosa es de color rosa pálido. Su espesor es mayor en las partes laterales que en la línea media, es resistente y se adhiere íntimamente al periostio. A nivel del borde alveolar del maxilar se continúa con las encías.

b) Capa glandular. La capa glandular está formada por dos masas de pequeñas glándulas arracimadas, las glándulas palatinas posterolaterales, que se les encuentra situadas a cada lado de la línea media, en el espesor mismo de la mucosa, y presenta su máximo desarrollo en la parte posterior de la región, donde forman una capa continua y espesa. Son clasificadas como glándulas salivales accesorias y su tipo de secreción es mucosa pura.

En esta segunda capa pero en su parte más anterior se encuentran acúmulos de células grasas que están localizados más profundamente. Por lo tanto, se

les encuentra entre el tejido conectivo subepitelial y el periostio del hueso palatino.

- c) Capa ósea. La bóveda ósea del paladar, rugosa por el lado bucal, lisa en cambio, por el lado nasal, formada por la cara inferior de las apófisis palatinas del maxilar superior y la lámina horizontal de los palatinos, presenta en la línea media y en su parte anterior el agujero palatino anterior, en los ángulos posterolaterales los agujeros palatinos posteriores y los accesorios.
- d) Capa mucosa superior. La cara nasal del paladar óseo está tapizado por la pituitaria, mucosa que pertenece a las fosas nasales.

### 6.3 PLANOS CONSTITUTIVOS DEL PALADAR BLANDO O VELO DEL PALADAR.

El velo del paladar comprende en su estructura, cinco capas, yendo de su cara bucal a su cara nasofaríngea:

- a) Una primera capa mucosa (capa mucosa inferior)
  - b) Una capa glandular
  - c) Una capa aponeurótica
  - d) Una capa muscular
  - e) Una segunda capa mucosa (capa mucosa superior)
- a) Capa mucosa inferior. La mucosa del velo del paladar es de color más intensamente rosado, delgada fina y está débilmente unida a la aponeurosis, entre las cuales se interpone, a nivel de la úvula y de los pilares, una capa submucosa laxa lo que hace que éstos presenten una predisposición particular a los edemas.
- b) Capa glandular. Adquiere especialmente en su parte anterior, un desarrollo notable: en ciertos puntos no mide menos de 4 a 5 mm; de espesor. En su parte posterior las glándulas son escasas. Las glándulas que existen en esta capa son las glándulas palatinas del paladar blando y sus secreciones son totalmente mucosas.
- c) Capa aponeurótica. La aponeurosis del velo del paladar ocupa sólo el tercio anterior de la longi-

tud total del velo. Es una hoja tendinosa, cuyo borde anterior se fija en el borde posterior de la bóveda palatina ósea y en la espina nasal posterior mientras los bordes laterales toman inserción en el gancho de la apófisis pterigoides. Se adelgaza hacia atrás y se pierde en medio de los fascículos musculares que van a insertarse en ella, ya que desempeña el papel de esqueleto de inserción de los músculos del velo del paladar.

Aunque delgada es muy resistente. Por el sólo hecho de sus inserciones óseas, está perfectamente tensa, por lo que, en la práctica, no es siempre fácil encontrar por el tacto el borde posterior de la bóveda palatina, ya que la sensación de resistencia proporcionada por el paladar ósea se -- continúa en la parte anterior del paladar membranoso, gracias a ésta aponeurosis.

- d) Capa muscular. Los músculos que se encuentran en esta capa son diez, cinco de cada lado y son:
1. Palatostafilino
  2. Peristafilino interno
  3. Peristafilino externo
  4. Faringostafilino
  5. Glosostafilino
- e) Capa mucosa superior. La capa superior del velo está cubierta por una mucosa desigual, roja delga-

da que no es más que la continuación de la mucosa nasal. A nivel del borde del velo esta mucosa se une con la que reviste su cara inferior.

La mucosa nasal está adherida a las vainas musculares que forman la parte central del paladar --blando.

#### 6.4. TECNICA MAS UTILIZADA PARA LA EXERESIS DE UN TORUS PALATINO NODULAR.

La posición del paciente en el sillón dental, debe ser con la cabeza inclinada hacia atrás para que el paladar esté en un plano vertical. La anestesia local se usa para bloquear los nervios palatinos derecho e izquierdo anterior y el nervio nasopalatino. La inyección de un anestésico local cerca de la base de la protuberancia ósea, limitará la hemorragia en la zona y al mismo tiempo, inflará los tejidos lo suficiente para facilitar la disección.

• En la figura No. 1, se muestra un amplio torus y los cortes que se van a realizar.

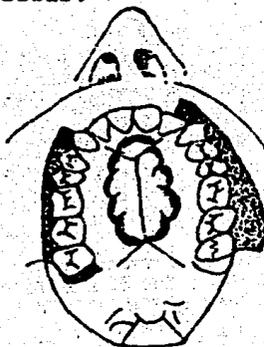


FIG. No. 1 INCISION.

Una incisión en la línea media del paladar es hecha a lo largo del torus, con una extensión deltoide en ambos extremos, a una distancia de 0.5 cm; más allá del ancho del torus, en los cortes que se van a realizar se debe evitar la foramina vascular.

Si el torus se extiende a los bordes posteriores del paladar duro, se debe tener mucho cuidado para evitar la penetración en el paladar blando.

Cada colgajo es levantado con un elevador periosteal, una vez elevados los colgajos se les puede sostener con suturas a los dientes o al proceso alveolar, para mantenerlos fuera del campo de acción. Figura No. 2

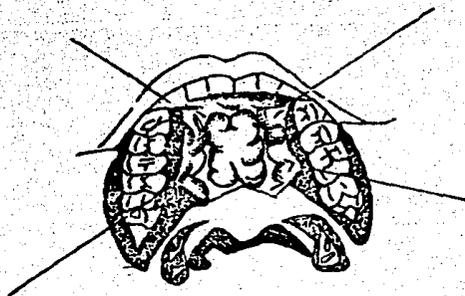


FIG. No. 2 DISECCION DEL COLGAJO.

Levantar esta membrana de dichas eminencias óseas redondeadas, disecarla de las líneas de fusión y depresión sin perforarla es excesivamente difícil.

Cuando el colgajo, ha sido levantado hacia la periferia del torus, la membrana mucoperióstica se torna más densa y se eleva con mayor facilidad. Se debe de tener mucho cuidado para no traumatizar, desgarrar o perforar los colgajos. Cualquiera de estos accidentes puede producir isquemia, resultando en necrosis de uno o ambos colgajos.

En la figura No. 3, se muestran los cortes que se van a realizar en el torus.

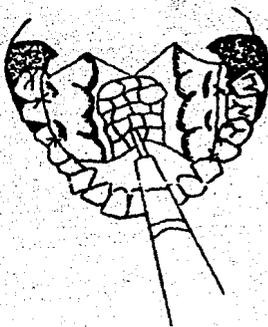


FIG. No. 3 OSTEOTOMIA

Con una fresa de fisura No. 703 de carburo u otra que sea de tamaño comparable puede ser usada para cortar las ranuras del torus, dándole apariencia de un barquillo. El corte del hueso se debe hacer a la profundidad deseada, con cuidado para evitar la penetración en el piso de la nariz. Se utiliza pieza de mano de baja velocidad, con gran cantidad de irrigación.

Una vez que el torus se ha dividido, los pedazos se pueden remover con forceps, o con un cincel y martillo. El borde del cincel se coloca en la base del torus con el bisel hacia el hueso palatino, el cincel así golpeado con el martillo produce un movimiento aplanador: pero si el cincel fuera rotado de manera que el bisel no se dirigiera al hueso palatino, al golpearlo podría penetrar en la cavidad nasal.

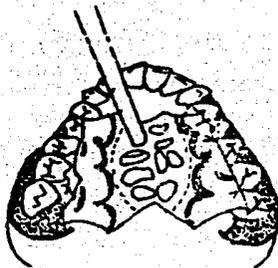


FIG. No. 4 FRAGMENTACION

El alisamiento de la superficie ósea se logra con cizallas y limas o ruedas giratorias para hueso. El torus no necesita reducirse hasta que resulte un contorno cóncavo del paladar. Un paladar plano o aún con un ligero residuo en la superficie média es adecuado en la mayoría de los casos.



FIG. No. 5 ALISAMIENTO.

Al reubicar el colgajo, se advierte que no es tan largo como lo era al principio, porque los colgajos poseen -- cualidades elásticas, de manera que se acortan algo, las porciones que exceden son eliminadas con tijeras, después se aproximan los bordes y se suturan en posición.

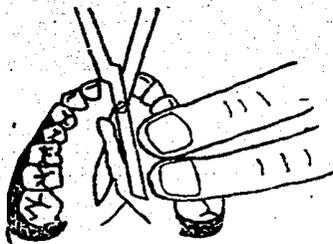


FIG. No. 6 RECORTAMIENTO.

Se debe tener mucho cuidado al suturar ya que la mucosa es muy delgada y se puede desgarrar.

Algunos cirujanos prefieren ahorrar todo o la mayoría del resto de la mucosa, en tales casos la mucosa es cerrada con los bordes de adentro hacia afuera con suturas de colchonero. Esto resulta en una ~~mucosa~~ ~~cubriendo~~ la línea media del paladar.

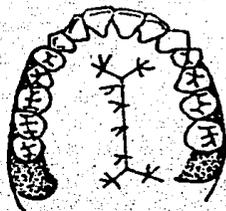


FIG. No. 7 SUTURA.

#### 6.4.1 Cuidados postoperatorios inmediatos.

Una férula quirúrgica de resina acrílica autopolimerizable puede ser construida antes de la operación. Al preparar la férula, el cirujano deberá recortar el modelo personalmente para observar la reducción ósea necesaria durante el procedimiento quirúrgico.

Se utiliza la férula quirúrgica para proteger al colgajo durante los primeros días después de la operación, ya que ésta no sólo protege físicamente a los tejidos contra

lesiones y detritus de alimento, sino que también evita la formación de hematomas bajo el colgajo, lo que retrasaría el proceso de cicatrización.

Si no se ha preparado la férula, suele ser suficiente un apósito bucal. También es posible insertar un torunda de gasa embebida en tintura de benzoina, la que se fija con varias suturas cruzadas de un lado de la arcada, al otro a manera de canasta. Si existen dientes, estos se utilizan para anclar las suturas cruzadas.

No todos los casos requieren el uso de férula, los factores determinantes son los siguientes:

- a) Tamaño de la bóveda del paladar.
- b) Tamaño de la base o raigón del torus.
- c) Grado de soltura del colgajo de la mucosa.

El sangrado persistente de hueso o en tejido suave debe ser controlado, si la formación de hematoma se quiere evitar.

Cuando son usados tubos de plástico, pueden ser removidos en 24 a 48 horas. Las suturas se pueden quitar de 6 a 10 días, y se puede hacer una impresión del paladar ya cicatrizado en 4 a 6 semanas.

#### 6.4.2 Cuidados postoperatorios mediatos.

El cuidado apropiados postoperatorio a menudo determina el éxito o fracaso de todo el procedimiento completo.

Estos cuidados de rutina son encaminados y enfocados hacia los siguientes aspectos:

- Prevenir la infección. Para lo cual se administrarán antibióticos de acuerdo al criterio del cirujano. Los de uso más frecuente son las penicilinas en sus diversas presentaciones, como lo es para estos casos la: Penprocilina de 800,000 U.V.I., cada 12 ó 24 hrs., según sea el caso.  
Ampicilina de 250 a 500 mg., cápsulas de 1 c/6 hrs.
- Combatir la inflamación. Natural reacción de los tejidos traumatizados por las maniobras quirúrgicas. Esto se logra mediante fisioterapia y antiinflamatorios a juicio del cirujano. Generalmente se utilizan analgésicos que contienen antiinflamatorios en su fórmula como son: La aspirina y la fenilbutazona, aprovechando de este modo un solo medicamento, para combatir dos reacciones postoperatorias.

Evitar el dolor. Consecuencia lógica también del -- trauma quirúrgico, éste sería controlado a base de analgésicos de tipo y dosificación que el cirujano determine. Los más utilizados son los que contienen en su fórmula el ácido acetyl salicílico como lo es:

La Disprina, aspirina, mejoral, también se utiliza el Dolobid y la Fenilbutazona que son analgésicos y antiinflamatorios.

Los cuidados por parte del paciente consistirán en:

No molestar a la herida tocándola con los dedos, palillos de dientes o la lengua. Debido a que la irritación, sangrado e infección podrían instalarse en dicha herida. El coágulo que se forma es el método del organismo para efectuar la cicatrización de la herida y éste no deberá ser molestado.

No fumar, ni ingerir bebidas alcohólicas, durante la cicatrización de la herida.

Dieta a base de alimentos blandos o líquidos exentos de grasa e irritación, con el objeto de evitar traumatizar la herida durante el acto masticatorio. Asegúrese de consumir gran cantidad de líquido.

Practicar una higiene bucal exhaustiva, con el fin de evitar la acumulación de restos alimenticios en el sitio operado.

Evitar esfuerzos musculares de la región bucal, acción que podría provocar el desgarramiento de los bordes y la deshisencia de la herida.

Los puntos de sutura serán retirados en un término de 7 a 10 días, practicando un lavado mecánico de herida antes y después de quitarlos, citando al paciente una o dos veces posteriores, de acuerdo a su evolución hasta ser dado de alta.

## 6.5 EXERESIS DE EXOSTOSIS PALATINAS. POSTERIORES LATERALES.

Múltiples y pequeñas exostosis ocasionalmente son encontradas en la superficie del paladar y del proceso alveolar en la región, molar del maxilar, molestan mucho a los pacientes que usan prótesis.

La membrana mucosa en ésta área es gruesa con abundante tejido conectivo. Estos procesos óseos son observados, durante un examen inicial al paladar se notará su presencia debajo de la mucosa. Si estas exostosis son grandes y agudas, y si éstas causan presiones muy dolorosas, deben ser removidas.

El cuidado más grande durante el procedimiento quirúrgico es el abastecimiento vascular, ya que la exostosis - ocasionalmente se encuentra próxima al paquete vasculonervioso, el cual debe ser tomado cuidadosamente con el colgajo de tejido suave.

### Técnica.

El área es anestesiada con un cartucho de anestesia infiltrada al nervio alveolar superior posterior, el nervio palatino anterior y el nervio nasopalatino.

La incisión es hecha a lo largo de la cresta del proceso alveolar al lado posterior de la tuberosidad de la región premolar. Usualmente no se necesitan incisiones perpendiculares en el paladar, si la incisión en la cresta es

lo suficientemente grande, con eso nos bastará porque evitando incisiones en el paladar, se encuentra menos sangrado.

Si ocurre un fuerte sangrado, la ligación de los vasos se hace necesaria.

Una vez que la exostosis se ha expuesto puede ser removida con cizallas, fresa o cinsel. El sangrado deberá ser controlado para que la mucosa sea saturada.

## 6.6 CONTENIDO DEL COMPARTIMIENTO SUBLINGUAL.

El compartimiento sublingual contiene:

- a) La glándula sublingual.
  - b) La prolongación submilohioidea o anterior de la glándula submaxilar.
  - c) El conducto de Wharton.
  - d) Los vasos y nervios.
  - e) Tejido celular laxo.
- a) La glándula sublingual. Es la más pequeña de las glándulas salivales, de forma elipsoidal, aplanada transversalmente y con su eje mayor dirigido de atrás adelante y de fuera adentro. Dirigida paralelamente al cuerpo del maxilar y corresponde a éste hueso por su cara externa; por su cara interna descansa sobre los músculos de la lengua. Su borde, superior levanta la mucosa del suelo de la boca, determinando a cada lado del frenillo las dos prominencias oblongas que se conocen con el carúnculas sublinguales. Su extremidad posterior corresponde a la prolongación anterior de la glándula submaxilar; su extremidad anterior se pone en contacto con la del lado opuesto, detrás de la sínfisis mentoniana.

Formada por una serie de glándulas, la glándula sublingual se abre en el suelo bucal por un número variable de conductos excretorios, la más voluminosa de éstas glándulas dá origen a un conducto

especial, llamado Conducto de Bartholin o Rivinus, que se abre al lado y un poco por detrás del conducto de Wharton.

La secreción, aunque mixta, es predominantemente mucosa.

- b) Prolongación anterior o submilohioidea. De la cara interna de la glándula submaxilar, se desprende una prolongación anterior y otra posterior, la anterior o submilohioidea es aplanada transversalmente, que se dirige hacia arriba y hacia adelante, entre los músculos hipogloso y milohioideo, acompañando al canal de Wharton hasta la glándula sublingual.
- c) Conducto de Wharton. Nace en el parte media de la cara interna de la glándula submaxilar, se dirige hacia adelante y adentro, hasta el borde inferior del frenillo de la lengua en donde cambia de dirección y se curva un poco hacia arriba para desembocar en el piso de la boca. De una longitud de 4 a 5 cm., y un diámetro de 2 a 5 mm., es más grueso que el conducto de Stenon. El conducto de Wharton tiene el aspecto de una vena vacía.

En su parte más anterior, el conducto de Wharton corre por debajo de la mucosa del piso de la boca, adosado al del lado opuesto y desemboca a los lados del frenillo, en el ostium umbilicale de Bourdeau.

- d) Los vasos y nervios. Ya fueron descritos en el primer capítulo.
- e) Tejido celular laxo. Todos los órganos que acabamos de describir están rodeados por una capa de tejido celuadiposo, laxo especialmente hacia dentro debido a la gran movilidad de la lengua.

Las areolas de éste tejido celular pueden, aquí como en todas las regiones donde se producen movimientos agrandarse en algún sitio y constituir así, bien en la región retrosinfisaria, bien a cada lado del frenillo o hasta en la región de los molares, verdaderas serosas en miniatura.

La mayor parte de flemones malignos de marcha rápida e invasora descritos con el nombre de angina de Ludwig o de flemón difuso suprahióideo, se desarrollan en el tejido celulo-grasoso que llenan el compartimiento sublingual.

Como la cubierta de la mucosa del torus es muy delgada y fácilmente se rompe, un gran cuidado deberá tenerse mientras el colgajo está levantado, especialmente alrededor de los torus múltiples. (Fig. No. 2)

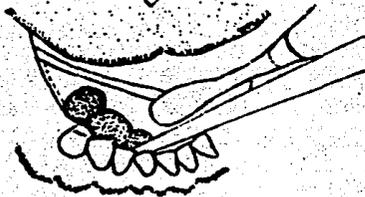


FIG. No. 2 DISECCION DEL COLGAJO.

El colgajo deberá estar protegido con un retractor ancho por el ayudante quirúrgico durante la subsecuente reducción del hueso. (Fig. No. 3).

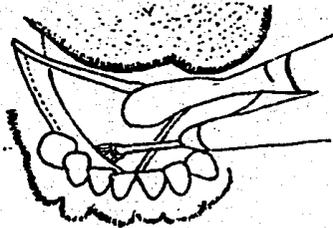


FIG. No. 3 OSTEOTOMIA.

Su eliminación es similar a la del torus palatino salvo cuando se presentan con una base estrecha o pediculados. En este caso, resulta mejor utilizar el mazo y un filoso cinsel. Es también de gran ayuda para el cirujano que el asistente quirúrgico sostenga la mandíbula mientras el mazo y el cinsel son usados.

En el caso de un largo y fusiforme torus, el corte en secciones, como fué descrito en el torus palatino, es la técnica quirúrgica más segura.

El alisamiento del hueso se puede hacer también, con limas para hueso y fresas.

Una inspección cuidadosa y aspiración de la herida son esenciales para quitar todas las astillas de hueso y desechos antes de que la mucosa sea cerrada, el excedente del colgajo es eliminado del margen cortado y suturado con material no absorbente y sutura continua.

discontinua.

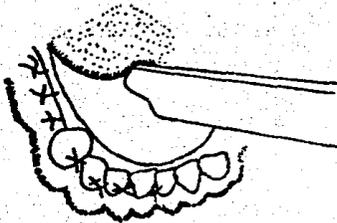


FIG. No. 4 SUTURA.

Los cuidados postoperatorios inmediatos, van a ser - los mismos que para el torus palatino como es el de asegurar la adaptación tisular correcta, mediante el uso de una férula de acrílico construída con anterioridad para eliminar el edema y la formación de hematomas.

La presencia de conductos salivales y del nervio lingual, así como la facilidad con que presenta edema postoperatorio e infección en el piso de la boca, dificultan aún más la cirugía en esta zona.

Los cuidados postoperatorios mediatos, también serán los mismos que se mencionaron en el torus palatino.

### 6.8 ELIMINACION DE REBORDES RESIDUALES AFILADOS.

El tratamiento es similar en cada situación; se levanta un colgajo lingual y labial, el hueso expuesto se contornea con fresas para hueso o gubia, posteriormente el borde es alisado con una lima rotatoria para hueso. El exceso de tejido se corta. Se acomodan los colgajos y se suturan con sutura continua.

Una técnica no quirúrgica para éste tratamiento cuando está contraindicada la cirugía o es indispensable conservar la altura del hueso, implica la fabricación de nuevas dentaduras utilizando los principios protéticos establecidos.

## CAPITULO VII

### COMPLICACIONES, ACCIDENTES Y TRATAMIENTO EN LA EXERESIS DE LOS TORUS.

#### 7.1 COMPLICACIONES EN TORUS PALATINUS

- 7.1.1 Hemorragia
- 7.1.2 Hematoma
- 7.1.3 Costra en la mucosa del paladar
- 7.1.4 Perforación del piso de la nariz
- 7.1.5 Fractura del paladar

#### 7.2 COMPLICACIONES EN LA ELIMINACION DE TORUS MANDIBULARES

#### 7.3 ELIMINACION DE REBORDE AFILADO.

#### 7.4 PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL BORDE ALVEOLAR.

#### 7.5 PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS CORRESPONDIENTES A TUBEROSIDAD.

## COMPLICACIONES, ACCIDENTES Y TRATAMIENTO EN LA EXERESIS DE LOS TORUS

### 7.1 Torus Palatinus.

Hay varias complicaciones que se pueden presentar en su exéresis mismos que se pueden prevenir o controlar.

#### 7.1.1 Hemorragia.

- a) Incisiones bien hechas evitan que la herida del paladar se haga más grande y abarque los vasos nasopalatinos.
- b) Un manejo cuidadoso de los colgajos reducirá la posibilidad de una hemorragia.
- c) Un sangrado persistente que se presente en la mucosa de la parte posterior de la herida, generalmente se calmará después de una inyección con una cantidad de anestésico local.
- d) En otras ocasiones una sutura o ligadura pueden ser necesarias para detener la hemorragia.
- e) El sangrado intraóseo puede ser controlado al presar el hueso adyacente en contra del punto de sangrado, o al rellenar el área con surgicel.

### 7.1.2 Hematoma.

Un hematoma puede ser formado entre la mucosa y el hueso del paladar duro:

Hemorragia persistente, flacidez de los colgajos adaptados, falta de un tubo o férula quirúrgica, entre la mucosa y el hueso del paladar.

Un hematoma puede llegar a infectarse, si los colgajos de la mucosa hacen costra y se necrosan.

Los hematomas deberán ser drenados en cuanto se descubran, y administrar antibióticos para reducir la oportunidad de una infección.

### 7.1.3 Costra en la mucosa del paladar.

En casos de formación de costra, deberá construirse una placa provisional, o un entablillado, para cubrir el hueso expuesto hasta que el proceso de granulación y epitelización secundaria hayan ocurrido. Esto ocurre después de 5 a 6 semanas el entablillado puede ser cubierto con pasta suave de zinc y eugenol o colocar la pasta en la dentadura para compensar los cambios en el contorno del paladar.

7.1.4 Perforación del piso de la nariz. Esta perforación es rara y generalmente no hay problema con una pequeña perforación del piso de la nariz y a menos que haya hemorragia y ésta no pare en corto tiempo (5 a 8 minutos). En

tal caso es necesario recurrir al taponamiento o poner una gasa con vaselina en la nariz.

#### 7.1.5 Fractura del paladar.

La fractura es la peor complicación que puede suceder durante la eliminación del torus del paladar, la prevención es mucho mejor que el tratamiento, y puede hacerse dividiendo-seccionando el torus con una fresa, antes de intentar eliminarlo con cinsel.

Si ocurriera una fractura en el paladar, los fragmentos deberán de ponerse en su posición e inmovilizarse con una férula. La mucosa deberá volverse a colocar en su lugar con precisión y suturarse.

Si no se ha quitado el torus completamente al tiempo de la fractura, una posible reducción deberá ser pospuesta hasta que la fractura haya cicatrizado.

El paladar deberá ser estabilizado con un entablillado durante el período de cicatrización.

Si el fragmento del paladar no puede reponerse, la mucosa palatina nasal deberá inmovilizarse con placa y provisionalmente cerrarse en capas sin tensión y soportado por una férula quirúrgica. En tal caso el borde posterior de la dentadura terminada, tendría un pequeño pero fundamental soporte para hueso, así abarcaría el sellado periférico y la retención.

## 7.2 COMPLICACIONES EN LA ELIMINACION DE TORUS MANDIBULARES

Las complicaciones al remover un torus mandibular son raras, generalmente son causadas en tejidos blandos:

- a) Al desgarrar el tejido del colgajo.
- b) Al lacerar el piso de la boca con cinseles, fresas y otros instrumentos.

Una laceración profunda puede causar un sangrado molesto y fuerte, necesitando una ligación de los vasos mayores. Un sangrado masivo en el piso de la boca puede producir edema de la lengua y áreas adyacentes interfiriendo con el paso del aire.

La laceración de las glándulas salivales submandibulares pueden necesitar una reparación quirúrgica.

El uso apropiado de instrumental y la utilización correcta de éste, pueden generalmente evitar estas complicaciones.

### 7.3 ELIMINACION DE REBORDE AFILADO.

Una de las causas comunes de molestias en la dentadura son los rebordes desdentados, en forma de cierra y afilados. El reborde generalmente se va oscureciendo por tejido redundante movable sobre la cresta. Con fuerte palpación digital o radiografías subexpuestas, o con ambas cosas, se descubrirán las excrecencias afiladas.

La eliminación se inicia colocando la incisión a través del periostio, labialmente en relación a la cresta del reborde flácido y reflejando al mínimo el mucoperiostio, para conservar el vestíbulo. Se recorta el hueso con pinzas de gurbia, limas o fresas quirúrgicas, o con éstas dos últimas, y se incluyen solo las espinas y el hueso afilado. Habrá que eliminar un máximo de uno o dos milímetros, puesto que la resorción durante la curación provocaría mayor pérdida. El exceso de tejido flácido se reseca y se envía al patólogo. El cierre se hace con seda o Dexón # 3-0. Se logra sostén tisular adicional revestiendo la dentadura postiza del paciente con taponamiento periodontal o acrílico blando.

**Reducción del borde alveolar.** Comprende una cresta ósea afilada en el lado lingual del hueso alveolar del maxilar inferior y la cresta milohioidea del mismo.

La reducción del borde alveolar se basa en que el hueso del maxilar inferior contiene fibras similares a la de la madera ya que se conoce la dirección de estas fibras. Lo que permite al cirujano dividir el hueso a sabiendas, para extirpar este borde.

#### 7.4 PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL BORDE ALVEOLAR.

Se usa un separador de boca de bloque de caucho, especial, con un retractor de lengua que se sostiene por sí mismo. Se hace la incisión a través del periostio desde la cresta del reborde, hacia afuera y por arriba, hasta la línea oblicua externa. El periostio se desprende primero bucalmente; se inserta entonces una curet a Molt # 4 en el espacio lingual bajo el cojín retromolar. En este momento, se tiene cuidado de no dañar el nervio lingual. El lado lingual del borde alveolar resulta ampliamente expuesto - al desprender el periostio hacia adelante. El nervio lingual y el conducto de Marston se protegen con un retractor Lane.

El borde se desprende con cincel, colocando un osteotomo de un centímetro y un solo bical paralelo al borde anterior de la rama ascendente y llevando el cincel hacia abajo y el lingual para dividir el borde óseo. Puede haber importante hemorragia al desprenderse el músculo milohioideo del hueso. Se recorta y alisa aún más con una fresa o lima para hueso, con objeto de eliminar espículas afiladas en el espacio pterigomandibular.

La herida se irriga copiosamente con solución salina, a lo que sigue un cierre laxo de los tejidos usando seda o Dexón # 3-0. Puede mantenerse la reposición hacia abajo del tejido colocando un catéte francés de caucho # 14 en el suelo de la boca, sobre el cual se ha pasado Tevdek # 2-0 a través de la piel con una lezna. Los cavos que

emergen en la piel se ligan sobre un rollo de algodón o a botones y se dejan en posición durante 5 días.

El dolor al inflamarse y edemas en el suelo de la boca son las secuelas posoperatorias normales. Este edema previsto no implica riesgo para la vía aérea. En procedimientos más extensos, puede controlarse el edema del suelo de la boca y del lado interno del maxilar inferior usando Dexametasona (Decadrón) antes, durante y después de la operación.

emergen en la piel se ligan sobre un rollo de algodón o a botones y se dejan en posición durante 5 días.

El dolor al inflamarse y edemas en el suelo de la boca son las secuelas posoperatorias normales. Este edema previsto no implica riesgo para la vía aérea. En procedimientos más extensos, puede controlarse el edema del suelo de la boca y del lado interno del maxilar inferior usando Dexametasona (Decadrón) antes, durante y después de la operación.

## 7.5 PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS CORRESPONDIENTES A TUBEROSIDAD.

**Tuberosidades.** Las tuberosidades agrandadas del maxilar superior pueden acompañar a casos de hiperplasia fibrosa submucósica, o pueden ser resultado de auténticos agrandamientos óseos, que interfieren en el asentamiento de la dentadura debido a algún socavado excesivo o a choque en el espacio intermaxilar. La corrección se logra haciendo una resorción en cuña del tejido fibrótico hasta el hueso localizado en la porción de la cresta del reborde, seguido por resección submucósica de éste tejido desde los colgajos bucal y palatino. Al hacer este socavado palatino, habrá de tener gran cuidado de evitar la arteria palatina posterior o descendente. Las freas óseas socavadas o de exceso se eliminan con pinzas de gubia o fresas quirúrgicas se irrigan y se alisan con limas. Al lograr el contorno óseo básico deseado, se recorta el exceso de tejido para permitir cierre sin tensión. El cierre se hace con seda # 3-0, que permanece en su lugar durante 5 días.

**Reducción de la Tuberosidad, intervención lateral.** Se hace una incisión al hueso en el lado externo del borde superior, desde la tuberosidad por delante pero lo suficientemente por abajo para pasar por bajo el borde anteroinferior del molar. Se extiende una incisión relajante sobre la cresta del reborde hacia adelante y hacia atrás, según sea necesario para obtener relajación del tejido. El tejido fibrótico engrosado localizado sobre la tuberosidad ósea se eleva con retractores de periostio y se logra la excisión submucósica del tejido fibrótico. El surco se ex

tiende hacia arriba desde la altura de la incisión lateral gracias a disección submucósica, según sea necesario para profundizar el surco. Ahora puede avanzarse el colgajo de mucosa queratinizante basado palatinamente, para cubrir el hueso y recubrir el surco nuevo en donde se sutura al perióstio con Dexon # 3-0. Se introduce inmediatamente una dentadura postiza superior con periferia extendida, que actúa como férula para estabilizar el tejido en la nueva posición.

**Tuberoplastia.** Este procedimiento aconsejado por Obwegeser, está diseñado específicamente para aumentar la profundidad entre el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides del esfenoides y el lado distal del maxilar superior. Es muy útil para crear espacios en un maxilar superior plano, en el que la atrofia extrema ha provocado la pérdida completa de la tuberosidad en el lugar donde debería descansar el reborde de la dentadura postiza.

Esto generalmente es un procedimiento de anestesia general y quirófano por la excesiva hemorragia que pudiera provocarse.

**Técnica quirúrgica de tuberoplastia.** Se hace una incisión en el ángulo pterigomaxilar y la mucosa del paladar blando, se socava y moviliza. El tejido localizado sobre el ángulo pterigomaxilar se disecciona hasta el hueso con tijeras curvas. Se introduce un osteotomo de 1 cm., en el área hasta encontrarse hueso; entonces, se mueve dentro del hueso, fracturando la apófisis pterigoides y desprendiéndola hasta una profundidad de aproximadamente 1 cm.

En esta etapa el sangrado es abundante y puede controlarse saturando una gasa orlada de 2.5 cm., con solución de adrenalina al 1/50,000 y haciendo con ella taponamiento bajo presión en la herida. Al lograr la hemostasia, se sutura la mucosa separada a la profundidad de la tuberosidad con una aguja de anzuelo y catgut crómico # 3-0 o Dexón # 3-0, a los restos de los músculos pterigoideos. El hueso expuesto en el lado distal del maxilar superior puede cubrirse por epitelización secundaria o, si se desea por injerto cutáneo de grosor parcial. De haber dificultad con éste método de sutura, puede pasarse una lezna que lleve Dexon # 3-0, a través del seno saliendo al nivel de la tuberoplastia posterior. Esto permitirá un medio excelente para tirar el tejido hacia abajo en el espacio recién creado. La curación continua cuando menos una semana, antes de poder llevar una dentadura postiza temporal.

## CONCLUSIONES

Después de presentar el desarrollo de esta tesis, que va enfocada a la cirugía preprotésica como lo es la exéresis de Torus Palatinus, torus mandibulares y rebordes residuales; resulta evidente el tener siempre presente la relación tan estrecha en la preoperatoria: Las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios, pues de estos factores dependerá el éxito o fracaso del tratamiento que se lleve a cabo.

Por lo que es necesario hacer hincapié en los siguientes puntos:

1. El tratamiento quirúrgico que se vaya a realizar requiere del conocimiento de las estructuras anatómicas que rodean a esta alteración para el mejor manejo de los tejidos sobre los que se está actuando.
2. Para un mejor entendimiento de las alteraciones mencionadas, es de gran valor conocer su etiología, su clasificación y como son definidas por los diversos autores.
3. Un diagnóstico correcto de los torus, nos dará como resultado un pronóstico y tratamiento adecuados.
4. La valoración radiográfica es de gran importancia diagnóstica, porque nos ayudará a situar y delimitar los torus en la cavidad oral.

5. La valoración cuidadosa del caso, mediante un examen clínico, nos ayudará a determinar si las condiciones locales y generales favorecen la realización del tratamiento.
6. La realización de la cirugía de torus palatinus, torus mandibulares y rebordes residuales; se llevará a efecto sólo cuando esta sea indispensable, ya sea por las molestias causadas al paciente, por el ajuste de una prótesis o para tranquilizar al paciente de que la lesión que presenta no es maligna.
7. El operador debe conocer el instrumental y tener destreza al emplearlo, a fin de elevar el porcentaje de éxito en la técnica empleada.
8. De las técnicas presentadas, para la eliminación de los torus; pienso que las más seguras, aunque un poco lenta es en la que se emplea fresas para hueso y forceps para remover los torus, ya que el utilizar cinsel y martillo requiere de mucha habilidad y destreza para no provocar accidentes de consecuencias molestas para el paciente.
9. La correcta aplicación de los cuidados postoperatorios por parte del paciente se considera también un factor importante para el éxito del tratamiento.
10. Cuando se tenga algún accidente o complicación se debe proceder de manera inmediata para solucionarlo y evitar una complicación mayor posteriormente.

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

1. KRUGER. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial: Interamericana, México, D.F. 2a. edición. 1978.
2. CORREA M. ENRIQUE. Diccionario de Ciencias Médico Odontológicas. Editorial Ipso. México, 2a. ed. 1983.
3. DUNN J. MARTIN, BOOTH F. DONALD y CLANCY MARIE. Farmacología analgésica, técnicas de esterilización, y cirugía bucal en la práctica dental. Edit. El manual moderno. México, 1981.
4. GORLIN ROBERT J., GOLDMAN HENRY M. Thoma Patología Oral. Edit. Salvat. México, 6a. Ed. 1976.
5. L. TESTUT, O. JACOB. Tratado de Anatomía topográfica con aplicaciones médico quirúrgicas. Edit. Salvat. Barcelona-España, 8a. Ed. Tomo I, 1975.
6. PROVENZA, D. VICENT. Histología y Embriología Odontológica. Edit. Interamericana. México. 1a. ed. 1974.
7. QUIROZ G. FERNANDO. Tratado de Anatomía Humana. Edit. Porrúa, México, 11a. ed. Tomo III. 1973.
8. STARSHAK J. THOMAS. Preprosthetic Oral Surgery Mosby Company, Cap. 5
9. THOMA H. KURT. Volume Two. Oral Surgery. Fifth Edition.

10. WAITE, DANIEL E. Cirugía Bucal Práctica. Edit. Continental. México 1a. Edición. 1978.
11. WINKLER SHELDON. Prótesis Total. Nueva Editorial Interamericana. México. 1a. Ed. 1982.
12. ZEGARELLI V. EDWARD, KUTSCHER H. AUSTIN, HYMAN A. GEORGE. Diagnóstico en Patología Oral. Salvat Editores.