

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA IMPORTANCIA DE LA ALVEOLECTOMIA EN LAS EXTRACCIONES
MÚLTIPLES POR MEDIO DE LA TÉCNICA DE DEAN,
CORTICAL VESTIBULAR Y OBWEGESER

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

YOLANDA BENITEZ MARISCAL

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO SERNA SALINAS

GUADALAJARA, JAL., 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

" LA IMPORTANCIA DE LA ALVEOLECTOMIA EN LAS EXTRACCIONES
MULTIPLES POR MEDIO DE LAS TECNICAS DE DEAN, CORTICAL
VESTIBULAR Y OBWEGESER."

I N D I C E

INTRODUCCION.

- CAPITULO I Miología de la Región Bucal.
 - Inserción.
 - Acción.
- CAPITULO II Importancia de un buen diseño en el colgajo.
 - Condiciones a seguir.
 - Indicaciones.
 - Pasos a seguir en su elaboración.
 - Objetivos para suturar.
- CAPITULO III Descripción de las técnicas de Dean, Corti-
 cal Vestibular y Obwegeser.
 Tiempos de operación.
 - Indicaciones.
 - Descripción de las técnicas.
- Casuística.
- Conclusiones.
- Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N .

El odontólogo de la práctica general tiene un amplio - campo dentro de la cirugía por lo tanto deberá poseer los- conocimientos fundamentales sobre ello, ya que ésta requiere de su habilidad en el diagnóstico.

Es de suma importancia el hacer una historia clínica - adecuada, y un minucioso examen bucal, análisis de labora- torio cuando el clínico lo crea necesario, el estudio ra - diográfico es esencial cuando se presentan dificultades en la extracción de uno o más dientes por medio de la alveo - lectomía.

Es menester contar con instrumental adecuado para la - cirugía, ya que esto nos ahorra tiempo, evita complicacio- nes al clínico y molestias al paciente.

En los tratamientos quirúrgicos deberá tener una técnica definida para su evaluación en el examen clínico y diagnóstico antes de comenzar dicho tratamiento.

La alveolectomía se utiliza para dar forma a los maxi- lares del paciente a veces dicta la necesidad de recorte - óseo desde moderado a extenso, con el fin de lograr resul- tados estéticos y funcionales. Esta técnica de alveolecto- mía consiste en eliminar porciones específicas de hueso alveoelar para obtener acceso a los dientes y además proporcionar la reducción adecuada del alvéolo para recibir una - prótesis.

Cabe mencionar al clínico y al estudiante de odontología la importancia que representa una alveolectomía y sus diferentes técnicas en la práctica diaria en el consultorio.

Por ésta razón uno de los aspectos más importantes que debemos tomar en cuenta es que el odontólogo posea los conocimientos necesarios referente a los músculos relacionados con la cavidad oral, además de saber diseñar un colgajo para así lograr el éxito en el tratamiento por medio de alguna de las técnicas de alveolectomía.

Por todo ello se me permite dar una ayuda con respecto a la elaboración de una alveolectomía en las extracciones múltiples por medio de las técnicas de Dean, Cortical Vestibular y Obwegeser.

C A P I T U L O I

MIOLOGIA DE LA REGION BUCAL.

GENERALIDADES:

La miología tiene por objeto el estudio de los músculos y de sus anexos.

Los músculos son órganos que tienen la propiedad de contraerse en grado muy especializado, es decir, disminuir su longitud bajo la influencia de un estímulo.

Por medio de esa característica y trabajando en conjunto con otros sistemas de la economía corporal, los diferentes músculos y grupos musculares llevan a cabo multitud de acciones que van de las más burdas, toscas y agresivas, hasta las más finas, sutiles y delicadas.

Cuando nos referimos a las acciones antes mencionadas, tenemos que aclarar que los músculos por sí solos no son capaces de llevarlas a cabo; sino por el contrario, para que un músculo actúe en forma normal, se requiere de la presencia de una estimulación adecuada que puede ser de diferente naturaleza:

- Física
- Química
- Nerviosa

Las fuentes de estimulación provienen de la esfera ex-

terior e interior del propio sujeto.

Una vez que el músculo ha sido estimulado, y por ende ha ejecutado una acción, tiende a adoptar el estado de reposo, sin embargo existen factores de naturaleza nerviosa-las cuales impiden que, en ocasiones normales, el músculo-adquiera un estado de completa relajación, dado que este sistema de alarma lo mantiene siempre en cierto grado residual de contracción.

Después de haber hecho este breve comentario, hablaré en este capítulo sobre los músculos que están en relación con la cavidad oral puesto que es de suma importancia conocer la inserción y acción de cada uno de ellos, ya que la musculatura y el grosor de los tejidos juegan un papel muy importante en el aspecto exterior del sujeto.

Alrededor del orificio bucal se encuentran once músculos. Uno de forma anular, el labial u orbicular de los labios, que preside su oclusión después una serie de otros diez que partiendo de las diferentes regiones de la cara, van a insertarse, en su contorno a manera de rayas divergentes.

A continuación describiré cada uno de estos músculos.

1.- Labial u orbicular de los labios:

El músculo labial u orbicular de los labios se halla alrededor del orificio bucal en forma de elipse cuyo diámetro mayor se dirige transversalmente de un lado a otro.

Inserciones:

Se considera este músculo como formado por dos mitades absolutamente distintas, una mitad superior, el semiorbicular superior. Correspondiente al labio superior, y otra - mitad inferior, situado en el espesor del labio inferior.

A continuación describiré estas dos partes:

A.- Semiorbicular superior:

Constituye la capa más importante del labio superior - transversalmente extendido de una a otra comisura, mide en altura todo el espacio comprendido entre el borde libre - del labio y la base de la nariz.

B.- Semiorbicular inferior:

Constituye la capa más importante de labio inferior.

Como el semiorbicular superior, se extiende de una comisura a otra, y por otra parte ocupa toda la altura del - labio, desde su borde libre hasta el surco que separa por - abajo el labio de la barba.

Acción:

Funciona como esfínter modificando la abertura bucal - en diversas circunstancias.

Las contracciones de las zonas exteriores fruncen los - labios y los proyectan hacia adelante; las contracciones - de las zonas interiores las fruncen igualmente, pero las - dirigen hacia atrás y las aplican contra los arcos denta - rios.

Es fácil comprender que el orbicular coopera a una serie de actos tales como la succión, la acción de soplar - instrumentos de viento, silbar, la prensión de los alimentos sólidos o líquidos, pronunciación de ciertas consonantes llamadas labiales, la acción de besar etc.

Por lo tanto cada semiorbicular son dos mitades simétricas independientes, correspondiendo una al lado derecho y otra al lado izquierdo.

2.- Buccinador:

Músculo plano, que forma parte de las mejillas. Su cara profunda se relaciona íntimamente con la mucosa de los carrillos, y su cara superficial se relaciona con el masetero, conducto de Stenon, arteria y vena faciales y el nevio bucal.

Se dirige anteriormente desde sus orígenes alrededor - de la faringe y desde los maxilares superior e inferior - cerca de los molares. Al extenderse este músculo anteriormente hacia las comisuras de la boca forma la mayor parte de la masa carnosa de los carrillos.

Las fibras superiores e inferiores pasan hacia las partes laterales de los labios superior e inferior, respectivamente, al paso que las fibras centrales se entrecruzan - hacia ambos lados.

La acción de este músculo comprime los carrillos contra las mandíbulas al masticar para sujetar los alimentos - entre los dientes y la lengua. También actúa con los múscu

los de los labios que se insertan en la parte lateral de las comisuras de los labios hacia los dientes y disponerlos firmemente en expresiones determinadas o de enojo.

Los buccinadores toman de esta manera una parte muy importante en el silbido, como también en el uso de instrumentos de viento a lo que deben su nombre.

Los buccinadores, junto con el orbicular, conducen bajo los arcos dentarios las partículas alimenticias que se encuentran en el vestíbulo de la boca.

3.- Elevador común del ala de la nariz y del labio superior:

Es un músculo aplanado y delgado extendido desde el ángulo interno del ojo al labio superior.

Situado por dentro del cigomático mayor, cubre parcialmente al canino y al orbicular de los labios.

Las inserciones de este músculo son, por arriba en la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar y termina en la piel de la parte posterior del ala de la nariz y cara profunda de la piel del labio superior.

Acción:

Como indica perfectamente su nombre y sus inserciones inferiores, este músculo levanta el ala de la nariz y el labio superior.

Elevador propio del labio superior.

Pequeño músculo en forma de cinta, situado por fuera y debajo del precedente.

Extendido del borde orbitario al labio superior.

Inserción:

Se inserta por debajo del reborde orbitario inferior y termina en la cara profunda de la piel del labio superior.

Acción:

Como indica su nombre tira hacia arriba del labio superior.

4.- Canino:

Músculo aplanado, cuadrilátero, situado en la fosa canina.

Por abajo y un poco por fuera del músculo precedente.

Es el último de los músculos que intervienen en los movimientos del labio superior.

Inserciones:

Cubre la fosa canina y se extiende hasta la cara profunda de la piel y mucosa de la comisura de los labios.

Acción:

El músculo canino por su contracción tira hacia arriba del labio superior.

5.- Cigomático menor:

Músculo prolongado que se extiende desde el pómulo a la comisura, es superficial únicamente cubierto por la piel.

Inserciones:

Toma origen en la parte inferior del hueso malar, sitio en el cual se continúa con el músculo que rodea los párpados que es el músculo orbicular de los párpados y sigue hacia abajo y adelante para insertarse en el labio superior.

Acción:

Atrae hacia arriba y afuera la parte media del labio superior en la cual se inserta.

Ayuda a elevar el labio superior en la mueca de desdén.

Cigomático mayor:

Músculo acintado que va desde el pómulo a la comisura por fuera del precedente.

Inserciones:

Se inserta en la cara externa del pómulo, algo por fuera del cigomático menor desde este punto se dirige hacia - abajo y adelante, llega a la comisura de los labios y termina en la cara profunda de los tegumentos.

Lleva el ángulo señalado hacia afuera y arriba como se observa en la sonrisa.

Acción:

Tira hacia arriba y afuera, la comisura labial y guarda relación con la alegría.

Risorio de Santorini:

Pequeño músculo triangular, generalmente muy delgado, - situado a cada lado de la cara.

La cara superficial del risorio está cubierta por piel; su cara profunda se relaciona con la parótida, el masetero y el buccinador.

Inserciones:

Por detrás se inserta en el tejido celular que cubre - la región parotídea convergiendo sus fibras triangularmente hasta la cara profunda de la piel en la comisura labial.

Acción:

El orbicular de los labios y los músculos relacionados con el mismo, constituyen un eje circular entrelazado por - brazos radiales; son más dúctiles que el caucho en lo que -

se refiere al movimiento de los labios, al sonreír, llorar, hablar, susurrar, retener comida silbar y aspirar o en la compresión, protusión y la retracción de los labios.

Cuando los dos músculos homólogos se contraen juntos - mayor el diámetro transversal de la boca, disposición que caracteriza la sonrisa y aquí el nombre de risorio que se ha dado a este músculo.

Triangular de los labios:

Es un músculo ancho y delgado que va del maxilar inferior a la comisura.

Inserciones:

Se inserta en el tercio interno de la línea oblicua externa de la mandíbula por una serie de pequeñas lengüetas tendinosas y convergen hacia la cara profunda de la piel - de la comisura.

Acción:

El triangular hace bajar la comisura labial, y de ahí el nombre de músculo depresor de la comisura.

En la expresión fisonómica este músculo deprime las comisuras bucales y sirve para manifestar la tristeza, abatimiento etc., en casos de contracciones enérgicas, el disgusto.

El cuadrado del mentón o la barba.

De forma moderadamente cuadrilátera que se dirige - -

hacia arriba para fusionarse con el músculo orbicular de los labios y termina también en el labio inferior.

Inserciones:

Se inserta por abajo, en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar, inmediatamente por debajo del triangular.

Al revés del triangular; que se dirige hacia arriba y afuera. Este se dirige hacia arriba y adentro, entrecruzándose parcialmente en la línea media, con el lado opuesto, y por fin va a insertarse por arriba en la piel del labio inferior.

Acción:

Dobla hacia afuera el labio inferior y al mismo tiempo lo dirige hacia abajo y afuera; de ahí el nombre de músculo depresor del labio inferior con que lo designan algunos anatomistas.

Músculo borla del mentón o de la barba.

Las borlas de la barba son dos pequeños músculos conoides situados uno a cada lado de la línea media, entre la parte superior de la sínfisis mentoniana y la barbilla.

Inserción:

Son dos músculos conoides derecho e izquierdo en el maxilar inferior inmediatamente por debajo de la mucosa de las encías.

Desde aquí se dirigen hacia abajo y un poco afuera, es parciéndose sus fibras a manera de pelos de un pincel o de una borla, de la cual han tomado su nombre. Termina en la cara profunda del mentón.

Acción:

Tiran hacia arriba la eminencia mentoniana y la aplican contra la sínfisis.

Secundariamente y por una acción puramente mecánica, - lleva también el labio inferior y lo reclinan hacia afuera arrugando la piel de la barbilla.

Este músculo hace sobresalir el labio inferior y comprime la barbilla sobre el hueso en las expresiones de duda y desprecio.

A continuación menciono los músculos masticadores.

Músculos Masticadores:

Son los que están insertados en el maxilar inferior, y a menudo se conocen con ese nombre.

Además de movimientos de mordedura o corte, también - tienen movimientos laterales en la masticación.

Son inervados por el nervio maxilar inferior, que es - la rama más inferior del trigémino, y la única con fibras - motoras voluntarias.

El nervio señalado también se distribuye en los dientes del maxilar inferior, pero el nervio del maxilar supe-

rior que es la segunda rama del trigémino, se distribuye en los del hueso homónimo. El riego sanguíneo para los dos maxilares se hace por medio de la arteria maxilar interna.

Los músculos suprahioides que se insertan en el maxilar inferior, por lo regular no son considerados como de la masticación aunque pueden facilitar algunos movimientos del maxilar inferior, se pueden observar con mayor claridad si se elimina el maxilar inferior.

Los músculos masticadores son cuatro de cada lado, se encargan de las tareas de morder y masticar. Se llaman temporal, masetero, pterigoideo interno y pterigoideo externo.

El Temporal:

Es un músculo extenso en forma triangular o en abanico, ocupa la fosa temporal de la que toma forma y dimensiones.

Es un ancho abanico, cuya base se halla dirigida arriba y atrás y cuyo vértice corresponde a la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Inserciones:

Por arriba se inserta en la línea curva temporal inferior, la fosa temporal, la aponeurosis temporal y el área cigomática.

Desde este punto sus fibras se dirigen hacia la apófisis coronoides y se inserta en su cara interna, su vértice-

y sus bordes.

Acción:

El músculo eleva el maxilar inferior y la aplica al maxilar superior. Atrae el cóndilo hacia atrás y lo conduce - hacia la cavidad glenoidea, cuando ha sido elevada hacia de lante por la contracción de los dos pterigoideos externos.

Es un potente músculo masticatorio que se ve fácilmente a un lado de la cabeza cuando está activo.

El origen se percibe al apretar los dientes y palpar la zona correspondiente con los dedos.

Masetero:

Es un músculo corto, grueso, de forma cuadrilátera, situado en la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Está cubierta en gran parte por la glándula parótida, - en sentido posterior, y por los músculos de la cara, en sen tido anterior. Posee dos caras, las cuales contraen impor - tantes relaciones tanto vasculares como nerviosas.

La cara interna se relaciona principalmente con la bola grasosa de Bechat, buccinador, y con los vasos y nervios - maseterinos.

La cara externa cubierta por la aponeurosis maseterina, se halla cruzada por la arteria transversa de la cara, el - conducto de Stenon y ramas del nervio facial.

Inserciones:

Comprende dos fascículos

El fascículo superficial:

Se extiende del borde inferior del arco cigomático al ángulo de la mandíbula.

El fascículo profundo:

Se extiende desde el arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente. Estos fascículos están separados entre sí por tejido conjuntivo y a veces por una bolsa serosa.

Acción:

Elevador del maxilar inferior y protusión.

Se percibe si apretamos los dientes y deslizamos los dedos desde el arco cigomático, hasta el ángulo de la mandíbula.

Pterigoideo interno:

Se encuentra situado en el lado interno de la rama del maxilar inferior. Tiene en general forma y dirección semejantes a las del masetero.

Se designa a veces con el nombre de masetero interno, - por su situación y por las analogías de estructuras que en parte cubre las fibras inferiores del pterigoideo externo, - y también es cubierto parcialmente por ellas.

Inserciones:

Por arriba se efectúa en la fosa pterigoidea. Desde es-

te punto el músculo se dirige hacia abajo, atrás y afuera, - en busca de la cara interna del ángulo del maxilar, en donde termina enfrente de las inserciones del masetero.

Acción:

Elevador del maxilar inferior. Por otra parte, a causa de su oblicuidad, imprime a este hueso ligeros movimientos de lateralidad, movimientos que dependen principalmente del músculo que sigue.

Pterigoideo externo:

Situado por fuera del precedente, se aloja en la fosa cigomática. Tiene forma de cono, cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo. Representa un ancho abanico o mejor un cono cuya base corresponde a la base del cráneo y cuyo vértice ocupa la parte interna de la articulación temporomaxilar.

Inserciones:

Empieza por dos fascículos que parten de la base del cráneo:

El fascículo superior (esfenoidal). Se inserta en la parte del ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática.

El fascículo inferior: se inserta en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Desde éste punto los dos fascículos se dirigen hacia atrás en busca de la articulación temporomaxilar, se unen -

entre sí y se insertan juntos en el cuello del cóndilo y en el menisco articular.

Acción:

El pterigoideo externo tiene constantemente su punto fijo en el cráneo y el móvil en el cóndilo del maxilar.

La contracción simultánea de los dos músculos pterigoideos externos determinan la proyección hacia adelante del maxilar inferior y la contracción aislada de uno de ellos, movimientos de lateralidad o de deducción, en virtud de los cuales la barbilla se dirige hacia el lado opuesto al del músculo que se contrae.

Se considera el músculo más corto de la musculatura masticatoria.

C A P I T U L O I I

IMPORTANCIA DE UN BUEN DISEÑO EN COLGAJO .

Cuando se piense utilizar un colgajo se debe pensar de antemano en ciertas reglas a seguir para su elaboración.

La habilidad de cada dentista y su grado de interés por hacer cirugía bucal determinarán cual procedimiento quirúrgico se utilizará, se da por entendida la habilidad del operador para modificar en forma adecuada cualquier procedimiento cuando sea necesario, en cualquier situación dada.

Otro punto que debe destacarse es que ningún dentista - deberá hacerse cargo de un procedimiento quirúrgico de cuya habilidad para realizarlo no se sienta seguro; tampoco deberá operar cuando tenga alguna razón para sospechar que pueden surgir dificultades que hagan necesario un conocimiento y una habilidad superior a los suyos.

Un colgajo de tejidos blandos es uno de los procedimientos básicos en cirugía bucal. No es un tratamiento pero a menudo es necesario para proporcionar una exposición adecuada del sitio que se va a operar o para permitir la observación directa de un área de patología sospechosa pero no comprobada.

Después de haber hecho este comentario mencionaré las condiciones requeridas para un buen diseño en colgajo.

- 1.- Planificación cuidadosa, para asegurar al colgajo, - base amplia y buen aporte sanguíneo.

- 2.- Incisiones limpias y precisas.
- 3.- Incidir sobre hueso que no tendrá que extraerse, durante el procedimiento quirúrgico.
- 4.- Incidir completamente a través del periostio, si se va a reflejar un colgajo sobre hueso.
- 5.- Disección cuidadosa del colgajo a lo largo del plano quirúrgico.
- 6.- Un colgajo grande y adecuado.
- 7.- Mucha delicadeza al manejar y retraer los tejidos.-
- 8.- Hacer la reposición con cuidado y meticulosidad suturando adecuadamente para mantener el colgajo en su posición.

En el transcurso de este capítulo iré describiendo cada una de estas condiciones, que debemos seguir para así lograr que el acto quirúrgico resulte un éxito.

Se denomina colgajo las incisiones que limitan un trozo de fibromucosa o mucoperiostio. La mayor parte de los colgajos en cirugía bucal se reflejan en el maxilar superior o inferior, estos se hallan cubiertos por tejido blando que se compone fundamentalmente de epitelio, tejido conectivo, músculos, glándulas, nervios y vasos sanguíneos según la zona a tratar.

Por lo tanto para lograr un buen diseño de estos debemos tomar en cuenta que el manejo de los tejidos debe hacerse con un mínimo de traumatismo, ya que los tejidos lacera-

dos y rotos tienden a perder vitalidad y se vuelven necróticos, esto favorece a la infección y retarda la cicatrización.

El sitio y ubicación del colgajo debe ser planeado en base a un perfecto examen radiográfico, la dirección de las raíces y su posición, el número de dientes a extraer, acondicionarán la forma del colgajo.

Con frecuencia la encía y mucosa deben ser incididos y desprendidos para exponer hueso y dientes adyacentes, al practicar este procedimiento o sea separando algún tejido de sus tejidos adyacentes el aporte sanguíneo de la zona se halla en peligro, es por eso que debemos realizarlo con sumo cuidado.

A continuación describiré las indicaciones para la elaboración de un colgajo.

- 1.- Proporcionar acceso a una zona de operación.
- 2.- Permitir la eliminación de hueso subyacente.
- 3.- Proteger el tejido blando afectado del trauma de los instrumentos durante la cirugía en dientes o hueso adyacente.
- 4.- Inmovilizar el tejido lo suficiente con la finalidad de cerrar un defecto.
- 5.- Corregir un defecto.
- 6.- Incapacidad de eliminar estructuras sin traumatizar los tejidos circundantes.

- 7.- Un resto radicular que no puede recuperarse por medios normales.
- 8.- Un diente grande engastado en hueso tenso y que no se moverá con la presión de las pinzas.
- 9.- Fractura de un diente o del proceso alveolar.
- 10.- Extracción de raíces recientemente fracturadas después de tratar de sacarlas por otros medios.
- 11.- Piezas dentarias retenidas o impactadas.
- 12.- Si existe la posibilidad de que la corona del diente se fracture, al estar debilitada por caries extensa o grandes restauraciones.
- 13.- Cuando las raíces son ampliamente divergentes.
- 14.- Las raíces curvas o agrandadas por hiper cementosis.
- 15.- Dientes desvitalizados porque la corona y la raíz que son fiables después de procedimientos endodónticos.
- 16.- Después de practicar extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar se deben tomar en cuenta respecto a la necesidad de futuras prótesis.

Cada una de estas indicaciones son de igual importancia.

Para lograr un buen diseño en el colgajo debemos tomar en cuenta que en cirugía el manejo de los tejidos debe hacerse con un mínimo de traumatismo, el manejo cuidadoso

de los tejidos que están compuestos por infinidad de células, ayuda a la reparación y curación de las estructuras sometidas a los instrumentos quirúrgicos, ya que los tejidos lacerados y rotos tienden a perder vitalidad y se vuelven necróticos; esto favorece la infección y retarda la curación.

Pasos a seguir en la elaboración de un colgajo.

Primeramente debemos revisar mentalmente el recorrido de vasos y nervios del tejido blando que será incluido en el colgajo, de manera que este tenga el máximo de irrigación y se seccione el menor número de filamentos nerviosos.

Debemos tomar en consideración su tamaño, adecuada irrigación y la posición a la que será llevado.

El agente anestésico empleado para la operación deberá ser adecuado para el caso, así como la técnica dependiendo de la zona.

Es necesario hacer preguntas al paciente respecto a su salud ya que de esto depende el tipo de anestesia a usar.

Preparar la charola con equipo para colgajos que deberá incluir: tijeras, bisturí con hoja # 15, elevadores, fórceps, espejo, retractor, puntas de succión, portaagujas, pinzas de campo, sonda Gilmore, curetas pequeñas de doble punta, cizallas, pinzas de Kelly, lima para hueso.

Después de considerar estos puntos que son de suma importancia, procederemos a la incisión.

Incisión del colgajo:

Maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objetivo de la intervención.

La elección del sitio de la incisión es previo al acto quirúrgico y está en relación con el tipo de operación a realizar.

Dicha incisión debe comenzar en la papila interdientaria o en torno al cuello de los dientes, deberá ser recta y de un solo trazo.

La inclinación distal del colgajo es de un ángulo de 45° respecto al eje longitudinal del diente a extraer.

Estas incisiones en general deben de llegar en profundidad hasta el tejido óseo, ya que deberá contener todas las estructuras que quedan sobre hueso, incluyendo mucosa, submucosa y periostio.

Este debe planearse de tal manera que la esquina libre del colgajo no tenga un ángulo agudo, esto es con el propósito de evitar comprometer la irrigación del colgajo, ya que al ser seccionado provocaría hemorragia de consideración.

Al estarse trazando la incisión deberá cortarse con cuidado a través de la unión de la membrana periodontal y periostio, ya que en este punto el periostio está más estrechamente adherido al hueso alveolar, si esta unión no se secciona de manera cuidadosa, cuando se intente separar el colgajo, el tejido mucoperiostio se separa del periostio

todavía unido al hueso y solamente quedará libre la mucosa, hay que evitar que suceda. Ya que una separación defectuosa causa dolor y retardo en la cicatrización.

Una vez realizada la incisión se levanta el colgajo con una legra, en estos momentos el instrumento se va apoyando sobre el hueso o se irán separando los tejidos blandos, con maniobras suaves de lateralidad, con las cuales gira el instrumento elevando por lo tanto la fibramucosa y periostio.

Dicho diseño debe prevenir la contingencia de un trazado insuficiente y la posibilidad de ser alargado posteriormente sin traumatismo.

Otro punto a tomar en consideración al momento de trazar las incisiones de dicho colgajo, es que posea buena visualización, ya que para llevar a cabo cualquier operaciones preciso ver la totalidad del arco a intervenir. Además de la buena luz y succión adecuada para retirar saliva, sangre y residuos ya que esto nos proporcionará buena visibilidad durante el acto quirúrgico.

Su base:

Debe ser por lo menos tan ancha como su margen libre, - para asegurar una buena irrigación durante el postoperato - rio.

Puesto que por una base ancha penetran muchos vasos sanguíneos que asegurarán dicha irrigación.

El siguiente paso se refiere a la manipulación de los - tejidos duros, ya sea extracción de un diente o raíz, cure-

taje de una cavidad quística y alveolectomía, después de haber realizado el trabajo le sigue la regularización de los bordes óseos, eliminar partículas de hueso o diente, restos de amalgama y cemento, se deberá hacer con cuidado debajo del colgajo. Hay que "cerciorarse" si el borde del colgajo se recortara para permitir la aproximación adecuada de los tejidos, cuando se presentan porciones profundas del colgajo deben alisarse a la superficie incidida para asegurar una buena adaptación, colocando los apósitos de presión adecuada, y así obtener hemostasia y prevenir la formación de hematomas.

La última responsabilidad después de una operación de colgajos es aclarar con el paciente, las molestias en el post-operatorio, tales como dolor, edema, equimosis hay que prescribir medicamento y dar la próxima cita.

Además mencionaré los seguimientos para la elaboración de suturas.

Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo, de otra manera los puntos se desprenden y la incisión se abre nuevamente el colgajo se sumerge en la cavidad ósea realizada, con los trastornos en la cicatrización correspondiente.

Hay que "cerciorarse" si el borde del colgajo o margen interdentario se recortará para permitir la aproximación adecuada. Algunas veces se presentan porciones profundas en el colgajo, estas deben ser alisadas hacia la superficie incidida, para asegurar una buena adaptación colocando los apósitos de presión adecuados.

Objetivos para suturar:

- a).- Eliminar espacios muertos donde podrían acumularse líquidos o sangre y así servir como medios de cultivo para microorganismos.
- b).- Restaurar los tejidos en su posición original o colocarlos en otra posición deseada.
- c).- Al sostener los tejidos blandos sobre el alvéolo, - después de la extracción se ayuda a la formación y mantenimiento del buen coágulo sanguíneo, además - evita la entrada de restos alimenticios en dicha - herida.
- d).- La formación de un buen coágulo sanguíneo significa menor dolor posoperatorio.

Reglas para suturar:

- No usar hilo más grueso que el 000.
- Usar agujas en semicírculo, redondeadas o de bordes - cortantes.
- No colocar las suturas a menos de 5 mm., si están muy - cerca estrangularán el tejido e interferirán en el escape de suero o exudado inflamatorio.
- No apretar demasiado, pues si no las suturas produci - ran isquemia sobre los bordes de la incisión impidiendo la normal cicatrización por la reducción del afluente sanguíneo, además el apretarse demasiado pueden reventarse o bien causar inflamación y mortificación de-

los tejidos por estrangulación.

Al hacer la coaptación de los labios de una herida en la membrana mucosa, hay que tener cuidado de no invertir ni sobreponer los bordes, ya que esta hace más lenta la cicatrización, o bien, la línea de la cicatrización resulta regular o incompleta.

La anchura de las puntadas, guarda relación con la profundidad y con la distancia entre ellas.

Las puntadas se han de quitar inmediatamente que se advierte que están demasiado apretadas, o circundadas de áreas enrojecidas o de algún otro signo de infección.

El material más utilizado en operaciones de boca es el catgut.

Es conveniente que después de cada operación en cavidad bucal, debe el cirujano observar al paciente por varias horas, para ver si hay demasiada inflamación o congestión de los tejidos blandos, ya que en tal caso será necesario aflojar o aún quitar las suturas para que no continúe la inflamación. Las suturas con catgut, por lo general se aflojan después del segundo día, y entonces se pueden quitar; en algunos casos es posible quitarlos al día siguiente de la operación, otras veces es conveniente dejarlos 3 ó 4 días o hasta que se absorban.

Cuando se ponen suturas de seda o de hilo dermol que deben quedar por varios días, puede quitarse después de 4 ó 5 días o cuando lo crea conveniente el cirujano.

C A P I T U L O I I I

DESCRIPCION DE LAS TECNICAS DE DEAN, CORTICAL VESTIBULAR Y OBWEGESER.

Es importante señalar que el cirujano dentista deberá - poseer una rutina bien definida para la evaluación y examen de tratamiento. Debe hacerse un diagnóstico apropiado después de disponer de una historia clínica, de llevar a cabo un examen clínico completo y de usar medios auxiliares de diagnóstico, importantes como la radiografía.

El examen debe incluir una inspección completa y una palpación de la cavidad oral y zonas adyacentes, y así detectar anomalías que pudieran escapar de la inspección visual.

Ningún examen oral debe considerarse adecuado o completo sin una inspección radiográfica, para lograr así la detección de cualquier patología que pudiera alterar el régimen terapéutico.

Independientemente del procedimiento quirúrgico el cirujano debe tener una rutina definida para la evaluación y examen del paciente antes de empezar el tratamiento, ya que cada persona es diferente de la otra y a causa de esta diferencia el tratamiento debe ser individualizado.

Después de haber hecho este comentario pasaré a describir las técnicas de alveolectomía en las extracciones múltiples por medio de diferentes técnicas.

La alveolectomía es una intervención quirúrgica para -

dar forma al reborde alveolar y prepararlo para el soporte de una prótesis inmediata o que será colocada a las pocas semanas del postoperatorio.

Puede hacerse simultáneamente con las extracciones múltiples y no como una operación secundaria, ya que el operador puede anticipar la necesidad de una alveolectomía al tiempo de realizar la extracción, y así preparar el reborde alveolar con miras al soporte de las dentaduras en el mismo momento que se extraen los dientes.

Los procesos alveolares deben ser dejados tan amplios como sea posible para distribuir las fuerzas masticatorias y minimizar la reabsorción, sin olvidar que los rebordes alveolares deben tener forma de U y ser lo más ancho posible.

Hay que tomar en consideración que cualquier alveolectomía causará algún grado de reabsorción ósea posterior a la operación, sin embargo en muchos casos resulta necesario una modificación de los contornos del proceso alveolar para proveer una base aceptable para la futura prótesis.

Tomando en cuenta que el ser conservador es lo que más beneficiará a los pacientes.

El manejo de la mucosa alveolar no debe ser ignorado y debe hacerse un intento para asegurar un grosor mucoso uniforme sobre la cresta alveolar.

Los espacios muertos no necesariamente añaden retención a la dentadura, y algunos odontólogos prefieren eliminar todos o casi todos los espacios muertos, por otra parte no es obligatorio que el reborde sea completamente liso, otros -

prefieren rebordes con una superficie algo irregular. Esto no significa que el dentista deba dejar bordes óseos filo - sos debajo del mucoperiostio ya que causará al paciente dolor y molestia. No hay que confundir una técnica quirúrgica perezosa con cirugía conservadora.

Es necesario tomar en consideración la edad del paciente, los pacientes jóvenes deben llevar sus prótesis durante mucho más años, que los pacientes de más edad.

El hueso en los pacientes jóvenes es más plástico y será más propenso a la reabsorción.

Al llevar a cabo una técnica de alveolectomía en un paciente joven se debe eliminar la menor cantidad posible de hueso.

En los muy jóvenes, quizás no haya que hacer recorte alguno.

Hay que tomar en consideración la vanidad de los pacientes muy jóvenes ya que se sienten demasiado inhibidos como para quitarse las prótesis y "relajar la boca".

Ellos experimentan mayores dificultades con la reabsorción ósea y la proliferación de tejido blando. Mientras que los pacientes de más edad son más accesibles a quitarse la prótesis.

Es difícil predecir el grado de reabsorción después de practicar la alveolectomía, ya que las estructuras óseas alveolares no son estáticas sino dinámicas resultando en forma siempre cambiante, debido a muchos factores que afectan al proceso alveolar.

Por lo tanto es útil conocer las características óseas en donde se realizará el acto quirúrgico.

Es necesario saber que el hueso esponjoso se reabsorbe con más rapidez y más intensidad que el hueso compacto. Así mismo la prótesis debe descansar sobre hueso compacto, y así lograr resultados satisfactorios.

Además de tomar en cuenta lo anterior es importante seguir los objetivos y principios de la alveolectomía, que son:

A.- Mediante la eliminación del hueso y/o tejido blando es posible modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis.

B.- Hay que impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción excesiva del mismo. Habrá que considerar el uso a largo plazo de la prótesis.

La intervención debe practicarse con todas las precauciones habituales de asepsia en la región, con tintura de yodo y protección de la cabeza por medio de compresas estériles.

Vía de acceso:

La vía de elección para realizar la extracción con alveolectomía es siempre vestibular.

Los tiempos de la operación son:

- Incisión.

- Extracción.
- Legrado que consiste en despegar el colgajo incluyendo el periostio.
- Alveolectomía.
- Sutura.

Cada uno de estos puntos ya fueron tratados en el capítulo anterior.

Las indicaciones para realizar una alveolectomía son:

- 1.- Prognatismo mandibular.
- 2.- Irregularidades del reborde residual.
- 3.- Cuando la tuberosidad del maxilar es prominente.
- 4.- Rebordes bajos opuestos.
- 5.- Falta de espacio intermaxilar.
- 6.- Exostosis.
- 7.- Irregularidades externas de la cresta alveolar.
- 8.- Formación de hueso alveolar desfavorable estéticamente.
- 9.- Eliminar hueso cortical grueso con el fin de facilitar la extracción del diente.

Después de describir los objetivos e indicaciones, mencionaré las técnicas de alveolectomía:

Alveolectomía simple:

Después de haber realizado las extracciones múltiples, se inspeccionan las placas alveolares labiales y el hueso interseptal, buscando protuberancias y bordes afilados.

Esta técnica es utilizada para reducir el margen cortical vestibular y lingual o rara vez el margen alveolar palatino o lingual.

Si es necesaria una alveolectomía, se hacen incisiones a través de las crestas interseptales siendo indicado por lo general el colgajo en forma de bolsillo o trapezoidal.

En ésta técnica el mucoperiostio se eleva cuidadosamente de hueso, se experimenta dificultad al empezar a formar el colgajo en el borde del hueso, porque el periostio está adherido a los extremos de los huesos, no se eleva el colgajo más de dos terceras partes del alvéolo vacío. Elevarlo más desagradaría el pliegue mucobucal ligeramente adherido, provocando grave pérdida del espacio para la altura de la aleta en la dentadura postiza.

El colgajo se retrae con cuidado y se coloca en el borde de una compresa de gasa entre hueso y colgajo. Se pone una pinza gubia de lado, a mitad del alvéolo vacío y la placa alveolar labial o bucal se reseca para lograr una altura uniforme, en todos los alvéolos.

Las pinzas se colocan en ángulo de 45° sobre la cresta interseptal, con un pico a cada lado del alvéolo y se elimina la punta interseptal bucal, se lleva a cabo este procedimiento en todas las crestas interseptables, además se pasará una lima ligeramente sobre todos los cortes.

Hay que eliminar las partículas sueltas, se retira la gasa haciendo que el colgajo tome su lugar sobre el hueso,-

hay que alisar la mucosa para examinar si el alvéolo está liso.

Algunos autores aconsejan eliminar la mitad de hueso -- que desea reducir, ya que probablemente fuera suficiente con ello.

Compresión alveolar:

Técnica quirúrgica más simple y rápida. Después de realizar la extracción, el alvéolo debe comprimirse con los de dos para deprimir las placas alveolares interna y externa. La extracción generalmente expande la corteza labial o bucal, y realizando la presión restaurará las paredes a su forma inicial.

Esta técnica reduce el ancho del alvéolo y elimina muchos espacios muertos óseos que sin esa compresión presenta rían dificultades en el postoperatorio.

Debe evitarse el exceso de compresión debido a que una presión muy fuerte reduciría la anchura del alvéolo.

Este método es muy eficaz en pacientes jóvenes. Es necesario practicarlo después de cada extracción, especialmente en aquellas que hubo necesidad de realizar maniobras consideradas con expansión de las tablas. Se hacen suturas regularmente para que el tejido blando y hueso se coloquen en posición adecuada.

Esta técnica elimina la necesidad de golpear y exponer-hueso.

Alveolectomía simple:

Fig. 1.- Eliminación de la placa labial.

Fig. 2.- Extirpación de la punta interseptal.

Compresión alveolar:

Técnica más simple y rápida, después de realizar las extracciones, el alvéolo se comprime.

ALVEOLECTOMIA SIMPLE

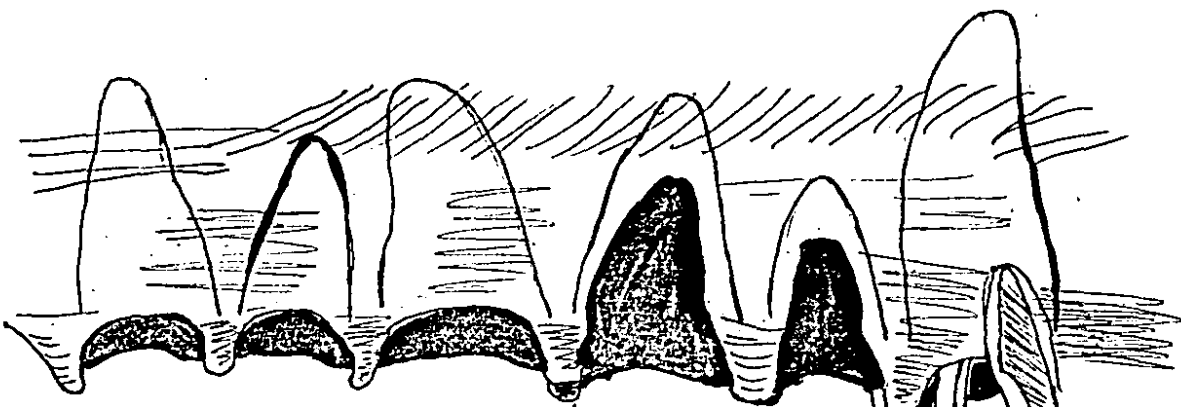


Fig. 1

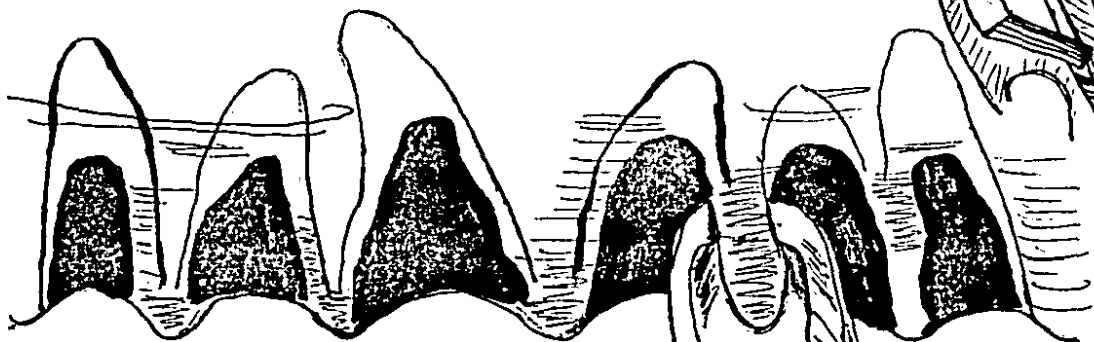
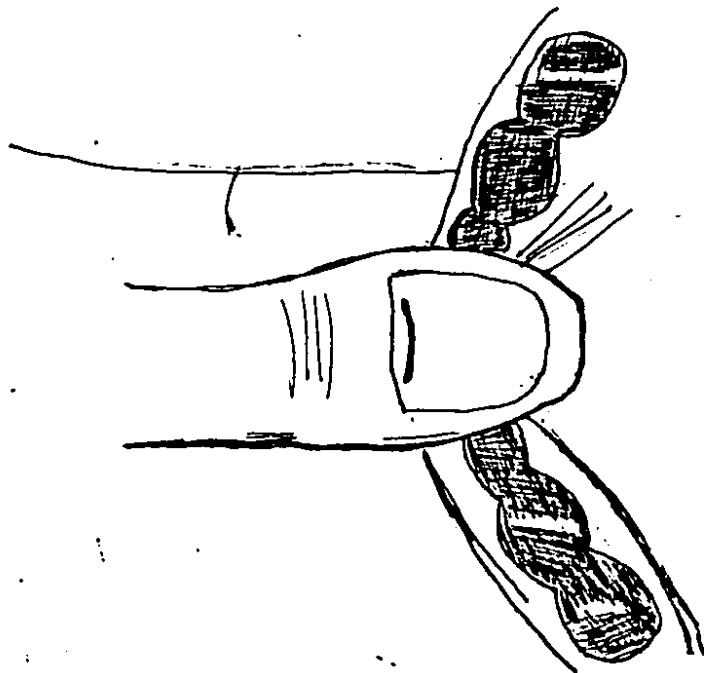


Fig. 2

COMPRESION ALVEOLAR



Alveolectomía cortical vestibular:

Es el método más antiguo y conocido de alveolectomía, - ésta es más sencilla que la técnica de Dean, u Obwegeser, - pero los resultados no son tan buenos una vez que transcurre el tiempo.

Primeramente se hace la incisión, y se separa el colgajo mucoperiostio, que abarca por lo menos un diente de distancia a cada lado de la zona e intervenir.

Al realizar la extracción de los dientes puede facilitarse el eliminar primero el hueso labial que queda por encima de las raíces de los dientes. Esta eliminación de hueso también asegurará la conservación de hueso interradicular.

Después de extraer los dientes, se recorta el hueso restante y se contornea para así lograr la altura labial y - - oclusal deseada, utilizando para ello pinzas gubias, cincel y lima.

Se colocan las gubias de modo que un extremo quede por debajo del reborde óseo del alvéolo y el otro en la cresta del reborde, con esto se "muerden" pequeños trozos de hueso.

Después de este procedimiento, se utilizará la lima para hueso; alisar y retocar el contorno óseo.

Es importante tomar en consideración que el instrumento

se encuentre afilado, para que la separación de hueso sea completa y no se fracture en trozos grandes.

A continuación la mucosa se regresa a su sitio, por medio de suturas individuales efectuada desde vestibular hacia lingual sobre los tabiques a óseos interradiculares.

Técnica cortical vestibular.

Fig. A).- Estado preoperatorio.

Fig. B).- Después de extraer los dientes, se eleva la -
encia vestibular.

Fig. C).- Se usan gubias para reducir el hueso.

Fig. D).- Después del corte de hueso.

Fig. E).- Se hacen suturas simples.

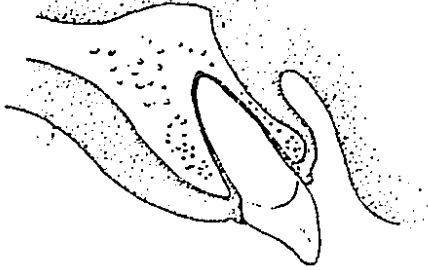


Fig. A

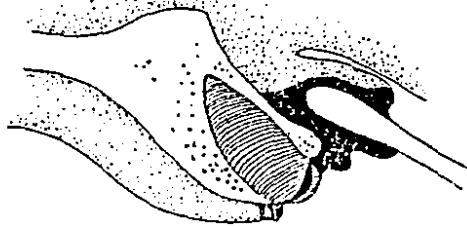
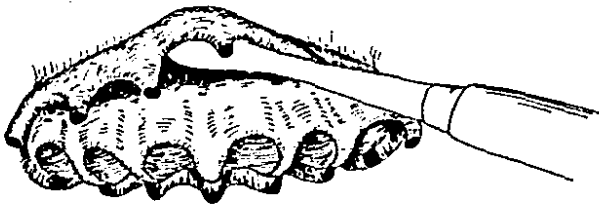


Fig. B



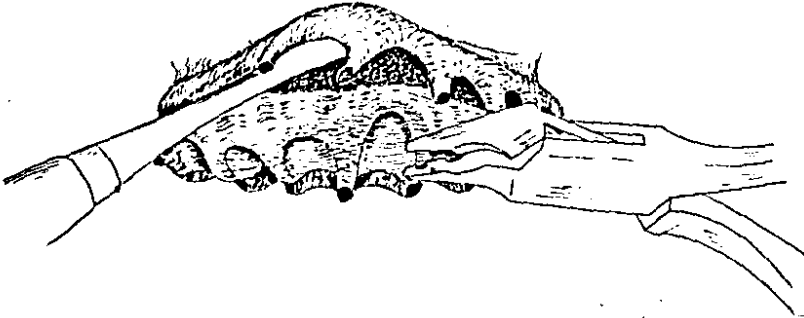
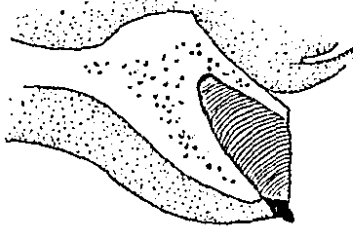
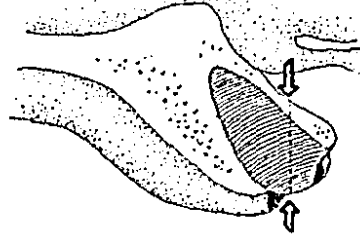


Fig. C



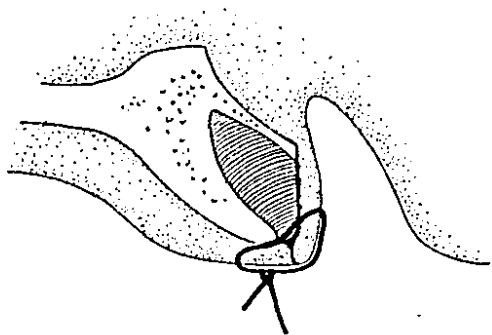
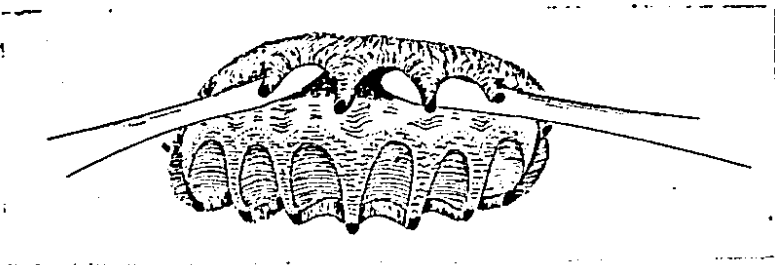


Fig. E

Alveolectomía de Dean:

Este procedimiento es un adelanto muy positivo, conocido también con el nombre de alveolectomía interradicular o de aplastamiento.

Los resultados de dicha técnica se basan sobre principios biológicos sanos.

Se deben tomar en consideración los principios biológicos que cita el Dr. Dean:

- a).- Se reduce la prominencia de los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la recepción de la prótesis.
- b).- No se perturba la inserción de los músculos.
- c).- El periostio queda intacto.
- d).- La tabla cortical se conserva como una capa vital de hueso con irrigación intacta.
- e).- Al conservarse el hueso cortical, la reabsorción postoperatoria se reduce.

Esta técnica particularmente es aplicable en la mandíbula anterior y en la maxila.

A continuación de extraer los dientes que se hará supri

miendo primero los posteriores y luego trabajar hacia adelante, realizadas las extracciones hay que eliminar el tabi que óseo interradicular con gubias, alicates, cinceles o fresas, esto depende del criterio del operador.

Para realizar el movimiento de la tabla vestibular - - hacia palatino, se necesita hacer un alivio o muesca con un cincel o pinzas gubias en la placa labial de cada área premolar, para lograr así que una mayor parte de la placa labial se ajuste a su nueva posición.

Dean usa un cincel para hacer una excisión en hueso en forma de V en la tabla cortical del alvéolo del canino. De esta manera se libran tres lados del colgajo óseo cortical-vestibular. Posteriormente se aplasta el hueso hasta obtener el contorno deseado con presión digital.

Con frecuencia la tabla cortical no se fractura y permanece en su posición comprimida, pero no puede regresar a su posición original. Para prevenir esta situación Dean sugiere que se use el cincel desde dentro del alvéolo para pasar a través de la tabla cortical en la región apical, de este modo la cortical vestibular se convierte en un injerto óseo de movimiento libre unido únicamente al mucoperiostio, del cual recibe el aporte sanguíneo. La línea de fractura horizontal en la zona apical se alisa con limas para hueso dentro del alvéolo dejando la superficie vestibular lisa.

Se hacen algunas suturas simples para acercar la encía-palatina y vestibular y así mantener la tabla cortical al-

veolar en posición adecuada.

Esta técnica es práctica y muy positiva, además tiene - sus ventajas.

- 1.- Existe muy poca molestia y resorción posterior a la operación debido a que no se lastima el mucoperiostio.
- 2.- La profundidad del surco generalmente no es reducido.

Técnica de Dean

Fig. A).- Utilizada en casos de inclinación vestibular moderada de los dientes.

Fig. B).- Eliminación de las papilas gingivales.

Fig. C).- Retirar hueso medular interradicular.

Fig. D).- Hacer un corte de hueso en la cortical vestibular en la zona distovestibular de cada alvéolo canino.

Fig. E).- Se introducen instrumentos gruesos y se fuerza -- hacia afuera, fracturando la cortical vestibular.

Fig. F).- Comprimir y modelar la cortical vestibular hasta darle el contorno deseado.

Fig. G).- Se hacen suturas simples.

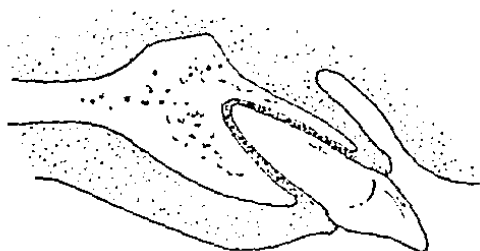


Fig. A

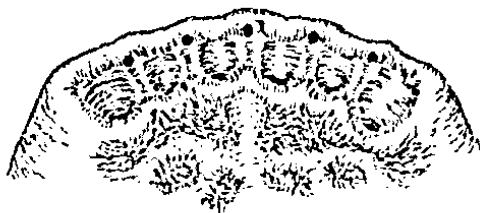


Fig. B

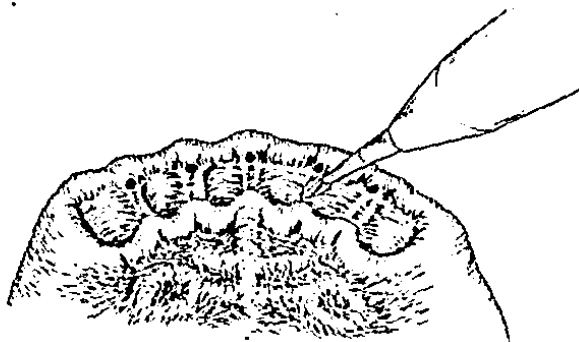


Fig. C

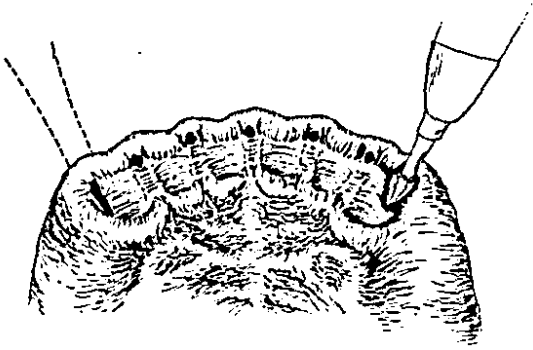


Fig. D

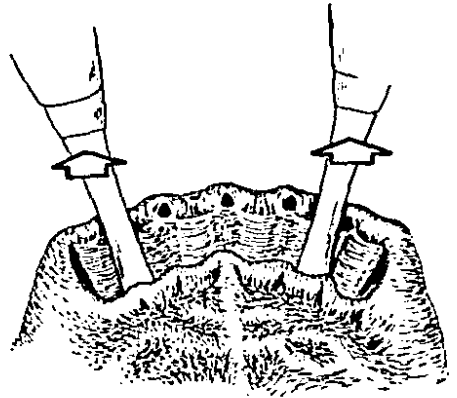


Fig. E

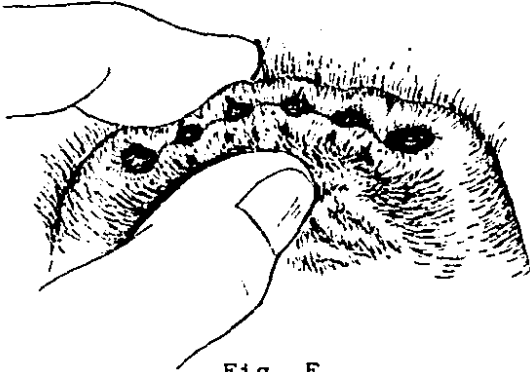


Fig. F

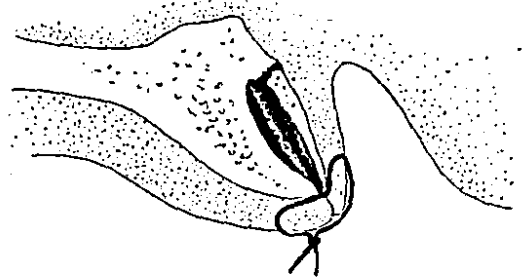


Fig. G

Técnica de Obwegeser.

Este procedimiento es una modificación de la técnica de Dean. Ya que por medio de la técnica de Dean en caso de protrusión premaxilar externa se produce un reborde anterior en forma de V, en vez del reborde en forma de U, para evitar - este reborde Obwegeser realiza esta técnica.

El procedimiento de dicha técnica consiste en primer lugar realizar las extracciones siguiendo un orden. Se conectan los alvéolos, mediante gubias o fresas para piriforme o redonda se agrandan los alvéolos y se comunican. La tabla vestibular y palatina se cortan con fresas en la región de los caninos para así debilitar el hueso y formar un colgajo óseo de tres lados en las dos tablas corticales, se introduce un disco montado pequeño dentro de los alvéolos y se ranuran las corticales vestibular y palatina puesto que la cortical vestibular es muy delgada.

El siguiente paso es introducir los elevadores gruesos y rectos dentro de los alvéolos, fracturando la tabla vestibular, hacia vestibular, la tabla palatina hacia palatino.

Posteriormente se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle la forma más adecuada. Se cierra la encía por medio de suturas sobre los alvéolos y ayuda a mantener el hueso en su posición.

Si primero esta operación se realiza en modelo de yeso se puede confeccionar una férula para su posterior uso y así estabilizar el proceso alveolar reubicado del paciente-

hasta que cicatrice en un período de 4 a 6 semanas.

Esta técnica tiene por ventaja:

- 1.- Remodelar las superficies vestibular y palatina del proceso alveolar anterior.

Está indicada:

En protusión premaxilar extrema.

Técnica de Obwegeser.

A continuación describiré cada uno de los pasos que aparecen en el dibujo:

Fig. A).- Esta técnica utilizada en casos de protusión-vestibular extrema.

Fig. B).- Se hace un canal ancho que comunique todos los alvéolos.

Fig. C).- Las corticales vestibulares y palatinas se cortan con una fresa en la zona correspondiente.

Fig. D).- Con un disco cortante pequeño, dentro del canal óseo se hace un corte parcial a través de la cortical palatina.

Fig. E).- Fracturar las tablas corticales, vestibulares y palatinas.

Fig. F).- Mediante la presión manual se comprime y modela el proceso alveolar.

Fig. G).- Se cierra la encía con algunas suturas.

TECNICA DE OBWEGESER

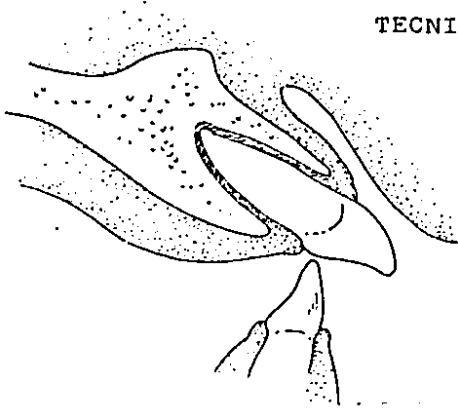


Fig. A

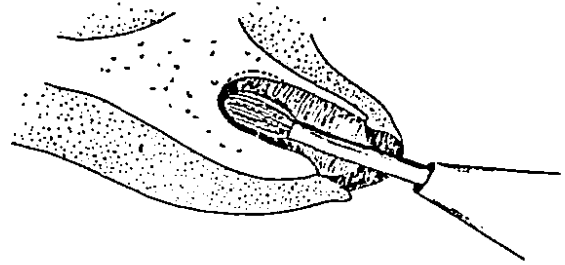


Fig. B

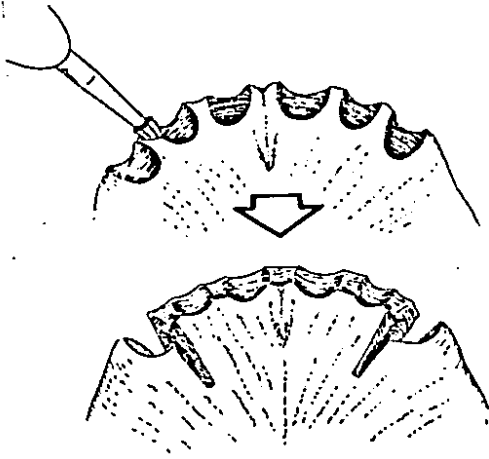


Fig. C

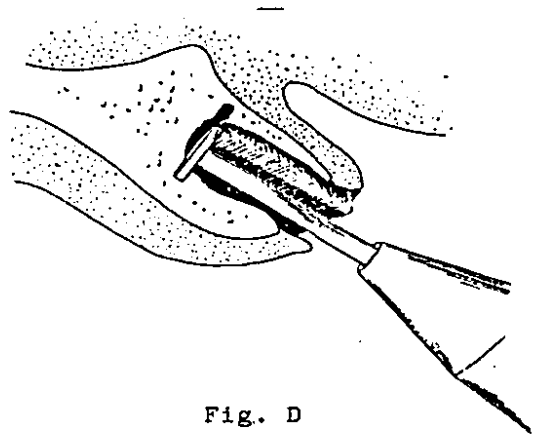


Fig. D

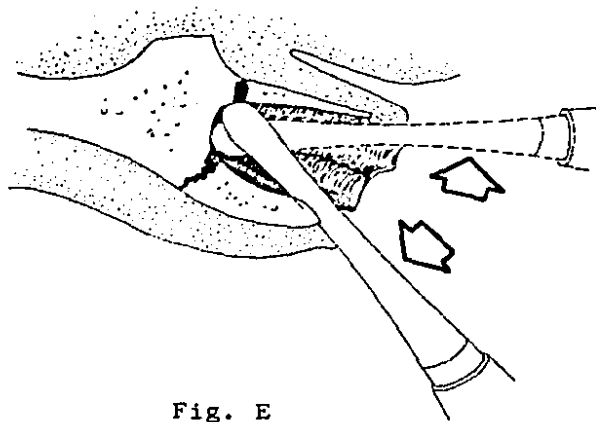


Fig. E

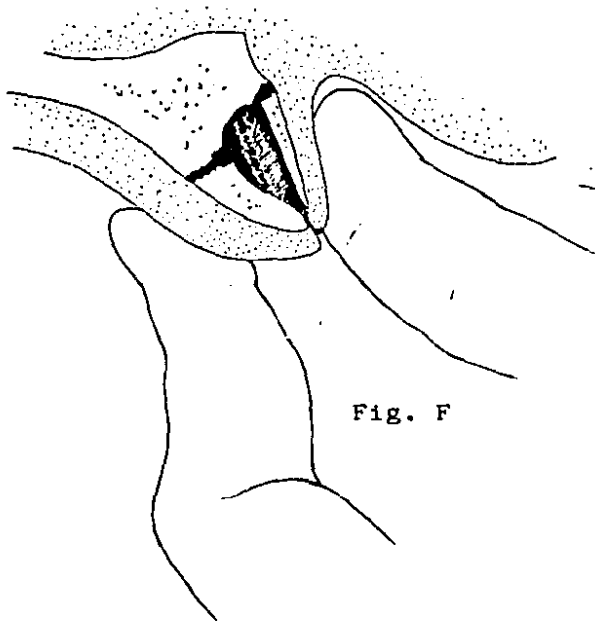


Fig. F

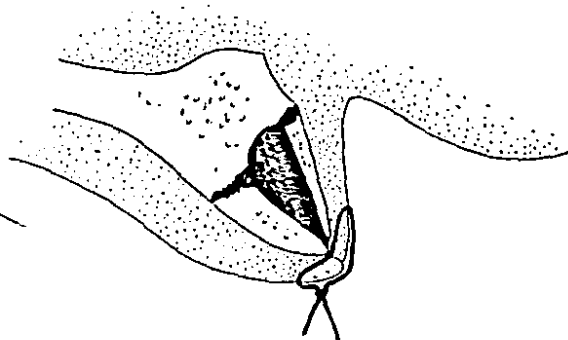


Fig. G

CASO CLINICO 1

Por medio: Técnica de Dean

NOMBRE DEL PACIENTE: Alicia Llamas Alvarez

SEXO: Femenino

OCUPACION: Secretaria

ESTADO CIVIL: Soltera

EDAD: 27 años

ANTECEDENTES FAMILIARES: La paciente refiere que su padre sufre de hipertensión arterial.

ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno.

PADECIMIENTO ACTUAL: La paciente expresa no estar conforme con su aspecto estético, la cual presenta labio superior corto y delgado, el reborde vestibular prominente, pero no demasiado, el cual de sea se le modifique.

Se le explicó el tratamiento a seguir el cual la paciente aceptó.

Después de haber realizado la historia clínica y estudio radiográfico, se citó a la paciente al siguiente día.

Primeramente se procedió a anestesiarse a la paciente, se

hicieron las extracciones siguiendo el orden de posteriores a anteriores, se eliminó el tabique interradicular que comunica todos los alvéolos. Se hace una muesca en la placa labial de cada área premolar, para que la placa labial se asiente a su nueva posición. Se procedió a comprimir el hueso hasta lograr el contorno deseado.

Se sutura.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

- Pentrexyl cap. 500 mgr. c/8 hrs.
- Prodolina tabletas, tomar 1 c/6 hrs.
- Flanax 250 gr. Tomar 2 para empezar y después una cápsula c/8 hrs.

Se citó a la paciente a las 48 hrs. después de haber hecho la operación, las suturas se retiran cinco días después; la paciente no refirió dolor.

CASO CLINICO 2

Por medio: Técnica de Obwegeser

NOMBRE DEL PACIENTE: Rodolfo González

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante

ESTADO CIVIL: Soltero

EDAD: 24 años

ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre con padecimientos gastrointestinales, padre murió a causa de angina de pecho.

ANTECEDENTES PERSONALES: Trastornos gástricos

PADECIMIENTO ACTUAL: El paciente presenta protusión extrema y solicita se modifique el maxilar.

Se le explicó al paciente la técnica quirúrgica a seguir y aceptó.

Se realizó la historia clínica y estudio radiográfico, se citó al paciente al tercer día.

TECNICA QUIRURGICA:

Se anestesió, se realizaron las extracciones llevando un orden, se comunicaron los alvéolos, las tablas tanto labial como lingual se cortaron en la región de los caninos,

se introdujo un disco montado pequeño dentro de los alvéolos para ranurar las corticales, después los elevadores rectos y gruesos dentro de los alvéolos y se fractura la tabla vestibular hacia vestibular y la tabla palatina hacia palatino, se modela el proceso ejerciendo presión digital.

Se sutura sobre los alvéolos.

Se utilizó una prótesis con férula para estabilizar el proceso alveolar reubicado del paciente hasta que se consolide.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

- 8 frascos ampula pemprocilina 800,000 U. 1 aplicar una cada 12 horas.
- Flanax 275 mg. tomar una cada seis horas.
- Prodolina tomar cuando se presente el dolor, una cada 6 horas.

Se citó al paciente a las 48 horas después de haber colocado la prótesis, el paciente se encuentra en buen estado.

CASO CLINICO 3

Por medio: Técnica Cortical Vestibular.

NOMBRE DEL PACIENTE: María de Jesús López C.
SEXO: Femenino
OCUPACION: Maestra
ESTADO CIVIL: Casada
EDAD: 30 años
ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre con padecimiento cardíaco.
ANTECEDENTES PERSONALES: Tabaquismo.
PADECIMIENTO ACTUAL: Prominencias de los bordes -
gingivales alveolares de los-
dientes anteriores.

La paciente manifiesta no estar conforme con su aspecto dental, ya que su reborde alveolar vestibular es prominente y sus dientes extruídos.

Se le explicó el tratamiento a la paciente y aceptó.

Después de haber realizado la historia clínica y estudio radiográfico se procedió a anestesiarse, se hizo la incisión para levantar el colgajo, el diámetro de la incisión - se extendió como mínimo a un diente de distancia a cada lado de la cirugía.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se eliminó hueso labial, para facilitar la extracción - de los dientes, la pinza se colocó un extremo por debajo - del reborde óseo y el otro en la cresta del reborde, des -- pués se limó tratando de dar la altura labial y oclusal, pa ra finalizar la mucosa se vuelve a su sitio por medio de su turas individuales.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

Se prescribió al paciente antibiótico, antiinflamato - rios analgésicos, fisioterapia y dieta blanda.

- Hectacin 8 fcos. ampula de 250 mg. 1 c/12 hrs.
- Flanax 275 mg. 2 cap. para empezar y después una cap. cada 8 hrs.
- Prodolina tomar 1 c/8 hrs.

Se citó a las 48 hrs. a revisión, el paciente se encuen tra evolucionando.

CASO CLINICO 4

Por medio: Técnica Cortical Vestibular.

NOMBRE DEL PACIENTE: Marcela López M.
 SEXO: Femenino
 EDAD: 29 años.
 ESTADO CIVIL: Casada.
 ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre diabético.
 ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno.
 PADECIMIENTO ACTUAL: El paciente posee el maxilar-
 protusivo y desea se le modifi-
 que.

Se le explicó a la paciente que por medio de la ortodon-
 cia se podría corregir, pero ella solicita un tratamiento -
 en menor tiempo, por lo que se le explicó en que consiste -
 la técnica cortical vestibular, la cual aceptó.

Después de elaborar su historia clínica y efectuar su -
 estudio radiográfico, se citó a la paciente dos días des --
 pués para realizar la operación.

Se procedió a anestesiar la zona, a realizar la alveo -
 lectomía inmediatamente, se diseña incisión para levantar -
 el colgajo, ésta abarcará un diente de distancia a cada la-
 do de la cirugía, se quita hueso labial para facilitar ex-
 tracción de los dientes, se coloca la pinza para reducir -

hueso con la finalidad de darle contorno, después se lima - para alisar, se regresa la mucosa a su sitio, utilizando su turas individuales.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO:

Se prescribió a la paciente antibiótico, antiinflamatorios, analgésicos, fisioterapia y dieta blanda.

- 14 fcos. ámpulas pemprocilina 800,000 U aplicar 1 -- c/12 hrs. via I.M. durante 1 semana.
- 1 caja Dolovid tomar 1 c/12 hrs.
- Flanax 275 mgr. 2 cap. para empezar y después una cap. cada 8 hrs.

Se citó a la paciente a las 72 hrs. y presenta franca - mejoría.

CASO CLINICO 5

Por medio: Cortical Vestibular.

NOMBRE DEL PACIENTE: Patricia Flores.

SEXO: Femenino.

EDAD: 33 años.

OCUPACION: Secretaria.

ESTADO CIVIL: Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre con padecimiento hepático.

ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno.

PADECIMIENTO ACTUAL: La paciente presenta reborde-alveolar prominente que interfiere con la estética, dice que al sonreír muestra demasiado tejido gingival, y su sonrisa es desagradable.

Se le explicó a la paciente que por medio de un tratamiento ortodóntico se corregiría, o de otra forma, es necesario la extracción de los dientes y alveolectomía.

Se le explicó en qué consiste dicha técnica, la cual -- aceptó.

Se le practicó la alveolectomía cortical vestibular, se

procedió a anestesiar la zona, se hizo incisión para levantar el colgajo, el diámetro se extendió, la incisión se extendió como mínimo a un diente de distancia a cada lado de la cirugía.

Se elimina hueso labial, para facilitar la extracción de los dientes, la pinza se colocó un extremo por debajo del reborde óseo y el otro en la cresta del reborde, después se lima tratando de dar altura labial y oclusal, para finalizar la mucosa se vuelve a su lugar por medio de suturas individuales.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:

- Pentrexil cap. 500 mg. c/8 hrs.
- Prodolina tabletas tomar 1 c/6 hrs.
- Flanax 250 gr. tomar 2 para empezar y después una - - cap. c/8 hrs.

Se citó al paciente 48 hrs. después de haber hecho la operación, las suturas se retiraron 5 días posteriores.

C O N C L U S I O N E S .

Es importante para cualquier odontólogo de la práctica general, tomar en cuenta que para la elaboración de una alveolectomía hay que conservar una buena cantidad de hueso y no el retiro radical del mismo, ya que ésta nos ocasionaría problemas con la inserción de la prótesis.

Al realizar dicho procedimiento debemos tomar en consideración la edad del paciente, estado de salud y la técnica de alveolectomía a emplear.

Mi finalidad al realizar ésta tesis es dar una ayuda - al odontólogo de la práctica general, ya que tiene un amplio campo dentro de la cirugía, por lo tanto deberá poseer los conocimientos fundamentales sobre ello.

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

- 1.- Alcaraz del Rio, Ignacio.
Anatomía Humana.
México, D. F. Librería de Medicina 1968.
p.p. 90, 132, 133.

- 2.- Archer, William Harry.
Cirugía Bucal.
Tomo 1,
Buenos Aires Argentina.
Ed. Mundi 1968
p.p. 25, 26, 29, 271.

- 3.- Basmajin, Jhon V.
Anatomía.
7 ed.
México Interamericana 1977
p.p. 133.

- 4.- Batres Ledon Edmundo.
Procedimientos en Cirugía Bucal.
1 Ed.
Compañía Editorial Continental, S. A.
México, 1980.
p.p. 25.

- 5.- Costich, Ermett R.
Cirugía Bucal.
México Interamericana 1974.
p.p. 64, 65, 70.

- 6.- Clarck Herry B.
Practical Oral Surgery.
Third Edition.
Lea and febiger; Philadelphia, U.S.A. 1970.
p.p. 88.

- 7.- Clarck James W.
Clinical Dentistry.
Periodontal and Oral Surgery.
p.p. 1, 6.

- 8.- Heartwell Charles, Jr.
Arthur O. Rahn.
Syelabus of complete Dentieres.
Third Edition.
p.p. 141, 144.

- 9.- Hollinshead, W. Henry.
Anatomía para Cirujanos Dentistas.
México.
Harper Row Latinoamericana 1974.
p.p. 85, 86, 103.

- 10.- Gardener Weston D.
Dr. William A. Osburn.
Anatomía Humana.
México.
Interamericana 1971.
p.p. 130.

- 11.- Kruger, Gustav. O.
Tratado de Cirugía Bucal.
7a. Ed.
Buenos Aires, Argentina.
Ed. El Ateneo 1975.
p.p. 4, 62, 63, 65.

- 12.- Laney William R.
Joseph A. Gibilisco.
Diagnosis and Treatment in Prosthodontics.
p.p. 266.

- 13.- L. Testut A. Latarjet.
Compendio de Anatomía Descriptiva.
Barcelona, Salvat 1972.
p.p. 130, 160, 161.

- 14.- Maurel Gerard.
Cirugía Maxilo Facial.
3a. Ed.
Buenos Aires.
Alfa 1959.
p.p. 538.

- 15.- Martínez Sandoval Francisco y
Jorge Garay Reyes.
Anatomía Humana.
4a. Ed.
Guadalajara, U.A.G. 1973.
p.p. 13, 90, 191, 192.

- 16.- Ozawa Deguchi José Y.
Prostodoncia Total.
Universidad Nacional Autónoma de México, 1984
p.p. 59, 72.
- 17.- Ries Centeno Guillermo A.
Cirugía Bucal.
Buenos Aires, Argentina.
7a. Ed.
Editorial El Ateneo 1975.
p.p. 69, 70, 192, 193, 194, 197.
- 18.- Sharry John J.
Prostodoncia Dental Completa.
Barcelona 1977.
Ed. Toray.
p.p. 178, 184.
- 19.- Starshak Thomas J.
Cirugía Bucal Preprotética.
1a. Ed.
Buenos Aires, Argentina.
Ed. Mundi 1974.
p.p. 38, 61, 65, 69, 73.
- 20.- Testut; A. Latarjet.
Tratado de Anatomía Humana
9a. Ed. corr. y aum.
Barcelona, Salvat 1971
Vol. 1
p.p. 765, 795, 796.

21.- Waite Daniel E.

Cirugía Bucal Práctica.

1a. Ed.

México. Continental 1978.

p.p. 114, 134, 136.