

20/1/82

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



*Leo y autorizó
Javier
2 de sept 1982
on [signature]*

CIRUGIA BUCAL PREPROTESICA

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

CABRAL REVELES JAVIER



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.

CIRUGIA BUCAL PREPROTESICA

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I.- DIAGNOSTICO.

- a).- Historia Clínica
- b).- Estudio Radiográfico
- c).- Exploración Visual y de Contacto
- d).- Modelos de Estudio

CAPITULO II.- FRENILECTOMIA

- a).- Anormalidades que provoca el frenillo
- b).- Oportunidad de extirpación del frenillo
- c).- Técnica de operación del frenillo
- d).- Técnica de L'Hirandel y Aranowicz
- e).- Técnica de Mead

CAPITULO III.- REDUCCION DEL TORUS Y EXOSTOSIS

- a).- Torus palatino
- b).- Exostosis palatina lateral
- c).- Exostosis Vestibular
- d).- Torus Mandibular

CAPITULO IV.- TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS DE SURCO

VESTIBULAR

- REBORDES EN FILO DE CUCHILLO O SERRADOS
- ELIMINACION DE RETENCIONES INFERIORES VES
TIBULARES

CAPITULO V.- PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO

- a).- Técnica de Clark
- b).- Técnica de Kazanjian
- c).- Técnica de Collet

CAPITULO VI.- ALVEOLECTOMIA

- a).- Alveolectomia Simple
- b).- Alveolectomia Radical
- c).- Alveolectomia Cortical Vestibular
- d).- Técnica de Deam
- e).- Técnica de Obwegeser

CAPITULO VII.- EL POSOPERATORIO

CAPITULO VIII.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Aunque tengo poco tiempo aún de ejercer la Odontología - he podido percatarme de que existen ciertas anormalidades en la cavidad oral que en un momento dado pueden impedir un correcto asentamiento de nuestra prótesis total, y que en muchos casos - son pasadas por alto al realizar un exámen intraoral.

El objetivo principal de esta tesis es mencionar el tratamiento quirúrgico de algunas anormalidades, pues creo que este tipo de intervenciones estan al alcance de todo Cirujano Dentista de practica general, por lo que debemos tener un conocimiento adecuado de ellas ya que de ello depende en gran parte - el éxito o fracaso en la colocación de la prótesis.

Las técnicas quirúrgicas son varias por lo tanto solamente mencionare la preparación de los tejidos blandos y duros, a fin de lograr mejores resultados en la colocación de la prótesis, que como resultado final sea eficaz y duradera.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO

La interpretación de los signos y síntomas que manifiesta una enfermedad y que el Cirujano Dentista obtiene mediante la -- historia clínica se denomina diagnóstico.

El establecimiento de un diagnóstico acertado en prosto-- doncia no es solamente la revisión de la cavidad oral, sino que va más allá, se necesita saber valorar las condiciones en que se encuentra un paciente edentulo totalmente, y sólo podremos hacer esto mediante los siguientes procedimientos:

- a).- Historia Clínica
- b).- Exploración visual y de contacto
- c).- Estudio Radiográfico
- d).- Modelos de estudio.

Historia Clínica.- Pocos minutos invertidos previamente - con el paciente en la elaboración de la historia clínica proporcionan al Odontólogo una información consisa y precisa de su presunto estado de salud, y previene numerosas complicaciones indeseables, antes, durante y después de la cirugía.

La historia clínica revela la razón que tiene el paciente para buscar asistencia odontológica, así como su experiencia dental previa, además, puede adquirir significación de tipo legal, - técnica y científica. Desde el punto de vista médico tienen espa

cial importancia los antecedentes personales del enfermo así - como los análisis de laboratorio etc.

Exploración Visual y de Contacto.- Mediante este procedimiento nos podremos dar cuenta realmente del estado bucal de - nuestro paciente, se hará la exploración visual y por contacto de las estructuras integrales de la cavidad oral, y de la forma de los tejidos adyacentes, esto lo realizaremos de una forma - sistemática, evaluando al mismo tiempo cada estructura y así - elaborar poco a poco nuestro diagnóstico de presunción.

Estudio Radiográfico.- Para poder realizar un exámen adecuado y completo debe de hacerse un estudio radiográfico, coneste el Odontólogo tendrá conocimiento de la existencia de dientes o raíces incluidos, proximidad de las fosas nasales etc, y en general tener una idea del tipo y calidad de hueso. Se tomaran radiografías periapicales al igual que a los pacientes dentados, puede tomarse una serie en caso de ser necesario o de - sospecha de alguna patología.

Como complemento para las radiografías periapicales se--riadas podemos hacer uso de las oclusales superior e inferior, o de las panorámicas que nos proporcionan una vista más amplia.

Modelos de Estudio.- Tomaremos unas impresiones preliminares o anatómicas al paciente y así obtener los modelos de estu-

dio con los cuales podemos apreciar el contorno de los rebordes residuales, su tamaño, forma. Posteriormente se colocaran en un articulador y observaremos las proporciones relativas maxilomandibulares y la ubicación del plano de relación.

Las ventajas que nos proporciona este estudio son tres.

- a).- Proporcionan mayor información sobre los contornos anatómicos del maxilar y de la mandíbula.
- b).- Podremos determinar una aproximación del espacio disponible intermaxilo-mandibular.
- c).- De los modelos de estudio podemos servirnos también para explicar al paciente sobre el tratamiento que se realizará en caso de alguna remodelación quirúrgica necesaria.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Generalmente el tratamiento protodontico esta indicado toda vez que la dentadura completa siga siendo el último recurso disponible para la rehabilitación de la edentación, pero siempre y cuando su colocación no signifique un perjuicio mayor.

Mediante la dentadura recuperaremos el equilibrio del sistema masticatorio restableciendo las deficiencias estéticas y funcionales, además se evita en lo posible la inevitable resorción ósea de los rebordes residuales.

No existen contraindicaciones absolutas en protodoncia -

pero si intervienen circunstancias específicas, entre ellas figuran las neoplasias, enfermedades mentales, epilépticos e histéricos, los cuales requieren un tratamiento especializado.

ANESTESIA

La mayor parte de los procedimientos quirúrgicos bucales-preprotéticos pueden realizarse con éxito en el consultorio dental, bajo anestesia local. Sólo en algunos casos, es aconsejable, e incluso necesario el empleo de anestesia general.

La selección del agente anestésico local específico suele ser opcional y depende de la experiencia personal del Cirujano-Dentista. A veces los antecedentes, del paciente de reacciones tóxicas o alérgicas previas a un anestésico local determinado serán la guía para el odontólogo en la selección de la anestesia para ese paciente.

Casi en forma generalizada se utilizan agujas y cartuchos desechables para anestesia local y jeringas desechables son cada vez más populares. Todas están diseñadas para el uso en un sólo paciente, con la finalidad de mantener un alto grado de esterilidad y para reducir en lo más posible las infecciones y la transmisión de microorganismos infecciosos.

CAPITULO II

EL FRENILLO LABIAL SUPERIOR E INFERIOR

ANATOMIA DEL FRENILLO LABIAL.- Los frenillos son repliegues de la mucosa bucal los cuales parten de la cara interna del labio y van a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares.

En ocasiones algunos frenillos no terminan a este nivel sino que descienden hasta el borde alveolar, rodeando a este y van a insertarse en la papila interdientaria a nivel de la boveda palatina.

Los frenillos se clasifican en tres tipos según lo describe Monti los cuales son:

a).- El frenillo de tipo alargado pero que presenta sus bordes derechos e izquierdos paralelos.

b).- El frenillo de forma triangular cuya base coincide con el surco gingival.

c).- El frenillo de forma triangular a base inferior.

ANORMALIDADES QUE PROVOCA EL FRENILLO

Dependiendo del tipo de frenillo que se trate serán las distintas anomalías que provoquen, las cuales son.

El frenillo de tipo (a) ocasiona un diastema el cual se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente-

paralelos.

El frenillo de tipo (b) da origen a un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando las coronas más próximas por sus apices.

Por el contrario, los frenillos de tipo (c) dan origen a un diastema, sólo que en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y por lo tanto sus apices se aproximan.

El frenillo labial puede oponerse desde el punto de vista protético a la normal colocación de una prótesis completa, y en los movimientos normales del labio puede incluso desplazarla, lo mismo puede ocurrir con el frenillo labial y lingual inferior que en ocasiones puede provocar ciertos trastornos en la fonación y deglución, que sólo podrán aliviarse haciendo la resección del frenillo quirúrgicamente.

OPORTUNIDAD DE EXTIRPAR EL FRENILLO.- Por razones protésicas el frenillo debe extirparse en la edad juvenil con el fin de permitir el tratamiento ortodóntico posterior, con fines protésicos si es necesario. Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo con propósitos ortodónticos las opiniones se encuentran divididas. Kelsey cree que la mejor época para realizar la operación del frenillo es en el momento de la mutación de los incisivos temporales y su reemplazo por los perma--

entes.

Thoma opina que el momento propicio es cuando hacen erupción los incisivos laterales permanentes. La mejor época sostienen otros autores, debe ser antes de la erupción de los temporales en tal caso sólo basta con una aplicación del galvanocauterio. Sin embargo muchos diastemas no estan originados por esta anomalia, sino que se deben a la presencia de un mesiodens. la opinión actual de los cirujanos es que el frenillo debe operarse después de la erupción de los caninos permanentes debe extirparse quirúrgicamente (en caso de diastemas).

TECNICAS DE OPERACION DEL FRENILLO LABIAL

Técnica de Federspiel.- Previa anestesia infiltrativa local se procede a levantar el labio superior de modo que quede tenso el frenillo, con un bisturi de hoja corta se circunscribe a manera de ovalo la base en abanico, a derecha e izquierda llegando así en profundidad hasta hueso, en esta técnica no se secciona la extremidad alveolar la cual escarifica con galvanocauterio. La porción del frenillo circunscrita por la incisión se toma con una pinza de Kocher o de mosquito, se despegar hasta researse por medio de una legra o espátula roma, los bordes de la herida se unen con dos o tres puntos de sutura los que se colocarán a nivel de la mucosa labial y se procede a la colocación de un cemento quirúrgico en el proceso alveolar ope-

rado.

Técnica de L'Hirandel y Aranowics.- Primer tiempo. Se levanta el labio para mantener el frenillo tenso, el cual adquiere una forma triangular a base superior y vertice inferior, -- siendo el cateto mayor la incisión del frenillo en el hueso, y la hipotenusa su borde mucoso, se secciona este triangulo con tijera de la mitad de su altura. La sección del triangulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

Segundo tiempo.- La herida hecha con la tijera adopta una forma losángica determinada por la acción de los músculos de -- los labios, esta imagen losángica puede ser descompuesta en dos triangulos reunidos por su base a nivel del surco vestibular.

Tercer Tiempo.- Con bisturi se reseca el cordón fibroso y se cauteriza con galvanometro la base de la incisión y se protege con un apósito quirúrgico a nivel gingival.

Cuarto tiempo.- Sutura con hilo seda, se colocan tres o -- cuatro puntos de sutura que reúnen los labios de la herida, que corresponde a tejidos blandos.

Técnica de Mead.- Se traza una incisión que bordea el frenillo en toda su longitud, la cual llega hasta el hueso en profundidad, se separa el frenillo de su inserción ósea con una -- legra, disecando el frenillo, se secciona en sus limites supe--rior, los labios de la herida se reúnen con sutura.

En los casos en que el frenillo labial desborde el limite bucal, rodie la arcada y vaya a incertarse en la papila palatina, la incisión se realiza trazando entre los incisivos, hacia la cara palatina pero sin llegar al agujero palatino anterior.

El frenillo es disecado como fue indicado en las distintas técnicas y los labios de las heridas se reunen con varios puntos de sutura. Para evitar la profusa hemorragia que se origina por las incisiones, el frenillo puede tomarse con pinzas de mosquito, una en el limite superior vecino al labio, la otra paralela y adosada al hueso en su porción de incisión ósea. El frenillo es disecado por dentro de estas pinzas que se retiran hasta después de pasados los hilos de sutura.

La operación que acabamos de describir se realiza con fines protesicos y ortodonticos.

CAPITULO III

REDUCCION DE TORUS Y EXOSTOSIS

TORUS PALATINO.- El torus palatino es una proyección ósea benigna, de crecimiento lento, de los procesos palatinos de los maxilares, a veces de las láminas horizontales de los huesos -- palatinos. Se presenta en forma bilateral del paladar duro. Se han observado torus palatinos alrededor de 20 a 25 por ciento de la población adulta y en el 5 por ciento de recién nacidos, con prevalencia doble en mujeres que en hombres.

La etiología es desconocida. Se indicaron como factores etiológicos posibles, el traumatismo superficial, la herencia, y la mal oclusión.

El torus es una masa ósea con superficie cortical densa y cantidades mínimas de núcleo esponjoso. La mucosa que cubre el torus es muy delgada, y da la impresión de que hubiera sido estirada por la exostosis de expansión lenta. En razón de la escasez de tejido subjuntivo mucoso, la irrigación de la mucosa es relativamente pobre si se compara con otras zonas de los maxilares. En la periferia del torus, la mucosa adquiere el mismo espesor que en otras zonas del paladar duro. El torus palatino crece con lentitud y adquiere su tamaño máximo en la tercera -- década de la vida. El tamaño y la forma son variables y con mayor frecuencia es nodular que fusiforme. El tipo nodular suele-

tener un surco medio que corresponde a la sutura media palatina.

El torus palatino no tiene finalidad útil. Por lo general no esta indicado el tratamiento quirúrgico salvo:

- 1).- Se tornen tan grandes que turben la dicción.
- 2).- La mucosa se traumatice o se ulcere o no cicatrice - en razón de la irrigación insuficiente.
- 3).- No se pueda persuadir al paciente que no se trata de un tumor maligno.
- 4).- Interfiera en el diseño y la confección de una prótesis dental.

Incluso cuando se contempla la confección de prótesis, no todos los torus deben ser eliminados.

El plan de tratamiento demanda una valoración adecuada de el paciente. El procedimiento quirúrgico no es difícil y se realiza sin dolor en el consultorio bajo anestesia local, si se -- usara anestesia general hay que hacer intubación endotraqueal - para mantener la vía respiratoria adecuada. En tal caso, es mejor realizar el procedimiento en el hospital.

TECNICA.- Se instala al paciente en el sillón dental de modo que su cabeza quede inclinada hacia atras y el paladar este en un plano vertical. Se emplea anestesia local para bloquear los nervios palatino anterior y el nervio paso palatino. Es útil hacer otra infiltración con pequeñas cantidades de solución anesg

tesica tanto para conseguir anestesia regional como para conseguir hemostasia.

Se hace una incisión palatino media en la mucosa, en toda la longitud del torus y dos insiciones con divergencia oblicua- en los extremos anterior y posterior evitando las foraminas vas- culares. Si el torus se extiende hacia la zona posterior del pa- ladar duro, hay que tener cuidado en evitar la penetración den- tro del paladar blando hacia la cavidad nasal. Cada colgajo se- separa con el elevador periostico y se sutura la mucosa del pro- ceso alveolar para mantenerlos lejos del campo operatorio. Se - pondrá atención para no traumatizar, perforar, o desgarrar los- colgajos, puesto que cualquiera de estos accidentes produce iz- quemia que termina en necrosis de uno de los colgajos, o de am- bos.

Si el torus es pequeño y pediculado, y si el hueso palati- no es grueso, es posible desprender el torus del paladar median- te un golpe seco de martillo sobre un escoplo filoso de bisel - unico. Sin embargo, la mayoría de los torus tienen base ancha, - y el cirujano no suele tener conocimiento previo del espesor del paladar. En estos casos, se emplea una fresa de fisura de carbu- ro número 703, o fresa para hueso de tamaño semejante para ha- - cer surcos en el torus, dandole el aspecto acanalado. Los cor- - tes en el hueso se hacen de la profundidad deseada con la pre--

caución de no penetrar hacia el piso de fosas nasales. Una vez dividido el torus, las partes se eliminan con gubias, o con escoplo y martillo, sin peligro de perforar el paladar.

A continuación se alisa el muñon del torus con limas para hueso, cinceles, o fresas grandes para hueso. No es preciso reducir el torus hasta el punto de dejar el paladar concavo. El paladar plano, o incluso con un leve reborde residual medio es lo adecuado en la mayor parte de los casos suele haber un excedente de mucosa palatina que se debera recortar con tijeras y luego se cerrara la mucosa sobre la herida ósea con sutura no absorbible. Al suturar se pondrá cuidado pues la mucosa es delgada y se desgarrar con facilidad. Algunos cirujanos prefieren conservar toda, o gran parte de la mucosa excedente. En esos casos, la mucosa se vuelve a su lugar con los bordes rebertidos y sostenidos con sutura de colchonero por que las superficies vivas de los dos colgajos se hallen en contacto. Esto produce una capa mucosa más gruesa en la línea media del paladar,

CUIDADO POSTOPERATORIO.- El cuidado postoperatorio determina el éxito o el fracaso de todo el procedimiento. El cuidado de rutina incluye el uso de analgesicos y el mantenimiento de la higiene oral. Más importante, sin embargo, es la prevención de la formación de hematomas durante el uso de un arenaje de goma o mediante una férula o matriz. Se usa la matriz para adaptar y --

sostener los colgajos mucosas en contacto con el hueso, eliminando así los espacios muertos en los cuales se queda acumulada sangre y suero. Algunos cirujanos emplean antibióticos como rutina para reducir la posibilidad de infección que pudiera producir estasis vascular y el desprendimiento de la mucosa.

Se puede confeccionar una matriz antes de la operación, con resina acrílica, e inmediatamente después de la operación cubrirla con pasta de óxido de zinc eugenol, resina acrílica de autopolimerización, resina acrílica blanda, gasa envaselinada o cualquier material similar. Se debe dejar la matriz por una semana, o hasta que remita la hemorragia y el edema. Se pueden cortar apósitos intra bucales adhesivos del tamaño adecuado y dejarlos durante varios días con excelente resultado.

No todos los casos demandan el uso de la matriz los factores determinantes son los siguientes:

- 1).- Altura de la ojivopalatina.
- 2).- Tamaño del muñon del torus.
- 3).- Grado de flojedad de los colgajos mucosos.

Los drenajes de goma, cuando se les utilice deberán retirarse a las 24 a 48 horas. Las suturas se quitan a los 6 ó 10 días, y por lo general entre las 4 y 6 semanas se puede tomar una impresión del paladar cicatrizado,

EXOSTOSIS PALATINA LATERAL

A veces se hallan exostosis múltiples y pequeñas en la superficie palatina del proceso alveolar de la región molar superior. La membrana de la zona es gruesa y con tejido conectivo abundante, de modo que muchas veces estos procesos óseos son pasados por alto durante el examen inicial. Si estas exostosis -- son grandes o afiladas, o si se hallan sujetos a presiones que generan dolor está indicada su remoción quirúrgica.

Una precaución importante durante el procedimiento quirúrgico es la preservación del aporte sanguíneo.

A veces las exostosis se hallan muy cerca del paquete-vásculo nervioso, el cual debe ser separado con todo cuidado -- del colgajo de tejido blando. Esta operación se hace con anestesia local en el consultorio dental.

TECNICA. - Se coloca anestesia infiltrativa inyectada en el nervio alveolar superior, el nervio palatino anterior, y el nervio naso palatino con solución anestésica apropiada. Se hace la incisión a lo largo de la cresta del proceso alveolar desde el lado posterior de la tuberosidad y hacia la zona de premolares. Por lo común no hace falta hacer incisiones perpendiculares o bilaterales en el paladar, si es que la incisión en la -- cresta del reborde es del largo suficiente. Al evitar incisiones en el paladar se genera menor hemorragia. Si se produce he-

hemorragia intensa es necesario ligar los vasos. Una vez expuestas las exostosis se elimina con gubias, fresa o cinceles. Es preciso cohibir la hemorragia antes de suturar la mucosa. Y -- por último sólo basta observar los cuidados postoperatorios de rutina.

EXOSTOSIS VESTIBULAR

Las exostosis de la superficie lateral o vestibular del proceso alveolar, son comunes en el maxilar pero se les halla en menor proporción en la mandíbula. Se producen cerca de la cresta del proceso alveolar, generalmente en la zona de molares y premolares, y se consideran como espesamientos funcionales de la cortical ósea.

Para el paciente protético se plantean dos problemas. -- La reducción de la exostosis vestibular es necesaria para la fidelidad de la impresión para la prótesis y la estabilidad y retención de la dentadura, y sin embargo, la reducción ósea podría producir pérdida excesiva de la cortical ósea, dejando -- hueso esponjoso cubierto únicamente por mucosa. En consecuencia, podría producirse la reabsorción excesiva del proceso alveolar, reduciendo sustancialmente no sólo el tamaño del proceso alveolar, sino también al ancho transversal del maxilar. Se ha observado que es posible mantener el tamaño del maxilar con mayor facilidad eliminando gran parte pero no toda la exostosis,

de manera que quede un pequeño muñón. Resulta difícil estimar la cantidad de hueso que se reabsorberá después de cada procedimiento, pero en este caso parece prudente no desperdiciar hueso que el paciente puede necesitar en un momento futuro.

TECNICA. - La eliminación de la exostosis vestibular se realiza de manera muy similar a la de la alveoloplastia de rutina, excepto que algunos cirujanos prefieren reducir las proyecciones óseas antes de hacer la extracción de los dientes. - La incisión se hace en la cresta del reborde. Si es necesario, se hace también una incisión anterior oblicua o liberadora, para conseguir el suficiente acceso a la zona. Se separa el colgajo mucoso hasta un nivel que se halla inmediatamente por debajo de la exostosis, la cual se quita mediante gubias, fresas o un cincel afilado. Una vez eliminada la exostosis se alisa el proceso alveolar, se coloca la mucosa en su lugar y se le sutura.

Sólo se observarán los cuidados de rutina.

TORUS MANDIBULAR

El torus mandibular es una exostosis que por lo general se presenta en forma bilateral sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar. Estos torus se hallan en el 5 a 10% de la población adulta, igualmente distribuidos en los dos sexos. Se localizan en la región de canino y

premolares, pero también se pueden encontrar nódulos óseos múltiples desde la zona de incisivos hasta la zona de molares.

La etiología de los torus mandibulares es desconocida, pero se cree que son el resultado de una reacción funcional a fuerzas masticatorias. Se hallan compuestos por hueso cortical denso con cantidades mínimas de núcleo medular. El mucoperiostio que lo cubre es muy delgado, como lo es en toda la superficie media de la mandíbula. No es rara la laceración o las úlceras traumáticas sobre la mucosa.

Los torus mandibulares se eliminan.

- 1).- Cuando se agrandan tanto que general dificultad en la dicción o dificultan la alimentación.
- 2).- Cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de la traumatización y no cicatriza.
- 3).- Para facilitar la confección de las prótesis removibles.

La remoción de los torus no es difícil, se realiza fácilmente en el consultorio dental, con anestesia local,

TECNICA.- La zona se anestesia mediante el bloqueo del nervio alveolar inferior y lingual y la infiltración vestibular con anestesia local. Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar desde la zona de molares hasta la región de incisivos. Si se van a tratar los dos lados en la misma se-

sión, no se separa la encía de la región insiciva central para volver a colocar el colgajo lingual con precisión y reducir la formación de un hematoma postoperatorio. Puesto que la mucosa que cubre el torus es muy delgada y se rompe con facilidad hay que tener cuidado al rechazar el colgajo especialmente si hay torus redondos múltiples.

El colgajo se debe proteger con un separador ancho sostenido por el ayudante durante la reducción de hueso subsecuente. La mayoría de los torus mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco de martillo sobre un cincel afilado. En caso de que halla torus grandes y fusiformes es útil emplear una fresa quirúrgica para establecer un plano de desprendimiento antes de usar el martillo y el cincel. Así mismo, es de utilidad que el ayudante sostenga la mandíbula cuando se haga uso del martillo. Una vez reducido el volumen de el torus con martillo y escoplo se sigue reduciendo el muñón mediante limas para hueso y fresas.

COMPLICACIONES. - Las complicaciones de la remoción de los torus mandibulares aunque raras, tienen su origen en el desgarramiento de los colgajos de tejido blando, o por la laceración del piso de boca con cinceles, fresas u otros instrumentos. Las laceraciones producen hemorragias intensas que requieren la ligadura de los vasos grandes. La hemorragia masiva del

piso de la boca produce hndema de la lengua y de las zonas adyacentes que obstruyen las vías aéreas. Las laceraciones de -- los conductos salivales submandibulares puede demandar su repa ración quirúrgica. El empleo apropiado de los instrumentos obvia estas complicaciones.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LAS HIPERTROFIAS DEL SURCO VESTIBULAR

Los fibromas del surco vestibular (para algunos autores fibromatosis del surco, fibroma fisural, hepulis fisural, sin categoría de tumor). En el vestibulo oral inferior más comunmente en el superior, se desarrolla bajo el flujo traumático - irritativo, como consecuencia del uso de prótesis mal adaptadas, lesiones caracterizadas por la hipertrofia en grado variable, del tejido gingival de esta región, creando una verdadera patología del surco vestibular.

Estos procesos tienden a la forma tumoral, persisten, - crecen y permanecen mientras exista y perdure el factor irritativo, puede tratarse de una sola formación.

CARACTERISTICAS DE LA LESION. - Puede tratarse de una sola formación a manera de cordillera que se desplaza en todo el fondo del surco, a constituir en varias cordilleras paralelas - con varias fibromas satélites en su vecindad sobre todo en la cara interna del labio.

TRATAMIENTO QUIRURGICO. - Estos procesos deben ser extirpados quirúrgicamente y eliminado el factor traumático irritativo, para evitar su residiva, la operación se realiza a bisturí o por medios eléctricos.

EXTIRPACION A BISTURI.- Tratamos de reseca el fibroma del surco vestibular superior, se trata de una sola formación con una angosta base de implantación, su cirugía no interferirá con la profundidad del surco vestibular.

ANESTESIA.- Es suficiente una anestesia local infiltrativa circunscribiendo el fibroma, la anestesia con adrenalina nos proporcionará un campo relativamente insensible el cual es necesario para realizar las maniobras quirúrgicas con cierta facilidad.

OPERACION.- Se levanta el labio superior en extensión forzada, con el objeto de permitir amplia visión del proceso a intervenirse. Con esta maniobra, se permite que el fibroma prolapse ligeramente, lo cual ayuda a las técnicas para su extirpación. Se toma el fibroma con una o dos pinzas de Kocher o de mosquito según su extensión o volumen y se tracciona el tumor para descubrir ampliamente su base de implantación.

MANIOBRA PREVIA A LA SECCION.- Antes de seccionar el fibroma con el objeto de evitar o por lo menos cohibir prontamente la copiosa hemorragia, se recurre a una maniobra que consiste en el pasaje previo de los hilos de sutura, para no perder tiempo después de la enucleación del fibroma. Esta maniobra -- por otra parte no es de imprescindible necesidad, ya que la ha

morragia cesa no bien se unen los labios de la herida al anudarse los hilos. Estos hilos de seda se pasan con una aguja -- curva un poco más arriba de la base de implantación del fibroma, cada hilo se encuentra separado aproximadamente entre sí 1 cm.

SECCION DEL FIBROMA. -- Las pinzas de Kocher o de mosquito traccionan el fibroma hacia abajo, para descubrir ampliamente su base, con un bisturí de hoja 15 u 11 se secciona el proceso de derecha a izquierda en toda su extensión y límites, -- procurando cortar los hilos en esta maniobra, en este tiempo -- solamente se secciona la mitad anterior o bucal del proceso y se dirige el bisturí en tal sentido para poder incidir el fibroma.

Se invierte la colocación del proceso, ubicando el fibroma sobre el labio, traccionando hacia arriba las pinzas y se secciona la hipertrofia por su cara lingual.

Concluida la hemisección se anudan los puntos de sutura. Se termina la operación del lado opuesto con la misma técnica y se anudan los puntos. La operación está terminada.

Alguna hipertrofia pequeña satélite puede ser eliminada con un corte de tijera, siendo previamente traccionada con una pinza o se cauteriza con galvanocauterio. Se coloca un trozo de gasa simple en el surco vestibular operado y se puede tener

comprimiendo el labio superior, con una venda que se anuda por detrás de la nuca, o con tira engomada plástica que se coloca sobre el labio, este procedimiento previene los hematomas siempre frecuentes en esta clase de operaciones.

El método de la sutura labio con labio del fibroma operado tiene el inconveniente desde el punto de vista protésico que se disminuye la profundidad o altura del surco vestibular. Esta contingencia puede presentarse en los fibromas que tienen una amplia base de sustentación o en caso de fibromas paralelos cuyas bases sumidas significan una extensión importante. La operación en estos casos, debe ser terminada de tal manera que no sea necesaria la sutura mencionada, esto se logra dejando cruentas la base o bases de implantación, es decir que no se emplea la sutura, para hacercar los bordes incididos en algunos casos se sutura el labio bucal del fibroma anterior al fondo del surco vestibular, en el periostio, con lo cual se fija este labio y se mantiene incólume el fondo del surco, las bases de los fibromas posteriores quedan naturalmente al descubierto sobre las superficies cruentas protegiéndolas y como ayuda para mantener el fondo del surco, puede emplearse la prótesis del paciente a la cual se le ha añadido una suficiente cantidad de cemento quirúrgico que tiene la propiedad de modelar debajo de el las estructuras gingivales y preparan un surco profundo y útil.

EXTIRPACION A BISTURI DIATERMICO.- Los fibromas del surco vestibular pueden también con el bisturí diatérmico, ser extirpados, sólo es mínima una anestesia local infiltrativa. Se toma el fibroma con una pinza hemostática y se tracciona hacia abajo, previa tracción del labio, se elimina el proceso en toda su extensión comenzando con la cara vestibular y luego por su cara posterior.

ELIMINACION DE RETENCIONES INFERIORES VESTIBULARES

Muchos pacientes sufren la reabsorción del proceso alveolar inferior, que produce una retención o espacio muerto vestibular marcado, debido a que hay mayor reabsorción de la zona apical que en la cresta alveolar, con esta clase de reborde, resulta muy difícil que el paciente pueda usar la prótesis con éxito.

HAY DOS TRATAMIENTOS:

- 1).- Exsición del hueso desbordante en la cresta alveolar.
- 2).- Relleno y remodelado de la zona retentiva con un injerto óseo o algún material extraño inerte desde el punto de vista biológico.

Si el proceso alveolar es ancho, el paciente puede aportar el sacrificio de poco hueso desbordante vestibular. Incluso si el borde posterior es angosto, el soporte ofrecido por -

la línea oblicua compensara el reborde angosto. En la parte anterior, el problema es más agudo, porque si se reduce el tamaño, el reborde anterior deberá soportar mayor carga masticatoria por unidad de superficie a la larga sufrirá mayor reabsorción.

En estos casos, hallamos de utilidad el llenado del espacio retentivo, y no disminuir la superficie. Halland usó red de tantalio para rellenar un espacio retentivo que se extendía desde la zona molar derecha hasta la zona molar izquierda. El implante fue bien tolerado y los resultados fueron muy satisfactorios. Se usó cartílago con resultados favorables. También se ha transplantado hueso alveolar autógeno de una posición a otra con resultados alentadores.

TECNICA. - Se realizó una incisión en la cresta alveolar de los procesos posteriores, y se rechazaron con cuidado los colgajos vestibulares, exponiendo los bordes óseos. Se usó un alicate de corte lateral el hueso sobresalido, las incisiones se cierran con sutura no absorbible. Después se hizo una incisión vertical en la línea media del proceso alveolar y se hizo un tunel subperióstico hacia la zona de caninos derechos e izquierdos. Los fragmentos de hueso se atacaron minuciosamente dentro de los túneles, llenando los espacios muertos. La incisión se cierra mediante un par de suturas.

Se le advirtió al paciente que no usara la prótesis después de la operación para evitar la irritación mecánica innecesaria de la zona, se recetaron antibióticos para descartar toda posibilidad de infección en la zona injertada. Se indicaron analgésicos y el cuidado postoperatorio de rutina. En un periodo de varios meses el injerto se fue alisando paulatinamente - por reabsorción selectiva y reemplazo por nuevo hueso.

El transplante de hueso alveolar autógeno puede brindar resultados muy satisfactorios y es preciso tomarlo en consideración toda vez que se quite hueso por alveoloplastia.

REBORDES EN FILO DE CUCHILLO O SERRADOS

Las apófisis alveolares desdentadas y con bordes agudos se advierten por palpación o cuando el paciente intenta usar prótesis. Las causas más serias y más frecuentes de la incomodidad de las prótesis son las apófisis a manera de filo de cuchillo. La masticación parece comprimir el mucoperiostio contra las aristas agudas de hueso y, por lo tanto, la oclusión es dolorosa. Los pacientes frecuentemente van de un dentista a otro para obtener una prótesis que pueda usarse con comodidad. El prostodoncista puede construir nuevas prótesis con la esperanza de satisfacer al paciente pero no tiene más éxito que el anterior hasta que se corrigen estos bordes afilados. Cuando se llega a esta conclusión, el remedio es sencillo. La correc-

ción quirúrgica de las apófisis alveolares afiladas, seguida - de la construcción de nuevas prótesis, suele brindar la comodidad buscada.

Muchas veces el clínico suele creer que la cresta ósea es satisfactoria debido a que la cubierta de tejido blando es redonda, ocultando el hecho de que existe una cresta afilada - debajo del mucoperiostio. La presión firme con los dedos puede provocar la molestia típica cuando existen crestas afiladas, - pero generalmente el paciente puede señalar las regiones que - le molestan. Es de mucha importancia aplicar la cirugía cuando se necesita y no enfrentarse al problema haciendo prótesis que no se pueden usar con comodidad.

TECNICA.- Se hace una incisión horizontal en la encía, - inmediatamente por encima de la cresta alveolar, con una incisión liberadora pequeña a cada extremo. Los colgajos vestibular y lingual se rechazan lo suficiente como para exponer el - hueso afilado de la cresta. Con una lima para hueso se puede - eliminar todos los bordes óseos rugosos y filosos y las promi- nencias.

Después, se alisa el borde con la misma lima para hueso. Hay que tener cuidado en evitar la eliminación de cantidades -- exageradas de hueso, pues desde un comienzo ya existe una ca-- rrencia de hueso. La incisión se cierra sin tensión, mediante -

suturas individuales, con la precaución de no disminuir la profundidad del surco vestibular.

Muchas veces se observará que el reborde alveolar atrófico se halla cubierto por una franja delgada de tejido gingival, la cicatriz gingival, como lo describe Obwengser. Es preciso conservar esta franja para soporte de la prótesis. El paquete vasculonervioso mentoneano que emerge del agujero mentoneano y por lo general se halla en el campo quirúrgico. Hay -- que tener cuidado en no lesionar estas estructuras y volver a ubicarlas en su lugar agrandando el agujero mentoneano en caso de ser necesario.

CAPITULO V

PROFUNDIZACION DEL VESTIBULO

Es bien conocida la necesidad de la intervención quirúrgica para ayudar al prostodoncista en caso de vestibulos poco profundos.

Las técnicas tratan principalmente de la reposición de las estructuras, incluyendo los músculos, sobre el hueso. Poco se puede hacer si se existe una resorción completa del hueso alveolar. Si aún fuera posible cambiar de posición estas estructuras al borde inferior de la mandíbula, no existiría una ventaja apreciable en la profundidad del vestíbulo si el hueso fuese demasiado pequeño. Además, tal reposición está limitada por los confines naturales, como son los forámenes mentonianos y la base de la apófisis malar.

Las prótesis de implantación y los injertos óseos en los bordes alveolares son prometedores para los pacientes desdentados con bordes sumamente atróficos. Sin embargo, estos procedimientos todavía no están probados, como métodos sistemáticos, por la mayoría de los cirujanos.

Se han aconsejado muchos métodos con base a numerosas teorías. Las técnicas nos dan diferentes grados de dificultad quirúrgica y satisfacen indicaciones específicas. Estudiaremos algunos de los métodos más empleados; en algunos casos las tég

nicas sufren modificaciones en la práctica diaria.

METODO DE CLARK.- Cuatro principios forman la base de esta técnica.

- 1.- Las superficies cruentas de tejido blando se contraen mientras que estas mismas superficies cubiertas con epitelio muestran una contracción mínima.
- 2.- Las superficies óseas cruentas no pueden contraerse.
- 3.- Los colgajos epiteliales deben ser suficientemente separados por disección cortante para permitir su retención sin tensión.
- 4.- Existe una tendencia para el regreso de los tejidos que sufren una revisión plástica, y por lo tanto, es necesaria la sobrecorrección junto con una fijación firme.

La técnica de Clark está adaptada especialmente para la parte anterior de la mandíbula en los casos en que interviene el músculo borla de la barba.

La incisión se hace sobre el borde alveolar y se obtiene de inmediato la profundidad del vestíbulo por disección cortante y roma. La disección se lleva hacia abajo sobre el periostio, la mucosa del labio se separa desde el borde de la incisión hasta el margen bermellón. Se coloca una sutura, a tra-

vés del borde libre del colgajo mucoso, con un punto de colchero, y los dos extremos se llevan hasta la superficie de la piel, donde se hace un nudo sobre un rollo de algodón. Se colocan tres suturas de este tipo. Las superficies cruentas del tejido blando se cubren y se deja que la superficie ósea cubierta de periostio experimente granulación y epitelización.

METODO DE KAZANJIAN. - El método descrito por Kazanjian es el de elección.

Empieza con una incisión sobre la mucosa en la superficie interna del labio. La distancia entre la incisión y el borde alveolar (del lado bucal del vestíbulo mucolabial); está determinada por la profundidad de vestíbulo que se quiere obtener. La incisión se extiende solamente a través de la mucosa, que se levanta, por disección con bisturí, hasta su base en el borde alveolar. La profundidad del vestíbulo se obtiene por disección con bisturí cerca de hueso, teniendo cuidado de no cortar el periostio.

Cuando se ha obtenido suficiente profundidad vertical, el colgajo se coloca hacia abajo sobre el hueso y su periostio, como se baja la cortina de una ventana. El borde de la mucosa se sutura cuidadosamente al periostio con puntos separados - - (catgut 3-0).

Para mantener la profundidad obtenida durante la cicatización

trización se hace presión en el fondo de la herida con un tubo de caucho. Con una aguja se pasa un hilo doble de nylon alrededor del tubo a través de los tejidos y hasta la piel, donde se sutura sobre un pequeño rollo de algodón. Se colocan un mínimo de tres suturas, una en medio y las otras cerca de cada extremo del tubo. No se colocan las suturas que mantienen el tubo en el borde de la mucosa en la línea de incisión del labio, -- aunque el borde del colgajo que está sobre el hueso puede estar incluido. Para la sutura, se utiliza nylon de un sólo filamento, pues el algodón y la seda actúan como conductores de -- los líquidos bucales hacia los tejidos más profundos, con la -- posibilidad de abscesos en la piel en el punto de salida.

El tubo y las suturas se quitan al final del séptimo -- día. Se toman impresiones y se coloca la prótesis tan pronto -- como sea posible.

Kazanjian subrayó dos puntos de su procedimiento. La in -- cisión debe hacerse tan lejos como sea posible del reborde al -- veolar, para cubrir completamente el periostio expuesto por la profundización vertical. El periostio no debe cortarse, ya que sirve como soporte para la sutura del colgajo. La incisión para obtener la profundidad vertical no debe extenderse hasta la región del forámen mentoneano, ya que esto dará como resultado una parestesia del labio.

La pérdida del vestibulo labial inferior permite que el

labio inferior desplace la prótesis cuando se mueve.

La operación de Kasanjian no siempre aumenta la profundidad del vestíbulo en la medida deseada, pero produce una fijación cicatrizal entre el borde inferior del colgajo del borde alveolar y el periostio en la profundidad del vestíbulo. Este hecho convierte el fracaso quirúrgico aparente en un éxito relativo, pues cuando el labio se mueve después de la operación no eleva el vestíbulo, por la incursión de la mucosa a la base cicatrizal del lado labial.

TECNICA DE COLLET.- Collet utilizaba una prótesis preparada con anticipación, con los bordes de los flancos sobre extendidos para sostener los colgajos mucoperiosticos labio-vestibulares de espesor total. En su técnica, la magnitud de la extensión del surco se determina antes de la operación en un modelo de estudio. Se mide la distancia desde la cresta del reborde hasta el fórnix del surco y se alivia en el modelo de la zona del surco en proporción correspondiente. A partir del modelo corregido se confecciona una nueva prótesis y una matriz-quirúrgica transparente con la extensión apropiada de los bordes.

Se hace una incisión en la cresta del reborde superior de una tuberosidad a la otra. Se elevan el mucoperiostio externo y los músculos y se rechazan un colgajo grande de espesor -

total. Se coloca la matriz transparente y se la emplea para --
desplazar los colgajos hacia arriba. A través de la matriz es-
posible observar la posición de los colgajos. No se hacen sutu-
ras. La prótesis se coloca para sostener el surco recién pro--
fundizado.

El hueso queda protegido por la dentadura hasta que se-
le forma el tejido de granulación y se produce la epiteliza- -
ción superficial.

En los procedimientos de Collet, Cooley y Godwin se des-
nuda al hueso de periostio. Godwin cubría el hueso con el colga-
jo mucoso. Cooley desplazaba el colgajo mucoperiostico dejando
desnudo únicamente el reborde de la cresta. En el procedimien-
to de Collet, se deja expuesta la totalidad de la superficie -
externa del reborde superior, lo cual invita a la infección ma-
yor reabsorción ósea de un reborde ya reabsorbido.

CAPITULO VI

ALVEOLECTOMIA

La alveolectomía o alveoloplastia es la remoción quirúrgica de una porción de la apófisis alveolar. Esta remoción debe limitarse a los bordes agudos, protuberancias y socavados excesivos. Es importante conservar una cantidad máxima de hueso cortical y de altura de la apófisis, aunque no deben olvidarse los requerimientos de una superficie funcional que brinde soporte a la prótesis. El peligro de reducir la altura del repliegue mucogingival debe siempre tenerse en cuenta al levantar el colgajo mucoperiostico para contornear la cresta.

Boucher definió la alveolectomía como la excisión de una parte del proceso alveolar. El hueso alveolar se reabsorbe con gran facilidad y muy rápidamente una vez extraídos los dientes, y por ello debemos tratar de preservar la mayor cantidad posible de hueso y dejar en las mejores condiciones posibles los tejidos blandos que darán soporte a la dentadura.

Objetivos Principales de la Alveolectomía

- 1.- Se hace para facilitar la extracción de los dientes.
- 2.- Para corregir irregularidades del reborde alveolar residual después de la extracción de un diente o más.

- 3.- Preparar el proceso para la recepción de las dentaduras artificiales.
- 4.- Mediante la eliminación de hueso y o el tejido - - blando es posible modelar de inmediato el proceso- - alveolar para facilitar la confección de prótesis.
- 5.- Hay que impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción excesiva del mismo.

El dentista puede tomar dos impresiones antes, se puede hacer una prótesis inicialmente mejor adaptada y el paciente - puede usar la dentadura con mayor comodidad y confianza.

COMPRESION ALVEOLAR. - La forma más simple y rápida de - alveoloplastia es la compresión entre los dedos de las tablas- - cortical externa e interna. Aunque esto es muy eficaz en pa- - cientes jóvenes, hay que hacerlo después de todas las extrac- - ciones, especialmente en aquellas que hubo necesidad de reali- - zar maniobras considerables con expansión de la tabla vestib- - lar.

La compresión reduce el ancho del alveolo y elimina mu- - chos espacios muertos óseos que sin esa compresión presenta- - rían dificultades. Se hace sutura con frecuencia para mantener el tejido blando y el hueso en la posición adecuada.

La alveolectomía, radical o sencilla, es el procedimien- - to bucal más común al objeto de reparar la boca para una próte- -

sis. Al hacer la extracción de un diente o dientes se ha de -- considerar la necesidad futura de una prótesis y se debe hacer la cirugía de manera que el sitio operatorio quede con un contorno lo mejor posible.

ALVEOLECTOMIA SIMPLE

Cuando se desea reducir el margen cortical vestibular o lingual, o, en ocasiones más raras el margen alveolar palatino o lingual, el proceso debe ser de la mayor simplicidad. Se separa un colgajo inmediatamente más allá de la proyección ósea porque con mayor separación en dirección apical puede generar hinchazón exagerada, hematoma, retardo de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva.

Con un alicata o gubia sostenido en sentido paralelo al margen óseo del proceso alveolar, se elimina la cantidad adecuada de hueso.

Los dientes extruídos tienen el proceso alveolar alargado, de manera que está indicada la reducción vertical de los márgenes óseos del alveolo toda vez que esos dientes se extraigan. El seno maxilar se suele dilatar en la tuberosidad maxilar, haciendo que la reducción vertical del borde residual se torne difícil. En estos casos hay que tener cuidado en dejar cierta cantidad de hueso para que forme el piso del seno. La osteotomía maxilar posterior, con proyección del proceso maxi-

lar hacia el seno se podría considerar como una alternativa en caso de alargamiento de la tuberosidad con agrandamiento extremo del seno maxilar.

ALVEOLECTOMIA CORTICAL VESTIBULAR

La reducción de la tabla cortical externa es la forma más antigua y conocida de alveolectomía. Por muchos años se le practicó casi radicalmente, dejando un reborde alveolar pequeño y angosto que se empequeñecía y estrechaba con el paso del tiempo. Esta técnica es mucho más sencilla que los procedimientos intercorticales de Deam u Obwegeser, pero los resultados no son tan buenos una vez que han pasado varios años.

Se hace una incisión en la encía y se separa un colgajo mucoperióstico de espesor total que se extienda por lo menos a un diente de distancia a cada lado de la zona de la cirugía ósea.

Se coloca una gubia de corte lateral y un alicate de modo que un extremo quede por debajo del borde óseo del alveolo y otro en la cresta del reborde. Con la gubia se muerden pequeños trozos de hueso.

Es importante que el instrumento se halle afilado para que la separación de hueso sea neta y no se fractura en trozos grandes, se tendrá cuidado en no quitar demasiado hueso. Después de este procedimiento se utiliza una lima para hueso para

alisar y retocar el contorno óseo. A continuación se vuelve la mucosa a su lugar mediante suturas individuales, que se hacen desde vestibular a lingual, sobre los tabiques óseos interradi-
culares. Este tipo de alveolectomía es el procedimiento quirúr-
gico preprotético más común que se realiza después de la ex-
tracción de los dientes. La alveoloplastia cortical vestibular
es la que mejor se presenta en casos en que está indicada la -
mínima reducción ósea.

TECNICA DE DEAM

Deam brindó a la profesión dental una técnica muy posi-
tiva para preparar el reborde alveolar para la prótesis. La --
técnica de Deam y sus resultados se fundan sobre principios --
biológicos sanos que son:

- 1.- Se reduce la prominencia de los márgenes alveola--
res vestibulares para facilitar la recepción de la
prótesis.
- 2.- No se perturba la inserción de los músculos.
- 3.- El periostio queda intacto.
- 4.- La tabla cortical se conserva como una capa vital-
de hueso con irrigación intacta.
- 5.- Al conservarse el hueso cortical, la reabsorción -
postoperatoria se reduce.

Deam aconseja eliminar primero el molar más posterior y

luego trabajar hacia adelante para preservar la tuverosidad -- cuando se prepare el borde posterior. Los caninos se han de extraer antes que los incisivos para evitar la fractura y eliminación de la tabla vestibular que se halla unida a los caninos. Una vez extraídos los dientes hay que eliminar el tabique óseo interradicular con gubias o alicates, algunos operadores preferen cinceles o fresas.

Para permitir el movimiento de la tabla vestibular hacia palatino se precisa hacer cierto alivio para permitir la proyección de la cortical vestibular.

Deam usa una insición en forma de V al hacer la exición de hueso en la tabla cortical del alveolo del canino. Así se liberan tres lados del colgajo óseo cortical vestibular. En este punto era suficiente con la presión digital para compromir la tabla hacia palatino. Frecuentemente sin embargo, la tabla-cortical no se fractura y permanece en su posición comprimida, pero puede regresar a su posición original. Para prevenir esta situación Deam sugiere que se use un cincel desde dentro del alveolo para pasar a través de la tabla cortical en la región-apical. Al hacerlo, la cortical vestibular se convierte en un injerto de movimiento libre unido únicamente al mucoperiostio-del cual se recibe el aporte sanguíneo.

La línea de fractura horizontal en la zona apical se -- alisa con lima para hueso o desde dentro del alveolo para de--

jar una superficie vestibular lisa. Deam usa esta técnica de rebordes posteriores así como en rebordes anteriores, haciendo un alivio cortical vestibular en el alveolo más posterior.

Mac Kay modificó la técnica de Deam mediante la apertura de la tabla cortical hacia afuera antes de comprimirla hacia palatino. Esta modificación aseguró una capa de hueso de movimiento libre y sin tensión.

TECNICA DE OBWEGESER

Obwegeser propuso otra modificación a la técnica de Deam, en caso de protrucción premaxilar externa. La técnica de Deam produciría un reborde anterior en forma de V, en vez del reborde conveniente en forma de U. Para evitar tal reborde Obwegeser fractura las corticales vestibular y palatina los siguientes pasos:

- 1.- Extráiganse los dientes como siempre.
- 2.- Conectense los alveolos, mediante gubias o fresas para eliminar el hueso interradicular medular.
- 3.- Con una fresa para hueso redonda grande agrándese los alveolos y su intercomunicación.
- 4.- Las tablas vestibular y palatina se cortan con fresas en la zona de caninos para debilitar el hueso y formar colgajos óseos de tres lados en las tablas corticales.

- 5.- Se introduce un disco montado pequeño dentro de los alveolos para ranurar las corticales vestibular y palatina, debilitándolas horizontalmente a lo largo de las líneas de fractura propuestas. Puesto que la cortical vestibular es muy delgada, sólo hay que ranurar con el disco la cortical palatina.
- 6.- Se introduce un par de elevadores gruesos y planos dentro de los alveolos y sus espacios de comunicación, y se los usa para fracturar la tabla vestibular hacia vestibular y la palatina hacia palatino.- Entonces se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle la forma adecuada, las suturas cierran la encía sobre el alveolo y ayudan a mantener el hueso en su posición.
- 7.- Se usa una prótesis con férula para estabilizar el proceso alveolar fracturado, que cicatriza en un plazo que va de 4 a 6 semanas.

La técnica de Obwegeser tiene la ventaja de remodelar las superficies vestibulares y palatina del proceso alveolar anterior y se presenta para casos de protrucción premaxilar externa.

Primero hay que realizar la operación en un modelo operado, se confecciona una férula o la prótesis. Al planificar el procedimiento sobre el modelo de yeso, la cirugía se lleva-

a cabo con mayor presición en el consultorio dental.

CAPITULO VII

EL POSTOPERATORIO

Se entiende por posoperatorio el conjunto de tratamien--tos, observaciones, medicación y maniobras que se realizan des--pués de la operación con el fin de mantener la mejor evolución--de los fines logrados por la intervención, reparar los daños --que surjan con motivo del acto quirúrgico y colaborar con la naturaliza en el logro del mejor estado de salud.

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operación, el ayudante lava la sangre y substancias o secreciones que pudie--ran haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada, la cavidad oral deberá ser irrigada - con una solución tibia del mismo medicamento, el cual aliminará sangre, saliva y restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, piso bucal o en la bóveda palatina, es--tos elementos extraños entran en putregacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

El tratamiento postoperatorio es una de las fases impor--tantes de nuestro trabajo, tanto es así que la vigilancia, cui--dado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación puede modificar o aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica. Desde luego que el posope--ratorio en cirugía oral no puede tener la trascendencia del mi

mo que en una operación de cirugía general, en otros términos- nuestra cirugía es la cirugía sobre un paciente generalmente ambulante y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usado que en la operación misma, lesión tratada, edad, etc., el enfermo no necesita ser hospitalizado.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma, y al campo operatorio y al estado general del paciente.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como -- elementos postoperatorios para mejorar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal, se refieren al empleo de calor -- frío, enjuagues, etc.

FRIO. - Empleamos con gran frecuencia el frío, como tratamiento postoperatorio, se aconseja bajo la forma de bolsas de hielo, o toallas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara cerca del sitio de la intervención, el papel del frío es múltiple, evita la congestión y el dolor postoperatorio, se dice que ayuda a prevenir los hematomas y la hemorragia, disminuye y concreta los edemas postoperatorios, el frío se usa por periodos de quince minutos, esta terapéutica sólo se aplica en los dos días siguientes a la operación, prolongada por más tiempo su acción puede resultar inútil pero no perjudicial.

CALOR. - El paciente en su domicilio (ya realizada la --

formación del coágulo) hará lavajes suaves de su boca cuatro - horas después de la operación con una solución antiséptica.

Cuidados de la herida. En pacientes sanos, las heridas en la cavidad bucal cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica especializada, la naturaleza prevé las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria, en términos generales, un alveolo que sangra y se llena con un coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores, después del segundo día, la herida (nos referimos en especial a las heridas mayores), serán suavemente irrigadas con suero fisiológico, si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará el cuarto o quinto día ya que si quedan por más tiempo podríamos tener una reacción a cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones innecesarias, estos puntos por lo tanto serán retirados, durante este tiempo.

Tratamiento General del paciente.- Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente, en colaboración con el odontólogo. Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, de la alimentación del paciente, el tratamiento general de las complicaciones postoperatorias (vacunoterapia, antibioticoterapia, tratamiento hemostático, sueros o transfusiones sanguíneas, tratamiento de shock),

Tratamiento del Recién Operado.- Nos referimos a la alimentación que no esté restringida por la administración de la anestesia general; es decir, el tipo de alimentación que necesita y que puede tomar el paciente, por las circunstancias de una operación en la boca, la primera comida se hará seis horas después de operada, consistirá básicamente de líquidos como -- una taza de té con leche tibia, seis horas después podrá tomar el siguiente menú, si tolerada la dieta líquida ya administrada; extracto de carne, caldo con jugo de carne, jugos, sopas, puré, huevos tibios, gelatina.

Instrucciones para los pacientes.- Antes de despedir al paciente deben darse instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos, consulta).

Estas instrucciones pueden darse por escrito para evitarle dudas, acostumbramos entregar a nuestros pacientes una hoja impresa con las instrucciones que necesitan, ya que van a continuación:

HEMORRAGIA.- El tratamiento de esta en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos. Uno instrumental que tiene su aplicación en la ligadura del vaso que sangra; la ligadura tiene sus aplicaciones en vasos gruesos, los cuales no cesan de sangrar por compresión, el aplastamiento se realiza comprimiendo bruscamente el vaso sangrante con un instrumento romo, el -

otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el tapo-
namiento y compresión que se realiza por medio de un apósito -
de gasa, generalmente volviendo el colgajo a su sitio y sutu-
rando, la hemorragia cesa por la sangre que al coagularse obtu-
ra los vasos sangrantes, a expensas de este coágulo se realiza
el proceso de cicatrización.

A veces la hemorragia aparece algunas horas o algunos -
días después de la operación, puede obedecer a la caída del --
coágulo por hipertensión arterial, traumatismo de la región --
operada o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la --
anestesia, a estos factores locales puede agregarse una causa-
general que favorezca la hemorragia. El tratamiento de tal ac-
cidente se realiza por métodos locales y métodos generales.

Métodos Locales.- Se lava la región que sangra con un -
chorro de agua tibia para retirar los restos de coágulo y la -
sangre, que dificulta la visión del punto sangrante, investigado
el lugar por donde sangra, la hemostasis se realiza por ta-
ponamiento a presión con gasa encima de la herida y comprimendo
los bordes, se deposita un trozo grande de gasa la cual se-
mantiene por presión masticatoria, en caso'que esta maniobra -
se encuentre dificultada por cualquier motivo donde se locali-
za la herida hemorrágica.

Métodos Generales.- Según la cantidad de sangre perdida
será el estado del paciente, en general la hemorragia en ciru-

gía bucal no son mortales, aunque a veces son alarmantes se -- tratará de reemplazar la sangre perdida por transfusión de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos para completar o substituir los elementos sanguíneos deficientes que originaron el sangrado, o completar el volumen de líquido circulatorio.

HEMATOMA. - Es un accidente común que escapa la mayor -- parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación.

Este tumor sanguíneo puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades. La encia que cubre la región operada se pone turgente y dolorosa, las regiones vecinas acompañan la lesión tumoral sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio, el hematoma puede supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar escalofríos e incluso fiebre.

La conducta en semejantes casos puede ser espectante, - después de un tiempo variable, y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe, si la colección de sangre consideramos que no se organizará, por ser grande, se colocará una vía de drenaje al hematoma antes de que se infecte y en caso de que se infectara,

se tratará como un absceso, insidiéndolo a bisturí, algunas veces puede intentarse disminuir la tensión arterial absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida del hematoma.

Una operación de la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperatorios. Parte de estos debe realizarlos el paciente, otros los realiza el profesional, la colaboración entre el odontólogo y el enfermo llevará a buen término la intervención, cuando llegue a su casa, después de la operación conviene guardar reposo por algunas horas, colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada durante quince minutos, y quince minutos de descanso por el término de varias horas no realizar ninguna clase de enjuagatorios a menos que se hubiera prescrito lo contrario, por el término de tres horas, si hubiera dejado en la boca una gasa protectora retirarla al cabo de una hora, después de transcurridos las tres horas, realizar enjuagatorios tibios, con una solución de aguas antisépticas, estos enjuagatorios se repetirán cada seis horas, en caso de sentir dolor tomar los analgésicos indicados, se puede repetir esta medicación cada seis u ocho horas en caso de que el dolor no cesara.

Si tuviera una hemorragia el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia, colocando sobre la herida un apósito de gasa esterilizada sobre la cual deberá morder durante treinta minutos.

Complicaciones de la operación.- Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole, el afán del operador debe ser prevenirlas mediante estudios preoperatorios y el dominio de la técnica quirúrgica.

Complicaciones locales.- La hemorragia está en el curso de una operación es un suceso lógico. Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasis. Nos referiremos ahora a la hemorragia postoperatoria, que aparece inmediatamente a la operación a un tiempo después.

INFECCION.- A pesar de las condiciones asépticas del campo operatorio, la infección puede sobrevenir a una operación, flemones, abscesos, celulitis y aún procesos de mayor gravedad tales como el flemón difuso del piso de boca, el proceso infeccioso posoperatorio más común es la alveolitis, su patogenia, marcha clínica y tratamiento así como el tratamiento de las infecciones será objeto de un estudio individual.

DOLOR.- El dolor que se presenta a causa del tratamiento operatorio debe ser controlado por medicamentos adecuados.

COMPLICACIONES GENERALES.- Cualquier intervención en la cavidad oral puede ser seguida de complicaciones generales, muchas de estas podemos prevenirlas otras escapan a nuestros buenos propósitos.

SHOCK.- Es la complicación más inmediata que puede presentarse, suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock neurogénico, el primero es más frecuente, cuando se trata de shock neurogénico por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable originados en la mayor parte de los casos por el miedo a la operación, el cuadro es clásico. El paciente empieza a empalidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se torna ansiosa o jadeante, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia, esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento se realiza de la siguiente manera:

Se suspende la intervención inmediatamente. Se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100% se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores como los derivados de la efedrina (productos que deben tenerse siempre a la mano, junto con una jeringa estéril lista para usarse), este medicamento se aplica únicamente si el paciente no reacciona favorablemente a maniobras conservadoras.

CONCLUSIONES

El arte protético tiene como fin substituir porciones - funcionales o estéticas de la anatomía humana que se han perdido o que están ausentes congénitamente. El éxito en la colocación de este aditamento dependerá en gran parte sobre la base - en la cual descansa, por consiguiente una prótesis no puede -- ser mejor que su base de apoyo. Al hacer el examen detallado - de la cavidad oral nos damos cuenta inmediatamente que existe - una gran variedad de anormalidades que el prostodontista puede corregir si hace uso de los procedimientos quirúrgicos que se - encuentran a su alcance. Muchas situaciones difíciles pueden - hacerse parcialmente tolerables o estéticamente aceptables.

Es indispensable diagnosticar cuando está indicado el - tratamiento quirúrgico protético, ya que la eficacia de este - tratamiento beneficiará directamente al paciente, haciendo su - prótesis más cómoda y más eficaz.

Las anormalidades de los tejidos de soporte, duros y -- blandos bucales son muchas y muy variadas, y todas ellas en un momento dado pueden conducirnos al fracaso al hacer la colocación de la prótesis.

Algunas anormalidades pueden presentar complicaciones - en mayor o menor grado y se pueden originar accidentes (por -- parte del cirujano), al hacer su resección.

Las técnicas quirúrgicas son muchas y muy variadas, y - además pueden presentarse modificaciones en la práctica cotidiana, las técnicas también dependen en gran medida del cirujano, de su experiencia, su habilidad, e incluso depende del propio paciente el modo de llevar a cabo la cirugía.

Se estudió también el tratamiento de las complicaciones posoperatorias así como las instrucciones que debe realizar el paciente después de la cirugía.

Cabe aclarar que entendemos como cirugía preprotésica - la preparación quirúrgica de los tejidos duros y blandos intra bucales para la recepción de una prótesis completa ya sea mono o bimaxilar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cirugía Bucal Mead V. Sterling
Tomo I Editorial Unión Tipográfica Hispanoamericana.
- 2.- Prostodoncia Total José Y. Osawa.
Tercera edición 1979 UNAM México, D.F.
- 3.- Tratado de Cirugía Bucal Gustavo O. Kruger
Editorial Internamericana 1960
- 4.- Cirugía Bucal Ries Centeno G.A.
Octava Edición Editorial El Ateneo
Buenos Aires Argentina, 1979.
- 5.- Cirugía Bucal Ries Centeno G.A.
Quinta Edición Tomo II Editorial
El Ateneo, Buenos Aires, Argentina
- 6.- Procedimientos en Cirugía Bucal
Batres Ledon Edmundo Primera edición 1980
Editorial Continental, México, D.F.
- 7.- Cirugía Bucal Preprotética
Starshack Thomas Editorial Mundi 1974
- 8.- Odontología Clínica de Norte
América Wise Baker
Serie III, Vol. IX
- 9.- Cirugía Bucal Archer W. Harry
Segunda Edición Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina.
- 10.- Cirugía Oral en el consultorio
Editorial Mundi 1961
Buenos Aires, Argentina.