



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Cirugía en Tejidos Duros y Blandos
de la Cavidad Bucal**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Ma. Magdalena Pérez Enriquez



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.

INTRODUCCION

CAPITULO 1

- 1.2 INTRODUCCION
- 1.3 HISTORIA CLINICA
- 1.7 CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS
- 1.11 ABSCESO GINGIVAL
- 1.23 INCISION Y DRENAJE
- 1.33 LABIO DOBLE
- 1.34 TEJIDO HIPERPLASICO FIBROSO
DE LOS TEJIDOS BUCALES
- 1.36 HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA
DEL PALADAR
- 1.38 HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA
MUCOSA VESTIBULAR
- 1.40 ENCIA HIPERMOVIL
- 1.42 PROFUNDIZACION
- 1.45 ABERTURAS ANTROBUCALES
- 1.49 RANULA
- 1.52 DESPLAZAMIENTO QUIRURGICO
DEL NERVIO MENTONIANO
- 1.55 MUCOCELES

CAPITULO 2

- 2.62 ENCIA
- 2.71 CAMBIOS POR LA EDAD EN EL PERIODONTO

CAPITULO 3

- 3.81 CIRUGIA DE TEJIDOS DUROS
- 3.85 TORUS PALATINO
- 3.87 TORUS MANDIBULAR
- 3.88 EXOSTOSIS
- 3.90 QUISTES EN TEJIDOS BLANDOS
- 3.90 QUISTES EN TEJIDOS DUROS
- 3.91 QUISTES OSEOS
- 3.97 DIENTES RETENIDOS
- 3.108 RAICES RETENIDAS

CAPITULO 4

- 4.110 HEMORRAGIA
- 4.113 HEMOSTASIA
- 4.119 HEMORRAGIA DE TEJIDOS BLANDOS

- 4.121 HEMOSTATICOS Y VASOCONSTRICTORES
- 4.123 SIGNOS GENERALES DE LA HEMORRAGIA
- 4.130 MECANISMOS HEMOSTATICOS GENERALES
- 4.132 CONCLUSIONES
- 4.135 BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Con los avances en la Salud Dental y las mejoras en las técnicas de conservación y reparación en los dientes enfermos, el dentista ha podido dedicar una mayor atención a las necesidades restaurativas y periodontales de sus pacientes.

Gracias a este caracter cambiante de la Odontología, se ha hecho posible que el dentista general aumente el número de los procedimientos de Cirugía Bucal que es capaz de llevar a cabo en sus pacientes.

El odontólogo al practicar la Cirugía altera la integridad y el equilibrio hemocirculatorio. Esto puede ser algo tan mínimo como la exposición de una cámara pulpar de la que brotan una o dos gotas de sangre, o tan grave como la sección accidental de una importante arteria de la boca que produce una hemorragia casi desastrosa, muy difícil de cohibir.

A pesar que los odontólogos se han tornado muy diestros en la manera de encarar -- las dificultades hemorrágicas, la amenaza -- siempre presente del paciente sangrante llega a ser a veces muy molesta y desconcertante.

La prevención es aquí, el principio fundamental del tratamiento.

Tanto antes como después de cualquier -- intervención; la mayoría de los problemas -- hemorrágicos pueden ser superados adoptando medidas preventivas. La aplicación de estos -- conocimientos permitirá casi siempre, arribar a estos resultados satisfactorios.

En el desarrollo de esta tesis no se -- pretende substituir los libros especializados del tema, sino que sirva como una guía al -- Cirujano Dentista y a la vez, algunos de los muchos tratamientos, tratándose en este caso -- parte de ella que les sea útil, práctico y -- accesible especialmente para quienes comen-- mos.

C A P I T U L O I

HISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL PACIENTE,-----
EDAD,-----SEXO,-----No. Exp
DOMICILIO,-----

ANTECEDENTES ABUELOS PATERNOS Y MATERNOS---
SI VIVEN ESTADOS DE SALUD, EN-
CASO DE DECESO LA CAUSA.
PADRE----ESTADO DE SALUD, ENF.
SISTEMATICAS QUE PADEZCA O HA-
YA PADECIDO, EN CASO DE FALLE-
CIMIENTO LA CAUSA.
MADRE ----ESTADO DE SALUD, ENF.
SISTEMATICAS QUE PADEZCA O HA-
YA PADECIDO, EN CASO DE FALLE-
CIMIENTO LA CAUSA.
HERMANOS ----EN QUE NUMERO Y
ESTADO DE SALUD, ENF. SISTEMA-
TICAS QUE PADEZCAN, HEREDITA-
RIAS, CONGENITAS.
FAMILIARES CERCANOS CON ENFER-
MEDADES HEREDITARIAS O CONGE-
NITAS.

ANTECEDENTES PERSONALES NO
PATOLOGICOS PACIENTE ORIGINARIO DE -----
CON RESIDENCIA ACTUAL EN-----
TIPO DE TRABAJO QUE DEBE A
CASA HABITACION DE CUANTAS HA-
BITACIONES-----SERVICIO
CON QUE CUENTA-----VENTILA-
CION E HIGIENE -----NUMERO DE
PERSONAS QUE LA HABITAN-----
ALIMENTACION DE CALIDAD Y CAN-
TIDAD-----TABAQUISMO-----
CUANTOS CIGARROS AL DIA ----
ALCOHOLISMO QUE CANTIDAD Y --
FRECUENCIA,-----GRADO DE ES-
COLARIDAD.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS VACUNACION CONTRA LAS ENFERMEDADES COMUNES DE LA INFANCIA-----
HA PADECIDO ALGUNA DE ELLAS Y A QUE EDAD -----ANTECEDENTES --
DE OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA - PADECIDO, SU TRATAMIENTO Y SU EVOLUCION, ANTECEDENTES ALERGICOS
-----TRAUMATICOS -----
QUIRURGICOS -----TRANSFUSIONALES, PADECIMIENTOS QUE HAYAN REQUERIDO HOSPITALIZACION Y ---
CUANTO TIEMPO.

PADECIMIENTO ACTUAL, CUANDO LO INICIO-----COMO LO INICIO
-----QUE CARACTERISTICAS - PRESENTABA -----QUE MANIFESTACIONES DABA -----CON QUE ---
CARACTERISTICAS , Y EN QUE CONDICIONES SE PRESENTA ACTUALMENTE--
ESCRITO CON LAS PALABRAS USADAS POR EL PACIENTE-----
HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO.

DIGESTIVO LE PRODUCEN MALESTAR LOS ALIMENTOS QUE INGIERE-----CUALES Y QUE TIPO DE MALESTAR-----DIARREAS-----COLICOS-----VOMITOS ACIDEZ-----ESTREÑIMIENTO
-----COLOR DE LAS HECES----- EN LAS HECES EXISTE SANGRE O ---
MOCO-----

RESPIRATORIO	TIPO Y FRECUENCIA DE RESPIRACION -----(APNEA Y DISNEA)--- TOS-----RUIDOS----- ASMA-----OBSTRUCCION NASAL
CIRCULATORIO	HIPOTENSION-----HIPERTENSION FLEBITIS-----TAQUICARDIA---- BRADICARDIA -----LIPOTIMIAS -----EDEMA-----.
URINARIO	COLOR Y CANTIDAD DE LAS MICCI ONES-----FRECUENCIA----- DOLOR Y ARDOR-----DIFICUL TAD-----.
GENITAL	VIDA SEXUAL ACTIVA O NO ----- PADECIMIENTOS INFECCIOSOS --- QUE TIPO-----TRATAMIENTO Y - EVOLUCION-----INICIACION DE LA MENARCA -----MESTRUA-- CION TIPO Y FRECUENCIA----- MENOPAUSIA-----.
NERVIOSO	ESTABILIDAD EMOCIONAL----- IRRITABILIDAD-----APREN-- SIVO-----TEMOR-----ANSIE DAD----- CONVULSIONES ----- TEMBLORES-----.
ORGANOS DE LOS SENTIDOS	AUDITIVOS-----AFECCIONES OCULARES-----DEL GUSTO----- DEL TACTO -----DEL OLFATO.

SINTOMAS
GENERALES

TODAS AQUELLAS MANIFESTACIONES
DESCRITAS POR EL PACIENTE.

TERAPEUTICA
EMPLEADA

MEDICAMENTOS EMPLEADOS POR -
EL PACIENTE-----SI SE EN
CUENTRA BAJO TRATAMIENTO ----
QUE TIPO-----.

CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS

Este tipo de intervenciones se realizan cuando hay anomalías que van desde un simple frenillo hipertrófico, hasta la presencia de tumores propios de la mucosa bucal.

FRENILLOS.-

Es muy frecuente la presencia de frenillos muy anchos o bien con una inserción bastante cerca a la eminencia del proceso residual, obstaculicen la colocación de la dentadura o bien provoquen el desalojamiento de una ya confeccionada.

Normalmente dentro de la cavidad oral -- están presentes 6 frenillos en el vestibulo-- (4 laterales, 2 superiores, 2 inferiores y 2 interincisivos, uno superior y otro inferior), y un frenillo más, el lingual, el cual comunmente provoca el desalojamiento de la prótesis inferior con los movimientos funcionales de la lengua.

Cuando algunos de los frenillos interfieren el buen funcionamiento de las dentaduras

habrá de ser eliminado con una técnica quirúrgica bastante sencilla, previa anestesia local se trazan 2 incisiones por medio del bisturí, en los márgenes de la inserción alveolar del frenillo y se hace un corte terminal a nivel de fondo de saco, se pinza y se desinserta --- por medio de una legra, se ponen un par de puntos de sutura sobre los tejidos móviles y sobre la herida alveolar se coloca un apósito --- quirúrgico al que hubiese sido fabricado previamente; ésta técnica es aplicable a cualquiera de los frenillos tanto labiales como vestibulares.

En caso del frenillo lingual, se realizará una técnica muy similar en el corte del --- frenillo en su inserción alveolar, pero el --- corte terminal se realiza inmediatamente antes de las carúnculas, y se sutura toda la herida que corresponda al piso de boca, sobre el lecho alveolar se puede colocar un apósito --- quirúrgico.

Es frecuente observar algunas lesiones --- en forma de bridas que ha llegado a llamarse --- frenillo postraumático, que no es más que una

brida cicatrizal; el tratamiento es sensiblemente igual al anterior.

HIPERPLASIA Y FIBROMATOSIS POSTRAUMÁTICA.

Son traumas posteriores a traumas generalmente crónicos sobre la mucosa bucal, clínicamente los podemos diferenciar en su consistencia, el primero es de consistencia muy similar a la del resto de la mucosa, y generalmente se ubica sobre la mucosa labial o vestibular, mientras que la fibromatosis es de consistencia mucho más firme que el resto de la mucosa y su sitio preferencial de ubicación es sobre la mucosa que recubre los procesos alveolares.

En el caso de la hiperplasia, generalmente es provocada por una prótesis mal ajustada en su sellado periférico, lo que ocasiona que la mucosa vestibular se invagine entre la placa y el proceso, provocando pellizcamientos crónicos, originando la hiperplasia debido al traumatismo.

La fibromatosis es provocada por un defecto en la anatomía interna de la dentadura, lo que ocasiona un trauma crónico sobre la --

mucosa que recubre al proceso, la cual en un intento de defensa crece y por la cronicidad y la histoligía propia de la región se torna fibroso, llegando en algunas ocasiones a presentar, según los hallazgos histológicos, focos de calcificación.

Si se eliminan las dentaduras habría -- una estabilización y tal vez cierto grado de regresión, pero nunca en forma total, por lo que confeccionar unos nuevos aparatos habrá-- de ser solucionado el problema por metodos -- cruentos.

En este caso se recomienda que el paciente deje por 5 o 10 días sus dentaduras antes de la operación, con el objeto de que disminuya la inflamación y el posoperatorio sea más satisfactorio.

La anestesia habrá de ser perifocal (alrededor de la lesión) o bien troncular o regional, se procedera a trazar una incisión -- que pasa sobre la mucosa normal inmediatamente por fuera de los bordes de la lesión, con el objeto de eliminarla en su totalidad, no -

ABSCESO GINGIVAL

El agrandamiento gingival es el aumento de tamaño y es una característica de la enfermedad gingival, ésta se debe a diferentes factores etiológicos y procesos patológicos que los pueden producir.

1.- Agrandamiento inflamatorio.

a).- Crónico

1.- Localizado o generalizado

2.- Circunscrito (aspecto tumoral)

b).- Agudo

1.- Absceso gingival

2.- Absceso periodontal

II.- Agrandamiento hiperplásico no inflamatorio (hiperplasia gingival)

A).- Hiperplasia gingival asociada con el tratamiento con dilantina

B).- Agrandamiento gingival hiperplásico idiopático, hereditario o familiar.

III.- Agrandamiento combinado

IV.- Agrandamiento condicionado

A).- Hormonal

hay necesidad de hacer disección en profundidad, ya que las lesiones reincidirán.

En caso de hiperplasia se sutura si es necesario por planos, mientras que en la fibromatosis o sea sobre el reborde alveolar, se recomienda la colocación de un apósito quirúrgico y se deja a que granule por segunda intención.

- 1.- Agrandamiento en el embarazo
- 2.- Agrandamiento en la pubertad
- B).- Leucémico
- C).- Asociado a la deficiencia de vitamina C
- D).- Agrandamiento inespecífico
- V.- Agrandamiento neoplásico
- VI.- Agrandamiento de desarrollo.

AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO AGUDO

Absceso gingival.- es una lesión localizada dolorosa, de expansión rápida, que por lo general se instala rápidamente, se limita al margen gingival o papila interdental.

Es lesión localizada aquella limitada a la encía adyacente a un solo diente o a un grupo de dientes.

En los primeros estadios se presenta como una hinchazón roja cuya superficie es lisa y brillante. Entre las 24 y 48 hrs. es común que la lesión sea fluctuante y puntiaguda, con un orificio en la superficie del cual puede ser expulsado un exudado purulento.

Los dientes vecinos suelen ser sensibles a la percusión, Si se deja que avance, las lesiones se rompen espontaneamente.

HISTOPATOLOGIA.-

El absceso gingival es un foco purulento en el tejido conectivo, rodeado de infiltrado difuso de leucocitos polimorfonucleares, tejido edematizado e ingurgitación vascular. El epitelio presenta grados variables de edema intracelular y extracelular, invasión de leucocitos y ulceras.

ETIOLOGIA.-

El agrandamiento gingival inflamatorio agudo es respuesta a irritación de cuerpos extraños, como cerdas de cepillo de dientes, cáscara de manzana o caparazón de langosta -- introducidos en la encía por la lesión, se limita a la encía y no hay que confundirla -- con el absceso periodontal o lateral.

QUISTE GINGIVAL.-

Los quistes gingivales microscópicos son comunes, pero raras veces alcanzan un tamaño importante desde el punto de vista clínico.

Cuando aparecen son agrandamientos localizados que pueden afectar a la encía marginal y la encía insertada.

Se producen en la zona de caninos y premolares inferiores, con mayor frecuencia en la superficie lingual.

Son indoloros, pero de expandirse pueden causar la erosión de la superficie del hueso alveolar.

El quiste evoluciona a partir de epitelio odontogénico del surco introducido traumáticamente en la zona. Su extirpación va seguida de curación sin contratiempos.

Visto microscópicamente presenta una cavidad quística tapizada por epitelio escamoso --estratificado.

En la pared quística se localizan pequeños quistes tapizados por epitelio columnar--escamoso.

AGRANDAMIENTO NEOPLÁSICO (TUMORES GINGI-
VALES).-

TUMORES BENIGNOS DE LA ENCÍA.-

Épulis es el término usado clínicamente
para designar a todos los tumores de la encía.

Sirve para localizar el tumor, pero no -
lo describe , algunos son épulis son inflamato-
rios no neoplásicos.

Los neoplasmas son causa de una propor-
ción comparativamente pequeña de agrandamien-
tos gingivales y comprenden un porcentaje re-
ducido de la cantidad total de neoplasmas buca-
les.

Estos tumores se pueden localizar en en-
cía , paladar, labio. Frecuencia de presencia
carcinoma, fibroma, tumor de células gigantes
papilosa, leucoplasia, tumor mixto, angioma, -
osteofibroma, adenoma.

FIBROMA.-

Fibromas de encía nacen del tejido conecti-
vo o del ligamento parodontal.

Son tumores esféricos, de crecimiento lento, que tienden a ser firmes y nodulares, pero pueden ser blandos y vasculares.

Los fibromas suelen ser pediculados.

HISTOPATOLOGIA.-

El fibroma duro se puede constituir de haces colágenos densos de fibras bien formadas, con algunos fibrocitos elípticos aplanadas.

Es un tumor relativamente avascular. En el fibroma blando, hay mayor cantidad de fibroblastos y son de forma estrellada.

Hay colágeno, pero es menos denso así -- mismo, se observan diversos grados de vascularización.

La neoformación de hueso es una característica de fibromas. El hueso aparece como -- trabéculas de disposición irregular con osteoblastos y osteoide junto a los bordes.

NEVUS.-

Pueden ser pigmentado o no pigmentado, es frecuente en la piel pero se han registrado nevus gingivales.

La lesión es benigna y de crecimiento lento, su color varia entre el gris palido y el pardo obscuro, puede ser plano o algo elevado sobre la superficie gingival sésil o nodular.

HISTOPATOLOGIA.-

El tumor presenta grupos circunscritos de celulas névicas en la submucosa, directamente debajo de la capa de celulas basales del epitelio y separado por este tejido conectivo.

Las celulas puedan contener melanina o no tener pigmento. En los 2 casos las celulas névicas son demostrables al teñirlas con dihidroxifemilalanina.

MIOBLASTOMAS.-

Es una lesión benigna nodular y algo elevada sobre la superficie gingival.

HISTOPATOLOGIA.-

Aparece como una masa de celulas poliédricas o ahusadas con citoplasma granular acidófilo destacado. Hay marcada hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio superficial. El mioblastoma es denominado a veces epulis con-

gínito.

HEMALGIOMA.-

Son tumores benignos de vasos sanguíneos que a veces se presentan en la encía, son de tipo capilar o cavernoso los más comunes son los capilares.

Son blandos, sesiles o pediculados e indolores, pueden ser lisos o de contorno abultado irregular. El color varía del rojo oscuro al púrpura y empalidece a la aplicación de presión.

Estas lesiones nacen en la papila gingival interdientaria y se extienden en sentido lateral hasta abarcar los dientes adyacentes.

También se registran en forma congénita de hemangiomas es plano irregular y difuso, con lesiones comparables en la cara, o no. En la encía suelen producirse hematomas como consecuencia de traumatismos.

PAPILOMA.-

El papiloma de encía es una protuberancia dura, de aspecto verrugoso, que sobresale de

la encía.

HISTOPATOLOGIA.-

La lesión presenta un núcleo central de tejido conectivo con una demarcación proliferada e hiperqueratosis del epitelio.

TUMORES MALIGNOS DE ENCIA.-

CARCINOMA.-

La encía no es un lugar corriente de neoplasmas bucales. El tumor maligno más común de la encía es el carcinoma de células escamosas.

El lugar frecuente es la zona de molares de la mandíbula y se observa carcinoma concomitante.

Los carcinomas pueden ser exofíticos o verrugosos y los 2 son de crecimiento en la superficie gingival o ulcerativos que aparecen como, lesiones erosivas planas. Invaden localmente y afectan al hueso adyacente y la mucosa circundante. Con frecuencia asintomáticos - pasa inadvertido hasta que se complican con una inflamación dolorosa.

Las alteraciones inflamatorias pueden en marcar los neoplasmas.

La metastásis por lo general se limita a la región subclavicular sin prolongaciones más extensas llegan a incluir el pulmón, el higa--do y el hueso.

MELANOMA MALIGNO.-

El melanoma maligno es un tumor bucal raro que tiende a aparecer en la encía del sector anterior en el maxilar superior.

El melanoma maligno es obscuro y con frecuencia lo precede una pigmentación localizada

Puede ser plano nodular y se caracteriza por un crecimiento rápido y metastásico temprano.

Se genera a partir de los melanoblastos - de la encía, carrillos o paladar, es común-- la infiltración del hueso subyacente y la --metastásis a nodulos linfáticos del cuello - o axilas.

HISTOPATOLOGIA.-

El melanoma maligno tiene cierta semejanza con el nevus benigno, sin embargo la morfología de las células malignas es diferente, la distribución irregular e invasora, carece del agrupamiento definido de las lesiones benignas y en algunas zonas se continua con el epitelio superficial. El estroma de tejido conectivo es más delicado y relativamente escaso.

SARCOMA.-

El fibrosarcoma, el linfosarcoma y el reticulosarcoma de encía son raros.

La lesión fue observada en el alveolo -- que no cicatrizó después de la extracción, se presentaba como protuberancia persistente en forma de frambuesa en la superficie del alveolo, junto con supuración, úlceras superficiales y necrosis progresiva de la encía y hueso adyacente.

En otras zonas aparecieron más lesiones de encía, seguidas de denudación de la raíz y pérdida del diente.

INCISION Y OREJAS

La utilización del bisturí requiere del conocimiento de los puntos esenciales de apoyo por el CirujanoDentista.

Este se debe tomar con firmeza , pero sin tensión en la forma en que se utilice, no debe asirse fuertemente de modo que haga temblar la mano ó influir en el movimiento necesario para tener éxito en la incisión , siendo limpia y -atraumática.

La forma de tomar el bisturí dependerá -- del cirujano ya que la idea principal es emplear una técnica atraumáticamente tanto para la incisión como la escisión.

En cirugía intrabucal un punto de apoyo es aquel en que el bisturí se toma con los -- dedos con un descanso sobre hueso o diente -- adyacente a la incisión, procurando una visualización completa de la zona a está incisión.

La incisión directa es aquella donde se descubre hueso y dientes, teniendo como -- característica un corte recto o curvilíneo--

siguiendo la distancia más corta a través de los tejidos.

Si hay presencia de hueso subyacente o tejidos blandos (paladar blando, lengua, carrillos, labios ó piso de boca) no se directa, -- y se hace a través de mucosa, para esta tipo de incisión se utilizan instrumentos de punta roma para evitar lesión en los tejidos importantes.

Las incisiones a nivel facial se requiere de una cicatriz mínima en tamaño para su aceptación estética, se hace en las arrugas naturales, línea de incisión del pelo, uniones mucocutáneas, regiones sombreadas como repliegue nasolabial y zona submandibular -- cervical.

Estas incisiones se hacen en sentido -- longitudinal ya que si se efectúan transversalmente se formará una cicatriz antiestética

Todo tipo de incisiones se debe hacer con bisturí afilado y perpendiculares a la super--

ficie con respecto a las arrugas naturales - de la piel.

En una incisión al hacerse el cierre final en piel, los bordes no deben suturarse demasiado apretados, ya que la sutura deberá retirarse de 3 a 4 días para evitar cicatrices por sutura.

DRENAJE.-

Es una evacuación quirúrgica del pus en la que se elimina la absorción de productos tóxicos permitiendo el reestablecimiento del paciente.

El tejido necrótico se ablanda por las enzimas proteolíticas de los lisosomas y los leucocitos muertos, hay una autólisis que es ocasionada por las enzimas propias de las células de los tejidos y resulta la formación de un material fluido cremoso que se llama pus, que si está contenido en una cavidad forma un absceso y este se encuentra rodeado por una membrana piogénica que en el primer

estadio consiste en tejido necrótico y posteriormente se forma una capa de fibrina con --- gran cantidad de leucocitos polimorfonucleares

La pus esta hecha de leucocitos, que se -- encuentran muertos, fluido, fibrina y microor -- ganismos que pueden ser cultivados.

Si la pus es debida a agentes químicos -- es estéril, contiene dendritas tisulares como ácidos nucleicos y lípidos.

Esta tiende a seguir las líneas tisulares de menor resistencia hasta encontrar una super -- ficie exterior, entonces el absceso sale al -- exterior y descarga sus contenidos, un absceso -- cuando drena cicatriza por tejido de granula -- ción pero puede establacerse un proceso de in -- flamación crónica.

La inflamación aguda es la reacción de -- los elementos vasculares de un tejido como --- respuesta a una lesión siempre que está tienda a destruir un área y de la formaciónde un exu -- dado rico en proteínas.

El pus puede llegar hasta sitios lejanos o próximos conforme su localización llegando a vaciarse en nariz, seno maxilar, vestíbulo bucal, piso de la boca, cara o fosa subtemporal, pudiendo atravesar bóveda craneana por resorción ósea o a través de base de cráneo-- por medio de los agujeros que tiene provocando la muerte por bacteremia.

Al tener localizado el punto adecuado, se deben considerar los puntos que se van a interesar; uno de ellos son los compartimientos -- aponeuróticos los cuales son espacios potenciales entre capas de fascias, y está llenas de tejido conectivo laxo que se disgrega cuando es invadido por la infección.

La infección es limitada por capas aponeuróticas fuertes que se pueden difundir por vasos linfáticos o sanguíneos.

La infección cubre el espacio aponeurótico inmediato y puede establecerse si los -- factores fisiológicos limitan su actividad, --

se puede hacer masiva a travessando la barrera de fascia alcanzando otro espacio.

Si su avance puede penetrar a compartimientos contiguos, llegando al espacio carótideo o al mediastino.

Con frecuencia las infecciones a nivel bucal se originan en los molares inferiores, que tienden a extenderse a las fosas pterigopalatina y subtemporal.

Tanto en superiores como inferiores al estar difundiéndose puede atacar secundariamente espacios parotídeos y faríngeo lateral si es mayor puede atravesar el espacio viscerolinguofaríngeo hasta el mediastino.

El uso de tubos con perforaciones múltiples, unidos al dispositivo de aspiración de baja presión, y colocados en la herida o debajo de colgajos cutáneos cuando se espera coagulación de sangre o trasudación de líquido se utiliza este tipo en mastectomía radical o disección radical del cuello.

TIPOS DE DRENES.-

El más utilizado es el de un tubo delgado de caucho, de 1 cm a 2.5 cm de diámetro, llamado dren de Penrose, se utiliza para obtener acción capilar y proporciona mayor volumen, puede utilizarse con una gasa en el interior del dren de Penrose para formar un dren de cigarrillo.

Se han utilizado también como drenes sondas de plásticos o caucho de calibres diversos.

Se utiliza el dren colector por virtud de que los tejidos a menudo cierran las aberturas del dren simple mientras que el dren colector permite la entrada de aire a la zona drenada con el fin de desplazar el líquido en el interior del dren.

Los drenes colectores poseen doble luz, siendo la porción de entrada o ingreso más pequeña que la salida.

Se han descrito drenes colectores de triple luz diseñados de manera que pueda

aplicarse aspiración a una luz, introducir -- una solución para irrigación en la segunda, dejando la tercera para la entrada de aire.

Cabe improvisar un tubo análogo de triple luz por introducción de un dren de Penrose.

La elección del dren y su composición dependen del objetivo y localización del drenaje, sin embargo en general el dren debe ser blando y flexible de modo que no se enclave en estructuras importantes, no debe ser irritante para los tejidos ni debilitarse o descomponerse -- por exposición al líquido drenado.

INSERCIÓN DE DRENES.-

No debe efectuarse drenaje intraperitoneal a través de la incisión primaria, ya que -- propicia el desarrollo de infección de la herida, aumenta el porcentaje de dehiscencias y puede producir hernia posoperatoria.

La incisión o herida por transfixión para los drenes debe ser adecuada ya que si es -- demasiado laxa cabe la posibilidad de hernia.

La herida debe proporcionar este por gravedad, y debe localizarse la herida de formarse una vía directa de salida, sin cruzar vasos.

Se cree que no deben estar los drenes en contacto, con la línea de sutura por que podrían bloquear e impedir que este cerrara una pequeña fuga. El extremo profundo del dren puede quedar fijo en posición si se considera necesario con un punto de catgut simple muy fino y el extremo debe fijarse en forma adecuada para evitar que deslice hacia la herida.

Se debe conservar hasta que hayan cumplido su objetivo y la duración de su permanencia varia considerablemente pero en general procede extraerlos cuando la cantidad de drenaje sea mínima.

COMPLICACIONES DE LOS DRENES.-

Si se utiliza en forma adecuada es dudosa que los drenes aumenten la frecuencia de fugas anastomóticas.

Un dren muy duro puede enclavarse en las estructuras vecinas, con la posibilidad de que

las bacterias se introduzcan a lo largo de un dren y se alojen y proliferen en la zona drenada.

Es también posible la sección de un vaso al practicar la herida por transfijión que al principio que temporalmente comprimido por el dre, pero que más tarde puede ser causa de hemorragia molesta o incluso peligrosa.

Una complicación desafortunada es la pérdida de un dren en la herida, sobre todo cuando pasa inadvertido, por esto es importante -- contar el número de drenes y anotar la fecha de la extracción de cada uno de ellos.

LABIO DOBLE

No es una duplicación de labio o labios, es una anomalía común del labio superior y se encuentra asociada con blefarocalasia o agrandamiento tiroideo no tóxico o ambos.

Este se caracteriza por un surco horizontal localizado entre las partes interiores (-- pars villosa) y exterior (pars glabra).

El repliegue interno no es visible cuando los labios están cerrados y solamente aparece cuando el paciente sonríe o habla.

La deformación recibe el nombre de Síndrome de Asher cuando se asocia con blefarocalasia y agrandamiento tiroideo no tóxico, la causa es desconocida pero tiene bases genéticas.

TEJIDO HIPERPLÁSICO FIBROSO DE LAS FIBROSIS SUCALES.

Es una alteración provocada por la prótesis dentaria, entre estas están las crestas -- flácidas, pliegues y rodetes en los surcos.

Una cresta flácida o fibrosis alveolar, se origina cuando partes de la cresta alveolar son reabsorbidas a causa de un traumatismo de oclusión excesivo sobre la prótesis dentaria - en la zona afectada.

Con mayor frecuencia se presenta en mujeres que hombres.

La zona más afectada es la parte anterior del maxilar superior aún cuando la mandíbula - puede exhibir fibrosis.

La mucosa que reviste la cresta alveolar es asiento de una inflamación en caso de que - la cresta sufra un traumatismo subintrante.

La inflamación constituye un factor en la resorción de la cresta alveolar, que es sustituida por tejido colágeno inflamado.

Una cresta flácida presenta un color más rojo que la mucosa adyacente normal y a veces tiene un aspecto punteado tosco.

La cresta flácida es péndula pero de consistencia firme, según el grado de inflamación del tejido conectivo.

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DEL PALADAR

Este tipo de afección se asocia comunmente al uso prolongado de dentadura postiza total o parcial, mal ajustada o revestimiento o remodelación de la dentadura sobre una papilomatosis preexistente lo que hace que se perpetúe.

Una de las causas más importantes es el uso de la prótesis día y noche, y efectuar una higiene adecuada.

El tratamiento adecuado es por medio de sedación o anestesia local, por unidad de electrocirugía y electrodo de asa.

La profundidad se hará hasta submucosa y se debe a la ausencia de los tejidos que someten al flujo de aire comprimido, la mucosa adquiere un color gris amarillento, hay que evitar la introducción al periostio para evitar esquirlas óseas.

Este tratamiento tendrá como antecedente una biopsia del tejido lesionado.

Material utilizable, una férula palatina recubierta de éposito periodontal para reducción del sangrado y dolor posoperatorio para

esto tendrá un lugar excepto para irrigaciones bucales higiénicas y así permitir la regeneración de tejido de granulación, el cambio del apósito será cada semana bajo anestesia tópica para permitir la curación por granulación y epitelización secundaria.

En el posoperatorio para eliminación del dolor se prescribirá analgésico narcótico.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA DE LA MUCOSA VESTIBULAR.

Los pliegues y los rodetes de la mucosa bucal a nivel de los surcos reciben el nombre de épuhis fisurado, granuloma fisurado e hiperplasia por prótesis dentaria.

El término de épuhis es cuando el proceso se observa en bocas desdentadas en las cuales no existe encía. (no es apropiado)

La hiperplasia es causada por la irritación provocada por una prótesis dentaria.

Esta se observa en enfermos que han llevado dentaduras que estan desajustadas por largos periodos de tiempos, es común en mujeres que hombres.

La irritación puede ser producida por rebordes sobresalientes o por bordes cortantes de la prótesis.

La presión ejercida por estas dentaduras mal ajustadas causan primariamente una ulceración traumática.

Si la ulceración se cura bajo irritación constante es muy probable que se produzca una hiperplasia de la mucosa.

Cuando la inflamación desaparece la hiperplasia tiende a regresar.

Esta irritación se presenta en la cresta alveolar y el resto en el surco lingual.

En la mayoría se presenta en la cresta alveolar y el resto en el surco lingual.

En la mayoría de los pacientes no hay molestias.

La hiperplasia puede consistir en un simple colgajo o en pliegues múltiples.

ENCIA HIPERMOVIL

En algunas ocasiones una dentadura provoca la retracción del hueso de soporte, más no así de la encía, lo que provoca que esta al perder su soporte óseo, se torne demasiado móvil y la dentadura pierde estabilidad.

El tratamiento estará enfocado a proporcionar una zona de asiento basal firme para la prótesis; esto se logra haciendo una regularización de tejidos blandos con una técnica quirúrgica sencillamente igual a la de eliminación de la fibromatosis irritativa o post-traumática.

Se recomienda que el paciente deje de usar sus dentaduras 5 o 10 días antes de la operación con el objeto de disminuir la inflamación y el postoperatorio sea más satisfactorio.

La anestesia habrá de ser perifocal (alrededor de la lesión), o bien troncular o regional; se procederá a trazar una incisión que - pasa sobre la mucosa normal inmediatamente por

fuera de los bordes de la lesión, con el objeto de eliminarla en su totalidad, no hay necesidad de hacer disección en profundidad, ya que las lesiones, si las nuevas dentaduras están bien realizadas, no reinciden.

PERIODONTITIS

Una bolsa periodontal es la profunda -
ción patológica del surco gingival y es el a-
vanza progresivo de la misma dando como resul-
tado la destrucción de tejidos periodontales
de soporte, aflojamiento y exfoliación de los
dientes.

El método para su localización es el --
sondeo del margen gingival en cada diente.

SIGNOS CLINICOS.-

1.- Encía marginal rojo.- azulada, a--
grandada, con un borde enrollado separado
de la superficie dental.

2.- Zona vertical azul rojiza desde el -
margen gingival hasta la encía insertada y a
veces, hasta mucosa alveolar.

3.- Rotura de la continuidad vestibulo-
lingual de la encía interdientaria.

4.- Encía brillante, hinchada y con cam-
bios de color asociada a superficies radícula
res expuestas.

5.- Sangrado gingival.

6.- Exudado purulento en margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.

7.- Movilidad, extrucción y migración de dientes.

8.- Aparición de diastemas donde no los hay.

Estas bolsas son indoloras pero pueden generar dolor localizado o sensación de presión despues de comer, sabor desagradable en áreas localizadas, dolor irradiado en la profundidad del hueso, sensación roedora o sensación de picazón en las encías.

Fatológicamente las bolsas pericidentales son originadas por irritantes locales (microorganismos y sus productos, residuos de alimento que proporcionan nutrición a los microorganismos y retención de alimentos) que producen alteraciones en tejidos y profundidad del surco

gingival.

La profundidad del surco puede ocurrir:

1.- El movimiento del margen gingival en dirección a la corona generando bolsa gingival y no bolsa periodontal, la profundidad aumenta por el aumento de volumen de la encía sin destrucción de tejido periodontal.

2.- La migración apical de la adherencia epitelial y su separación de la superficie dentaria.

3.- Combinación de ambos procesos, y la formación de la bolsa se puede comparar por - con el estiramiento de un acordeón en que la distancia por movimiento aumenta en dirección opuesta.

Estimulación de la adherencia epitelial por inflamación y no por destrucción de fibras gingivales, comienzo de bolsas.

ABERTURAS ANTROBUCALES

Con frecuencia durante extracción se abre el antro maxilar superior inadvertidamente, las raíces de los molares superiores quedan cerca de este seno y más de la cavidad de las veces en que el antro se abre es a causa de extracción de 3os. molares superiores impactados, sin embargo la frecuencia de orificios permanentes es muy baja; se dice que los autores creen que solo cuando el seno maxilar está infectado como resultado de cuerpos extraños habrá presencia de sinusitis o alergia; ej

Un punto involuntario de drenaje en declive persiste como abertura antrobuca, antes de introducirse el aire debe atenderse la infección del seno maxilar esto se realiza de la mejor forma mediante un antibiótico y limpieza estricta del seno.

La penicilina es la droga de elección a menos que esté contraindicada.

El seno puede limpiarse por irrigación con solución salina normal o haciendo que el paciente expale aire a través de la abertura el orificio natural situado debajo del concha medio debe estar abierto para que el último resultado sea eficaz para ayudar a suprimir la infección del seno, puede ser necesario una antróstoma nasal, cuando la infección está controlada puede cerrarse la fistula, esto se lleva a cabo cuando de la mayor manera resultante en combinación de colgajo bucal y palatino, debe tenerse cuidado al manejarse los tejidos.

El dentista debe recordar que el aporte sanguíneo para el colgajo bucal viene de los vasos superiores y posteriores, y para el palatino de la arteria palatina inferior, se reflejan los colgajos y el tejido hiperplásico se retira del seno con una cureta.

El acceso al seno se obtiene a través de la fistula antrobucaal o por medio de los-

premolares, en la fosa cónica.

OPERACION CALDWELL- LUD.

Si se presenta cualquier sangrado de importancia debe evitarse colocando un apósito de gasa de 2.5 cm impregnado de antibiótico-tópico en el seno y llevarse su extremo al interior de la nariz, bajo el cornete inferior por medio de una antrostomía, al apósito se retira del seno después de 48 hrs. con solución normal esta a través del orificio de la antrostomía hasta que la solución salina normal aparezca clara.

Cuando el seno sea limpiado y se encuentra necesario un apósito se procede a cerrar el lado bucal. Esto se logra deslizando el borde de los colgajos sobre el otro, sosteniendo los tejidos en posición mediante puntos de cochinero con material de sutura no reactivo.

(Diferentes, nylon, omeciline) que se anudan sin tensionar, suturar es fácil si no se anudan hasta haber colocado todos los puntos,

estos deben quedar por un periodo de 10 a 14 días, no deben insertarse tablillas o dentaduras sobre estos colgajos, si existe alguna posibilidad de comprometer el apósito sanguíneo.

El cirujano dentista debe tener conciencia del procedimiento que se llevará a cabo y tener la suficiente responsabilidad del mismo, si no remitirlo al Cirujano Bucal.

RANULA

Es un quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual.

La ránula se forma de una manera similar al mucocela en tamaño.

Cuando es grande, la mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado.

Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la masticación y la fonación. La ránula puede perforarse cuando se traumatiza, escurriendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana.

Es de consistencia tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión, pocas veces causa tumefacción externa y rara vez se infecta.

Es indolora y contiene un líquido mucoso.

La ránula es mucho más firme que el angio ma. Los quistes dermoides dan una sensación de masa a la palpación y ocurre más frecuente en la línea media. Los lipomas son más firmes.

Los quistes del conducto de Warthon y su crecimiento causan tumefacción de la glándula submandibular, se desarrollan rápidamente que la rínula verdadera y presentan dolor y otros síntomas de inflamación.

Su tratamiento es la marsupialización.

La incisión y drenaje en la rínula tiene recurrencias ya que al producirse la enucleación esta no puede ser completa ya que se rompe la pared delgada y trae complicaciones.

La intervención de Fartsch o marsupialización es la escisión de pared superior de la rínula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndola continua con la cavidad bucal.

TECNICA.-

Se colocan en serie de suturas alrededor de los bordes del quiste, las suturas atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste.

Cuando se encuentra delimitado con las su

turas se hacen la resección de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas - al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y aume las características del tejido adyacente.

Se puede eliminar una porción de la pared superior, aspirar el contenido y limitado con un llenado con gasa estéril, al concluir se coloca sutura periférica.

Se administrará anestesia local con bloques del nervio lingual.

DESPLAZAMIENTO QUIRURGICO DEL NERVI MENTONIANO.

Se dice que en pacientes con atrofia del proceso alveolar inferior , el agujero mentoniano puede hayarse en la cresta del borde residual o cerca de ella, cuando esto sucede en el nervio mentoniano esta sometido a la presión que ejerce la protesis durante la masticación, los pacientes se quejan de dolor intenso de corta duración similar a los dolores de la neuralgia (Trigémico).

El dolor puede comenzar durante la carga funcional de la masticación, asi mismo se puede desencadenar por presión digital sobre el agujero mentoniano.

Algunos pacientes experimentan dolor y entumecimientos del labio inferior, en cambio otros pacientes los sintomas se eliminan al aliviar la prótesis para disminuir la presión sobre el agujero mentoniano, este método es util cuando el soporte que proporciona la zona de soporte permanente es suficiente; cuan-

do el soporte de la prótesis es insuficiente no hay que aliviar la dentadura ya que esto reducirá el soporte en vez de ello habrá que desplazar quirúrgicamente el paquete vasculo nervioso mentoniano.

El procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia local en el consultorio dental, supuestamente se considera que el operador debe tener práctica en la Cirugía de tejidos --- blandos.

Se hace una incisión larga sobre la cresta del reborde residual , si por palpación se comprueba o comprobó que el agujero mentoniano se haya sobre la cresta del reborde se curvará la incisión hacia vestibular para evitar el agujero en el extremo anterior se puede hacer una incisión lineadora para añadir exposición al campo quirúrgico, se rechaza con cuidado el colgajo mucopariostico para exponer el agujero mentoniano y al paquete vasculo - nervioso al que hay que separar cuidadosamente.

En el hueso que está por debajo del agujero mentoniano se hace un surco vertical -- con una fresa dental quirúrgica, una vez concluido el tallado óseo se acomoda con todo -- cuidado el paquetevasculo nervioso en el mismo agujero se vuelve a su lugar el colgajo de tejido blando y se le sutura.

El período postoperatorio transcurre sin complicaciones suele presentarse hinchazón -- moderado y dolor que remite a los pocos días .

La parestesia temporaria del labio inferior dura varias semanas y gradualmente se recupera la sensación total una vez completa la cicatrización se rebasa la prótesis o se confecciona una nueva.

MUCOCISTIS

Son quistes mucosos que resultan de la obstrucción de algún conducto glandular y aparece en labio, carrillo y piso de la boca en porción anterior de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior.

Son tumefacciones pequeñas redondas o traslúcidas avales, de color azulado y se pueden confundir con hemangiomas; es móvil y se encuentra por debajo de la mucosa.

Dentro de los mucocistos se encuentran ciertas afecciones que afectan las glándulas.

SIALADENITIS AGUDA.-

Es una inflamación aguda de glándulas salivales y son adenopatías agudas inespecíficas.

SINTOMAS.-

Tumefacción de inicio rápido y puede presentar fase aguda en padecimientos crónicos.

Esensible y tensa en solo lado hay presencia de pus en el orificio del conducto o extracción del mismo por el conducto (sistema) temperatura elevada, el cuadro sanguíneo revelará la toxicidad de la infección, se puede localizar bajo piel recurriendo a incisión y drenaje.

ETIOLOGIA.-

Por estreptococo salival, estreptococo verde, neumococo y estafilococo piogeno dorado y blando, en ocasiones levaduras, no hay causa aparente ni agente patógeno predominante posiblemente estomatitis aguda.

TRATAMIENTO.-

Indicación de antibióticos, o sulfonamidas para infección aguda.

Despues se realiza un drenaje del conducto con sondas romas. Los sialogramas son de ayuda para verificar la causa y magnitud del daño y son auxiliares terapéuticos.

Hidratación adecuada del paciente y uso de sialogogos para aumento del flujo salival y formación de lavado benéfico.

PRONOSTICO.-

Puede recurrir, si retorna es crónica o subaguda y puede presentarse obstrucción de conductos o formación de cavidades en el parénquima glandular.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Parotiditis epidémica unilateral.

SIALADENITIS CRONICA.-

Es la que se produce después de una obstrucción que ha producido largos periodos de estasis, en esta alteración los conductos se dilatan y ejercen presión contra la glándula adyacente.

La obstrucción y estasis aumentan la presión y dan atrofia y fibrosis de la glándula que es firme y dura, puede haber dolor a la palpación o no según fase de alteración in--

flematoria o grado de cronicidad.

Puede haber abscesos y quistes en parénquima que requieran drenaje o permanecer durante largo tiempo con una serie de remisiones y exacerbaciones.

Tratamiento conservador, eliminación de obstrucción, dilatación del conducto, sialografía diagnóstica y terapéutica.

Recidiva frecuente y llegar a extirpación quirúrgica de glándula.

Se puede presentar después de anestasia general prolongada, debilitamiento general, neumonía u otras enfermedades que se acompañan de fiebre elevada u otro factor que -- por largos periodos de deshidratación, en esta fase las bacterias penetran y se desarrollan en los conductos.

Hay presencia de sialoductitis que da - constrictión en el conducto, estasis, dilatación e infección crónica rebelde.

SIALOLITIASIS.-

Los fenómenos que conducen a alteraciones inflamatorias crónicas, macroscópicas y microscópicas en glándulas salivales son debidas a la producción de cálculos salivales o sialolitos.

La formación de este es que al rededor y dentro de tapones blandos de moco, bacterias o células epiteliales descomadas se acumulan sales minerales.

La morfología que pueden presentar es bi en calcificada, radiopaca o blandos de consistencia de caucho y no presentarse radiográficamente.

Pueden ser de diversos tamaños y formas, su desarrollo progresivo es cuando se encuentran en el conducto.

Esto causa estasis e infección en el sistema.

SINTOMAS.-

La glándula puede aumentar de volumen, -

durante los alimentos y volverse tensa y dolorosa, tumefacción e hipersensibilidad puede desaparecer para después aparecer.

Puede haber pus en el orificio de la cáncruncula que puede estar inflamada, hay saliva turbia o pus, por expresión de la glándula.

La presencia del cálculo parece palparse por manipulación bimanual y puede moverse hacia arriba o abajo en el conducto.

Se puede visualizar por radiografías, la dilatación en el conducto del cálculo y sistema de conductos sanará presente en sialograma.

TRATAMIENTO,-

Quirúrgico, extirpación por vía intrabucal o extirpación de glándula por haber daño externo o por reincidencia de la enfermedad después de la remoción del cálculo.

SIALOANGIECTASIA.-

Es la dilatación intensa de la glándula y su sistema de conductos debido a estasis de la secreción salival ocasionada por obstrucción, causa común sialolito a una simple construcción.

PRONOSTICO.-

Malo que se evalua natural es la de ataques repetidos agudos que terminan en extirpación de glándula.

C A P I T U L O 2

ENCIA

La mucosa bucal consta de las zonas siguientes; la encía y el revestimiento del paladar duro, denominado mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierto de mucosa especializada y el resto de la mucosa bucal. La encía es aquella parte de la membrana bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cucllos de los dientes.

La encía se divide en las áreas marginal, insertada e interdientaria.

ENCIA MARGINAL.- (ENCIA LIBRE)

La encía marginal es la encía libre que rodea los dientes, a modo de collar y se haya demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal.

Generalmente de un ancho algo mayor que un milímetro, forma la pared blanca del surco gingival. Puede ser separada de la superficie dentaria mediante una sonda roma.

SURCO GINGIVAL.-

El surco gingival es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. En una depresión en forma de V y solo permite la entrada de una sonda roma delgada. La profundidad promedio del surco gingival ha sido registrada como del .8 mm, con una variación de 0 a 6 mm, 2mm, 1.5mm y 0.69mm.

ENCIA INSERTADA.-

La encía insertada se continúa con la encía marginal. Es firme, resilente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacente. El aspecto vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y movable, de la que la separa la línea mucogingival. El ancho de la encía insertada en el sector vestibular, en diferentes zonas de la boca, varía de menos -

de 1mm a 9mm. En la cara lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el sùrco sublingual en el piso de la boca.

La superficie palatina de la encía insertada en el maxilar superior se une imperceptiblemente con la mucosa palatina, igualmente firme y resiliente. A veces, se usan las denominaciones encía cementaria y encía alveolar para designar las diferentes porciones de la encía insertada, según las áreas de inserción.

ENCIA INTERDENTARIA.-

La encía interdientaria ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario.

Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual, y el col. Este último es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal.

Cada papila interdentaria es piramidal, la superficie exterior es afilada hacia el área de contacto interproximal, y las superficies mesial y distal son levemente cóncavas.

Los bordes laterales y el extremo de la papila interdentaria están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos, la parte media se compone de encía insertada.

En ausencia de contacto dentario proximal, la encía se halla firmemente unida al hueso interdentario y forma una superficie redondeada lisa sin papila interdentaria o un col.

LIGAMENTO PERIODONTAL.-

Los elementos más importantes del ligamento periodontal son las fibras colágenas, dispuestas en haces y que siguen un recorrido ondulado. Los extremos de las fibras principales, que se insertan en el cemento y hueso,

se denominan fibras de Sharpey.

Las fibras principales del ligamento periodontal se distribuyen en los siguientes grupos: transeptal, de la cresta alveolar, oblicuo y apical.

GRUPO TRANSEPTAL.-

Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen al cemento del diente vecino. Las fibras transeptales constituyen un hallazgo notable constante.

Se reconstruyen incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR.-

Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento, inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar.

Su función es equilibrar el empuje contrario de las fibras más apicales, ayudando y a resistir los movimientos laterales del diente.

te.

GRUPO HORIZONTAL.-

Estas fibras se extienden en ángulo recto respecto del eje mayor del diente, desde el cemento es similar a las del grupo de la cresta alveolar.

GRUPO OBLICUO.-

Estas fibras, el grupo más grande del ligamento periodontal, se extiende desde el cemento, en dirección coronaria, en sentido-oblicuo respecto al hueso. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

GRUPO APICAL.-

El grupo apical de fibras se irradia desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo. No lo hay en raíces incompletas.

VASCULARIZACION.-

La vascularización proviene de las arterias alveolares superiores e inferiores y llega al ligamento periodontal desde 3 orígenes,

vasos apicales, vasos que penetran desde el hueso alveolar, y vasos anastomosados de la encía.

Los vasos apicales entran en el ligamento periodontal en la región del ápice y se extienden hacia la encía, dando ramas laterales en dirección al cemento y hueso. Los vasos, dentro del ligamento periodontal, se conectan en el plexo reticular que recibe su aporte principal de las arterias perforantes y de los vasos que entran por canales del hueso alveolar.

La vascularización de este origen aumenta de incisivos a molares, es mayor en el tercio gingival de dientes unirradiculares y menor en el tercio medio; es igual en el tercio apical y en el tercio medio de dientes multirradiculares; es levemente mayor en las superficies mesiales y distales que en las superficies mesiales de los molares.

La vascularización de la encía proviene de ramas de vasos profundos de la lámina propia. El drenaje venoso del ligamento periodontal acompaña a la red arterial.

LINFÁTICOS.-

Los linfáticos complementan el sistema de drenaje venoso. Los que drenan la región inmediatamente inferior a la adherencia epitelial pasan al ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos hacia la región periapical.

De ahí pasan a través del hueso alveolar hacia el conducto dentario inferior en la mandíbula, o el conducto infraorbitario en el maxilar superior, y al grupo maxilar de nódulos linfáticos.

INERVACION.-

El ligamento periodontal se halla innervado frondosamente por fibras nerviosas sensoriales capaces de transmitir sensaciones táctiles, de presión y dolor por las vías trigé-

minas. Los haces nerviosos penetran en el ligamento periodontal desde el área periapical y a través de *canales* desde el hueso alveolar. Los haces nerviosos siguen el curso de los vasos sanguíneos y se dividen en fibras mielinizadas independientes, que por último pierden su carga de mielina y finalizan como terminaciones nerviosas libres o estructuras alargadas, en forma de huso.

Los últimos son receptores propioceptivos y se encargan del sentido de localización cuando el diente hace contacto.

CAMBIOS POR LA EDAD EN EL PERICONDIO

El envejecimiento se manifiesta de diferentes maneras y grados en los diversos tejidos y órganos, pero incluye cambios generales, como desecación tisular, reducción de la elasticidad, disminución de la capacidad reparadora, alteración de la permeabilidad celular y aumento del contenido de calcio en las células de muchos órganos.

En la encía se identifican los siguientes cambios; recesión, disminución de la queratinización tanto en hombres como mujeres, disminución del puntado o no, disminución de la cantidad de células en el tejido conectivo, aumento de sustancias intercelulares y descenso del consumo de oxígeno, que constituye una medida de la actividad metabólica.

En pacientes menopáusicas la encía está menos queratinizada que en pacientes de edad similar con ciclos menstruales activos.

Los cambios en otras zonas del epitelio y tejido conectivo, con pérdida de la elasticidad, descenso de hexosas ligadas a proteínas y mucoproteínas que puede reducir la resiliencia y aumentar la susceptibilidad a traumatismos; aumento de mastocitos; atrofia de las pailas linguales, con mayor afectación de las filiformes; disminución de las pailas gustativas en las papilas calciformes, agrandamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral de la lengua y aumento de glándulas sebáceas en labios y carrillos.

LIGAMENTO PERIODONTAL.-

Con el envejecimiento, hay en el ligamento periodontal aumento de fibras elásticas, disminución de la vascularización, la actividad mitótica, fibroplasia, fibras colágenas y mucopolisacáridos, aumento y disminución del espesor. La disminución del espesor puede ser consecuencia de la invasión del ligamento por el depósito continuo de cemento y hueso.

HUESO ALVEOLAR.-

Ademas del descenso de la altura (atrofia senil), los cambios que aparecen en el hueso alveolar durante el envejecimiento son similares a los del resto del sistema esquelético.

Incluyen osteoporosis, reducción de la vascularización y la disminución de la capacidad metabólica y de cicatrización.

La resorción aumenta, y disminuye la neoformación ósea cuya consecuencia es la osteoporosis. La capacidad del hueso alveolar para soportar fuerzas oclusales disminuye después de los 30 años de edad.

TECNICA SOBRE EL CONTOURNO DEL CERVO ALVEOLAR.

La alveolectomia y la exodoncia, con el fin de preparar un maxilar para la prótesis, pueden hacerse en toda la extensión de la arcada o de otro modo dividir la operación en 2 o 3 zonas; estos procedimientos estan en relación con el número de dientes a extraerse y

estado del paciente.

La arcada superior se divide en 3 segmentos; un segmento posterior derecho, que se extiende desde el espacio interdental entre canino y primer premolar hacia atrás; un segmento posterior izquierdo de iguales límites al anterior, y un segmento anterior comprendido entre canino y canino, al cual si no se oponen razones especiales se realiza el tratamiento correspondiente.

OPERACION.-

Segmento a).- Incisión .- se trazan 2 incisiones. La primera ubicada en el espacio entre canino y primer premolar y ligeramente inclinada hacia adelante; en altura esta incisión tiene las mismas de Exodoncia.

La rama posterior de la incisión se traza en el límite distal del último diente en la arcada.

Incisión en la cara palatina.- Un colgajo mínimo es necesario trazar en la cara pala

tina para no traumatizar la fibromucosa en -
las manfobras operatorias.

Preparacion de los colgajos.- Con una espatula roma o un instrumento adecuado (perios totómo, espatula Freer), se levanta el colgajo mucoperiostico, la cantidad de elevación del - colgajo labial o bucal está en directa dependencia con la extensión de la operación, pero por lo común es suficiente separar el colgajo solo hasta la región del tercio apical de los dientes.

No desprender solamente la fibromucosa - gingival, sino dejarla adherida al hueso a lo largo de su unión con la mucosa floja del fondo del surco.

Se evitará así el peligro de desplazar los tejidos movibles del fondo del surco en el momento de suturar, lo cual tendría el - inconveniente de descender las inserciones - musculares y reducir la zona chapable; hay - que evitar los hematomas y edemas posopera

torios que como consecuencia de las intervenciones de larga duración e importancia, a nivel del surco vestibular.

Alveolectomia.- La cantidad de hueso a resecar con fines protéticos debe ser relativamente escasa. Como no hay reglas fijas que condicionen el trabajo de resorción posoperatorias, y está regida por principios ajenos a métodos y procedimientos y se aconseja conservar toda la arcada alveolar posible para que sirva de apoyo a la futura prótesis, solo se eliminarán las aristas óseas, los bordes óseos filosos y cortantes, los tabiques interdentarios e intraradiculares hasta una altura prudencial.

El alisamiento final del hueso se hace con limas para hueso o fresas redondas grandes. En caso de existir procesos patológicos-periapicales, estos serán roseados según las indicaciones oportunas.

Ya regularizada la zona alveolar, se ---

vuelve el colgajo a su sitio y con tijeras se recorta el excedente del tejido gingival, bucal y palatino, de manera que ambos colgajos se adapten sin sobrantes.

Estos colgajos se fijan con 3 o 4 puntos de sutura a puntos separados o por puntos -- próximos.

La preparación y regularización quirúrgica de los bordes alveolares entre los 15 y 60 días después de las extracciones. El momento óptimo para efectuar la alveolectomía es, en personas de edad mediana 14 días después de las extracciones, en personas jóvenes o en ancianos 21 días.

Alveolectomía correctora.- En maxilares ya desdentados pueden subsistir condiciones que no armonicen con la regularidad que se requiere para la preparación de una prótesis correcta. Estas condiciones se refieren a la existencia de hipertrofias de hueso, exostosis en distintos sentidos, malformaciones óseas-

de distintos tamaños y ubicación, cuya sistematización no es posible por ser aquellas tan variables.

Hipertrofia oclusal de las tuberosidades.

Las tuberosidades del maxilar superior - pueden estar aumentadas excesivamente de volumen en sentido oclusal, impidiendo la ubicación de una prótesis.

Siempre que el seno maxilar no este descendido , acompañado de la tuberosidad, esta puede ser resecada. Los principios quirúrgicos son los descritos en alveolectomía.

Hipertrofia lateral de las tuberosidades

Las prominencias de la tuberosidad del maxilar superior no permiten que la prótesis se adapte a nivel del surco vestibular no realizándose por lo tanto el sellado periférico.

Estas prominencias son, el resultado de una alveolectomía insuficiente, al realizarse producida, la cicatrización y modelado alveolar persisten estas prominencias que tan ---

serios escollos resultan para el futuro de la prótesis.

En este tipo se realiza la incisión se se para el colgajo y se eliminan las protuberancias con pinzas gubia, la superficie ósea resultante se alisa con escofinas y fresas quirúrgicas

Se vuelve el colgajo a su sitio, se verifica con el dedo la existencia de puntas o bordes agudos y se cierra la herida con sutura.

Cabe mencionar la posición del senomaxilar con el objeto de no abrirlo espontáneamente creando una comunicación bucosinusal patológica, para tratar la cual se necesita un nuevo acto quirúrgico. Será necesario por lo tanto un examen radiográfico previo que indique los límites del antro de Highmore y su vecindad con el reborde alveolar.

Protuberancias óseas en distinto sentido.

Son innumerables, como ya se ha dicho, -- las variedades que pueden presentar. estas pro

tuberancias óseas, que se pueden localizar en cualquiera de los maxilares y en cualquiera de sus caras.

Su eliminación quirúrgica se impone, para permitir colocar con comodidad y eficacia las prótesis. Su eliminación y regularización puede hacerse en el momento de la extracción, o realizarse cuando el paciente se encuentre desdentado y con miras a la prótesis.

TORUS PALATINUS Y TORUS MANDIBULARE.-

Estos porceos, que pueden ser considerados como tumores óseos, serán un escollo indudable en los procesos inferiores para la correcta y cómoda colocación de una prótesis.

Se ha indicado su eliminación pero en una forma más conservadora se dice que los torus, en ambos maxilares no son un impedimento para la prótesis. Solo cuando se origine dolor, la aplicación del aparato o cuando se ulceran y se aconseje su eliminación.

C A P I T U L O 3

CIRUGIA DE TEJIDOS DURA

Son tratadas por metodos cruentos antes de realizar las dentaduras artificiales o bien para mejorar el funcionamiento de unas elaboradas anteriormente.

EXODONCIA Y ALVEGLOMEROTOMIA.-

En caso de la presencia de un paciente al cual se le realizarán las extracciones de sus dientes remanentes con fines protodónticos existen diversas pautas a seguir.

Unas postulan que la mejor preparación quirúrgica de los huesos alveolares es ninguna preparación y otras que realizan la preparación de los procesos y no solo la extracción dentaria.

Alveolotomía es la remoción parcial del hueso alveolar y abole el termino de alveolotomía, que significa eliminación total del hueso alveolar.

El CirujanoDentista debe tener en cuenta que toda la cirugía oral tiene esta en relación directa con la prótesis.

REGULARIZACION DE PROCESO.-

En este metodo se detectara la presencia -- de espinas óseas cortantes, que detectarán por medio del dedo indice o medio sobre los procesos y si existiese alguna zona esta reportará sintomatología dolorosa a la presión, se podrá detectar por irregularidades en los rebordes o existencia de diversas exostosis congénitas y que se estudian por separado.

La técnica quirúrgica para eliminar cualquiera de estas lesiones es muy similar y sigue los postulados de cualquier intervención quirúrgica.

a).- Diéresis (Incisión - apertura)

b).- Operación propiamente dicha (Tratamiento del proceso patológica).

c).- Sinéresis (Sutura, cierre)

La diéresis generalmente se elabora mediante el trazado de una incisión en la parte más superior del reborde, pudiendo ser tan larga como se necesitase y si en el caso se puede

hacer la elaboración de una o dos incisiones terminales, quedan contraindicadas en la zona lingual y en la palatina debido a las complicaciones postoperatorias que puedan acontecer.

Una vez realizada la incisión que debe ser amplia para que se asegure una buena visibilidad, de un solo trazo y profunda abarcando tanto mucosa como periostio, se continua el acto con el levantamiento del colgajo por medio del periostotómo o elevador del periostio, dejando así, al descubierto el hueso maxilar o mandibular que deseemos regularizar o remodelar.

Cuando las irregularidades son pequeñas tales como crestas, espinas etc, bastara con realizar un limado o pulido de dicha anomalía por medio de la lima para hueso; cuando la malformación es amplia se tendrá que recurrir al uso de instrumental más especializado tal como cincel y martillo, fresa quirúrgica y la pinza gubia o alveolotomo.

También dentro de la cirugía de tejidos

jurco están injertos de hueso de cresta ilíaca
sobre el rebordo residual, implantes metálicos
submucosos, implantes intraóseos.

TORUS PALATINUS

Es una excrecencia ósea convexa que se localiza en la línea media de la bóveda del paladar, de crecimiento lento y base aplanada situada en la región de la sutura medio palatina sobre la superficie bucal del paladar -- duro dando la formación de una apófisis.

Se puede observar algunas veces en niños y aparece después de la pubertad, es más usual en mujeres que hombres.

Posible origen genético por medio de una dominación autosómica tipo dominante ligado al cromosoma X.

Hay interferencia con la construcción de los dientes cuando socava y es muy lobulado -- y puede llegar a ser traumatizado.

Por su morfología se han clasificado en planos, fúngiformes y lobular.

Microscópicamente poseen una corteza de hueso más esponjoso, y se pueden encon---

trar también una médula grasosa.

En su aspecto clínico puede ser un abultamiento en el centro de la bóveda de superficie lisa, simétrico limitado.

A la unión de varias lobulaciones prominentes forman un gran tumor de base ancha.

Radiográficamente son de hueso compacto denso, opacos con delimitación en bóveda palatina y en ocasiones pueden quedar sobrepuestos en las radiografías de los dientes.

En radiografías periapicales se presenta radiopacidad lisa de superficie curvada en límites superior de esta misma.

TORUS MANDIBULAR

Son una o varias exostosis sobre la superficie lingual de la mandíbula, y es frecuente en región canina y premolar, puede ser único o múltiple, uni o bilateral, si es mayor puede interferir en el habla pero no es simétrico.

Su origen es inmediatamente por encima de la línea milohioidea extendiéndose desde el canino hasta el primer molar.

Tiene como base un carácter dominante autosómico, presentándose con mayor frecuencia en mujeres que hombres.

Clinicamente es una proliferación ósea dura delimitada de superficie lisa cubierta de mucosa normal o rosa pálido.

Si crecen pueden ocupar porción del suelo de la boca.

Radiográficamente son radiopacas en raíces de dientes mandibulares, radiopacidad densa.

EXOSTOSIS

Son tumeraciones localizadas del hueso -- que se componen generalmente de hueso compacto denso, su posible causa es una forma de hiperplasia compensadora debida a influencias genéticas y son anomalías del desarrollo de naturaleza benigna y sin problemas patológicos.

No está indicada su eliminación excepto-- cuando su tamaño interfiera con las funciones bucales.

Como datos clínicos estos se encuentran en superficies bucales de maxila o mandibula-- y pueden ser múltiples, bilaterales y unilaterales.

Los múltiples se encuentran alineadas y espaciadas en dirección antero posterior-- de diferentes formas y tamaños, se localizan en el punto medio entre el borde gingival -- y el pliegue mucobucal, son bulbosientos--- lisos, redondos y simétricos, protuberancias de forma irregular o masas nodulares de consistencia ósea, asintomática y recubiertas-- por encia normal.

Se puede encontrar encima del alveolo, extendiéndose desde la región de los caninos hacia atrás hasta molares, cuando se presentan bilaterales es por el agrupamiento de exostosis individuales.

Las exostosis se encuentran en cavidad bucal o en las prolongaciones óseas del paladar por encima de las raíces de los molares y estos pueden ser abultamientos de contornos lisos o protuberancias nodulares.

Una característica de estas es una larga evolución y falta de crecimiento.

Radiográficamente es radiopaca de tamaño y forma variable mal limitada, puede confundirse con el hueso contiguo normal.

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS

Los quistes de tejidos blandos incluyen los de origen congénito, que ocurren principalmente en el cuello, y los quistes de retención, mucocèle y rínulas que se observan principalmente en cavidad bucal.

Los de origen congénito se presentan en cuello en la región submaxilar y submentoniana son benignas, pero necesitan disección y escisión completa para su curación.

QUISTES ÓSEOS.-

El quista óseo para su eliminación es cortado y levantado el mucoperiostio.

Si es por enucleación es cortado y levantado con cincèles , alveolotómos o fresas -- para hueso, puede presentarse erosión a través de todo el hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser separada, implica infección secundaria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de tejido cicatrizal.

QUISTES CSEOS

Quiste.- es una masa regular esférica u ovoidea bien delimitada no adherida a planos superficiales, es asintomático, de consistencia amarillosa; en su interior está lleno de líquido material como suero o células de descomposición, y es una cavidad revestida de epitelio.

Radiográficamente se puede presentar -- radiolúcido o radiopacos.

Estos son de origen ectodérmico dando - 2 tipos de los mismos que son centrales y -- periféricos.

Los centrales se desarrollan en husos y los periféricos se desarrollan en tejidos blandos.

CLASIFICACION.-

A).- Quistes congénitos.- tirogloso, branquial, dermoide.

DERMOIDES.-

Es una forma de teratoma quístico derivado de epitelio de epitelio geminal embrionario

pero puede tener estructuras de otras capas geminativas y se derivan del enclevamiento de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos branquiales, hioideo y mandibular.

Manifestaciones clínicas.- se presenta en adultos jóvenes y no hay predilección por sexo.

Es un bulto en piso de boca que suele elevarse de la lengua y que acarrea dificultades en alimentación y fonación.

Es masilloso a la palpación pero puede ser fluctuante según su contenido.

Si se infectan llegan a formar fistula que salen en boca o piel.

Manifestaciones histológicas.- se puede encontrar la pared tapizada (conectiva) en la superficie interna por una capa delgada de epitelio escamoso queratinizado.

Pueden haber glándulas sebáceas e incluso foliculos pilosos y glándulas sudoríparas,

hueso , músculo y derivados por teratoma comple-
les, pues constituyen un teratoma complejo.

Tratamiento y pronóstico.-

Debe ser eliminado quirúrgicamente, no es
común que recidive.

9).- Quistes de desarrollo.- a).- de ori-
gen no dental, a').- nasoalveolares, en la lí-
nea media, del canal incisivo (nasop-latino),
globulo maxilares, (centrales) , de retención
mucocela , b).- de origen dental, b').- perio-
dontales, periapical, lateral , residual , --
primordiales, *dentifera*

NASOALVEOLAR.- (KLESTADT)

No esta dentro de hueso sino es un quiste
fisural que puede afectar hueso.

Se deduce su origen en la unión de las
apófisis globular, ascendente del maxilar y -
manilar como resultado de la proliferación
del epitelio atrapado a lo largo de la línea
de fusión.

Manifestaciones clínicas.-

Puede producir hemolización en pliegues mucovestibulares así como en piso de nariz y localizarse cerca de inserción del ala de la nariz en el maxilar.

Se presenta en mujeres en 1ª 4a. década, Crist afirma que se origina en la parte anterior inferior del conducto nasolacrimal y no del epitelio atrapado en surco nasodéptico.

Manifestaciones histológicas.-

Tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado, frecuente con células caliciformes o de epitelio escamoso--estratificado.

Tratamiento.-

Eliminación quirúrgica , no perforar no aplastar la lesión .

Quiste ósteotraumático, óseohemorrágico, óseo aneurismático , óseo latente.

Quiste estático o latente.-

Es una afección de defecto congénito de -

naturaleza anatómica exacta.

Se forma como tejido levemente aberrante de la glándula salival es la inclusión durante el desarrollo de tejido glandular en la superficie lingual del cuerpo de la mandíbula cerca de ella en una depresión profunda y bien delimitada.

Radiográficamente es asintomática y parece como imagen radiolúcida ovoide situada entre el conducto dental inferior y el borde inferior de la mandíbula inmediatamente delante del ángulo y puede ser lateral.

El defecto radiolucido puede ser por el enclavamiento de tejido de glándulas salivales en la mandíbula durante el desarrollo embrionario o una indentación sobre superficie lingual de la mandíbula se debe diferenciar de quista óseo traumático ya que este se localiza sobre el conducto dental inferior, en la radiografía periapical intrabucal.

En tanto que la depresión por la glándu

la salival se encuentran dentro del conducto.

Enquistes sintogénicos se presentan 2 - tipos que son: quistes no queratinizados.- aumentan de tamaño debido a características degenerativas de su revestimiento.

Queratoquistes.- aumentan de tamaño por proceso de multiplicación de células epiteliales con tendencia a recurrir, aparecen en capa basal descamada con células cuboideas.

DIENTES RETENIDOS

Los dientes retenidos son aquellos cuya posición normal son impedidos por dientes adyacentes o hueso, dientes en mal posición, - hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal, o en interoclusión, y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

Causas.- Es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos, por resultado maxilares demasiado **pequeños** para acomodar los terceros molares.

Ausencia congénita de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Desde hace doscientos años se ha debido a la civilización responsable de la higienización o falta total de estímulo que evita un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes.

Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación de alimento duro.

La dieta moderna no requiere un esfuerzo decidido en la masticación , y es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los --maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Las principales causas básicas de dientes retenidos o anormales son la alimentación artificial de los bebés , los hábitos de la infancia y niñez , los alimentos dulces y blandos de niños y jovencitos, mezclas desproporcionadas.

Causas locales de retención.-

Son irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas-continuas con su resultante , una membrana-mucosa muy densa, falta de espacio en los maxilares poco desarrollados indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección, absce--

esos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

Causas sistémicas de retención.-

Las retenciones se encuentran a veces - donde no existen condiciones locales presentes

A.- Causas prenatales.

1.- Herencia.

2.- Mezcla de razas.

B.- Causas posnatales.- todas las causas que pueden interferir en la desarrollo del --- niño, tales como.

1.- Raquitismo.

2.- Anemia.

3.- Sífilis congénita.

4.- Tuberculosis.

5.- Disendocrinias

6.- Desnutrición

C.- Condiciones raras.

1.- Disostosis clivocraneal.

2.- Oxicefalia

3.- Progeria.

4.- Condroplasia.

5.- Falda fisurada.

Disostosis clei craneal.-

Es una condición congénita muy rara en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes noerupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

Oxicefalia.-

Es la llamada " cabeza cónica" , en la cual la parte superior, de la cabeza es puntiaguda.

Progeria.-

Representa envejecimiento prematuro, es una forma de infantilismo, característica --- en estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris de aspecto facial, actitudes y maneras de anciano.

Condrolasia.-

Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de-

enanismo. En estas condiciones el cartilago - no se desarrolla normalmente.

Paladar fisurado.-

Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

Las causas locales generales pueden ser el factor etiológico de dientes en malposición o no erupcionados.

Los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia.

- 1.- Terceros molares superiores,
- 2.- Terceros molares inferiores.
- 3.- Caninos superiores.
- 4.- Premolares inferiores.
- 5.- Caninos inferiores.
- 6.- Premolares superiores.
- 7.- Incisivos centrales superiores.
- 8.- Incisivos laterales superiores.

Complicaciones derivadas de los dientes retenidos.-

Los dientes retenidos, no erupcionados o

en mal posición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción -- patológica de los dientes adyacentes y estructuras óseas bloqueadas, como se ve en los diferentes quistes y tumores, dolor, fracturas, y otras complicaciones.

Infecciones.-

Se hará la extracción en casos de pericoronitis infecciosa, abscesos alveolares crónicos o agudos, osteitis supurativa crónica -- necrosis, osteomielitis.

Dolor.-

El dolor puede ser reflejo no solamente en las zonas de distribución de los nervios -- interesados sino también en los plexos nerviosos asociados y regiones más alejadas, a menudo el dolor se refleja en el oído.

Fracturas.-

La frecuencia con que se producen las -- fracturas del maxilar inferior al nivel de --- zonas ocupadas por dientes retenidos, demuestran que estos son un nivel de debilitamiento

a causa del desplazamiento de hueso.

Otras complicaciones.-

Los dientes retenidos son cuerpos de mal posición, y como tales son fuentes de otras complicaciones como:

1.- Sonido tinitante, susurrante, zumbante, deloído (tinnitusaarium).

2.- Otitis.

3.- Afecciones de los ojos, tales como:

a).- Disminución de la visión.

b).- Ceguera

c).- Iritis

d).- Dolor que simula el del glaucoma.

Clasificación de terceros molares inferiores retenidos.-

A).- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar.

Class 1.- Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la

corona del tercer molar.

Clase II.- el espacio entre la corona y el extremo distal del segundo molar es menor -- que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- todo o casi todo el tercer molar esta localizado en la rama ascendente.

B).- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A.- la porción más alta del diente esta anivel de la linea oclusal o por sobre ella.

Posición B.- la porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero -- por encima de la linea cervical del segundo molar.

Posición C).- la porción más alta del diente está por debajo de la linea del segundo molar.

C).- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con

el eje longitudinal del segundo molar.

- 1.- Vertical
 - 2.- Horizontal
 - 3.- Invertido
 - 4.- Mesioangular
 - 5.- Distoangular
 - 6.- Vestibuloangular
 - 7.- Linguoangular
- Pueden presentar se en:
- a).- Desviación vestibular
 - b).- Desviación lingual
 - c).- Torsión

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES Y FUNCIONES RETENIDAS.

La extracción de terceros molares inferiores retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso más duro del esqueleto.

La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso; está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, locus --

hace necesario el uso continuo de aparato de aspiración.

Hay que mantener estricta asepsia. La operación debe ser planeada con cuidado por adelantado, con planes de procedimientos diferentes, para decidir si en el curso de la operación deben cambiarse los primitivos.

Factores que complicaran la técnica operatoria.

- 1.- Curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Píerocementosis.
- 3.- Proximidad al conducto dentario.
- 4.- Gran densidad ósea, especialmente en ancianos.
- 5.- Espacio folicular lleno de hueso, lo que se observa con mayor frecuencia en los pacientes de más de 25 años.
- 6.- A veces las coronas de los dientes retenidos en los pacientes ancianos, son parcialmente retenidos por actividad osteoclástica y la superficie erosionada se llena des-

pues con hueso por la actividad osteoblástica.

El resultado es una anquilosis entre diente y hueso que necesita remoción completa de todo el hueso alrededor de la corona, antes que el diente pueda ser luxado o dividido en secciones por la fresa.

El escoplo no es muy efectivo para separar estos dientes anquilosados.

7.- Acceso difícil al campo operatorio causado por:

a).- Músculo orbicular de los labios pequeño.

b).- Incapacidad para abrir bien la boca

c).- Lengua grande e incontrolable.

RAICES RETENIDAS

Son aquellas que han estado presentes en maxilares por algún tiempo y se consideran infectadas, radiográficamente aparecen circunscritas por una línea periodontal.

A lo que se refiere es una regeneración por curación en la que se delimitara su eliminación o no.

La eliminación de estos es en caso de -- construcción de dentaduras o por presencia de tipos específicos de enfermedades generales -- que han provocado una infección focal.

En la diferenciación entre raíces retenidas y la osteoclorosis ya que la osteoclorosis no tiene que extirparse si se ha localizado por medio de estudios adecuados.

Si se presenta en un alveolo o 2 conductos nutritivos es difícil definirlo.

La raíz puede no estar dentro del hueso -- aunque esta superpuesta a hueso radiográficamente.

En radiografía oclusal se ven con posición que se verificara quirúrgicamente entre el hueso y perioste generalmente por incisión sobre cresta del borde con incisión vertical anterior.

Se hace fenestración en corteza bucal (cuadrada con dimensiones iguales en anchura y longitud del cincel), una serie de orificios con fresa, ya extraído se explora la esponja con cureta, si la raíz es mayor se ampliará en dirección apropiada y se cierra con puntos de sutura.

C A P I T U L O 4

HEMORRAGIA

La hemorragia a nivel bucal es común como hemorragia gingival anormal y se define -- como inflamación crónica, esta puede ser ---- provocada por traumatismos mecánicos como cepillado dentario, palillos, y retención de alimentos, morder alimentos, sólidos o raschamiento de dientes.

En su forma histológica la presencia de vasos sanguíneos de la **enfería** se encuentran en el tejido conectivo capilar, en su superficie externa están protegidos de las agresiones -- por un espesor considerable de epitelio escamoso estratificado, parakeratinizado en el tipo alveolar. Hay un pliegue de epitelio cerca del espacio del surco, separando a su vez un epitelio e irregular.

La dilatación y la hiperplasia de los capilares aumenta la susceptibilidad a lesiones y hemorragia; los agentes lesivos generan inflamación y aumento de la permeabilidad del epitelio con debilitamiento del cemento inter

celular y ensachamiento de espacios intercalulares.

Después que ha cesado la causa estimulante hay un mecanismo de hemostasia que comprende la contracción de las paredes de los vasos con disminución del flujo sanguíneo, adherencia de plaquetas sobre los bordes de los tejidos y - por último la formación de un coágulo fibroso que se contrae y aproxima los bordes de las áreas lesionadas.

Se describirá que las enfermedades hemorrágicas tienen ciertas características en común como son: hemorragia anormal de la piel órganos internos y otros tejidos, así como en mucosa bucal, pudiendo presentarse en algunos pacientes cuando hay una falla en el área del mecanismo hemostático.

Las alteraciones hemorrágicas hay presencia de alteraciones vasculares (deficiencia de vitamina C o alergias como púrpura de Henoch-Schonlein), alteraciones de las plaquetas -

(púrpura trombocitopénica idiopática o púrpura trombocitopénica secundaria a lesión difusa de la médula ósea, hipoprotrombinemia (deficiencia de vitamina K como consecuencia de enfermedad hepática o esteatorrea), defectos de coagulación (hemofilia, leucemia, enfermedad de Cristmas) deficiencia del factor tromboplásmico (PF₃) secundaria a uromia y viruela púrpura.

La hemorragia también se puede presentar como consecuencia de administración excesiva de drogas como salicilatos, anticoagulantes como Diumanol y Heparina.

HEMOSTASIA

En la hemostasia hay cambios en el metabolismo de la lesión aguda, dándose varios factores considerables como:

- A).- Pérdida de masa celular corporal
- B).- Conservación de líquido extracelular
- C).- Cambios de fuentes energéticas.
- D).- Alteración de la regulación de la neutralidad.

Pérdida de masa corporal.

La transacción básica entre las células corporales y el líquido extracelular después de una lesión es la lisis del protoplasma celular y la conservación de volumen líquido extracelular.

Los productos de esta lisis celular se liberan hacia el líquido extracelular algunos componentes son convertidos en glucosa y se quemán por el mecanismo de oxidación de los elementos de hidratos de carbono gran parte

de nitrógeno se ha eliminado por la orina como urea.

El tejido más afectado es el número en el músculo esquelético y lo demuestra por el aumento de creatina y creatinina en sangre y orina y la rápida disminución de la masa de músculos palpables.

La inmovilización pasajera y el ayuno vienen a aumentar el trastorno sufrido por la masa esquelética.

Esta liberación de productos del proteólisis celular hacia el trastorno en el líquido extracelular explica varios acontecimientos: el balance nitrogenado negativo, aparición de glucosa nueva procedente de fuentes que no sean hidratos de carbono, la relativa incapacidad del cuerpo para sintetizar nueva proteína muscular inmediatamente después de la lesión y la pérdida de electrolitos intracelulares (potasio, fosfato, y sulfato) que van a parar al líquido extracelular de ahí a la ori-

na siguiendo los riñones así como la aparición en la orina de cantidades elevadas de xantinas de las que hay en el músculo (creatinina-creatina, ácido úrico.)

Conservación del líquido extracelular.-

Al haber una disminución de la masa corporal por lisis de protoplasma, el organismo destina diversos mecanismos activos a la conservación del líquido extracelular y por lo tanto del volumen plasmático sanguíneo.

La tendencia a conservar el líquido extracelular después del traumatismo se manifiesta por una disminución de la intensidad de eliminación de sodio en valores absolutos, una disminución en la concentración de sodio en la orina, incapacidad de eliminar bicarbonato de sodio, tendencia a la orina ácida y disminución del contenido sódico de la saliva y del sudor.

Los mecanismos de conservación de volu --
men consisten fundamentalmente la reducción
de la pérdida de sodio con la orina, saliva -- y
sudor y la reducción de la pérdida del agua -
de todos estos líquidos corporales, incluyendo
los jugos gastrointestinales.

Un componente intersticial del líquido
extracelular es el que conserva el volumen
plasmático después de una hemorragia por lle-
nado transcáptilar, el total extracelular de so-
dio y la hidratación correspondiente pueden --
considerarse medios de reserva de volumen del
cuerpo a las cuales puede recurrir este por --
sustituir la pérdida por hemorragia.

Después de haber sufrido un traumatismo.
la cantidad necesaria es importante para con-
servar intacto el volumen extracelular y el -
volumen de sangre circulante con función re--
nal normal.

116

Cambios de fuente energética.-

Después de la pérdida del protoplasma y
116

la conservación de líquido extracelular, una consecuencia inevitable es la desnutrición aguda. En esta hay desplazamiento de la fuente de energía desde una dieta exógena, una oxidación de la grasa endógena.

Hay presencia de hipoproteína que es una baja concentración de proteínas en la sangre.

La grasa es la que cubre la mayor parte de las necesidades energéticas del paciente - durante un periodo de ingreso mínimo o nulo de alimento.

Esta se moviliza desde los depósitos por su hidrólisis que libera ácidos grasos libres y glicerol.

Estos circulan hacia los tejidos, algunos de los cuales pueden quemar los ácidos grasos directamente y en otros son fragmentados de 2 carbonos en el hígado antes de ser utilizados por otros tejidos.

En este intervienen factores como aumento en la producción de adrenalina y noradrenalina por la médula suprarrenal y sinapsis nerviosa,

hay un estado pasajero de pseudodibates.

Regulación de neutralidad.-

Es un cambio que favorece el desarrollo de alcalosis extracelular.

Hay alteraciones generales de la frecuencia de alcalosis en el paciente como son: disminución persistente de la capacidad para eliminar bicarbonato de sodio, la resultante es una orina continuamente ácida a pesar de la alcalosis plasmática.

La alcalosis postraumática tiene todas -- las características del hiperaldosteronismo -- pasajero con retención de iones de potasio e -- hidrogeno.

La supresión de ácido gástrico por aspiración nasogástrica aumenta la tendencia a la -- alcalosis.

HEMORRAGIA DE TEJIDOS BLANCOS.

Los vasos mayores que irrigan al mucoperiostio son pequeños, que se encuentran dentro de la submucosa entre la lámina propia y el periostio, al haber laceración hay mayor sangrado y equimosis consecutiva.

Cuando se han seccionado algunos vasos o capilares pueden ser cicatrizados y con aplicación de aditamentos de presión como, modalina ablandada o cemento de óxido de zinc dentro de la prótesis.

Donde se encuentra mayor vascularización son lengua, carrillos, piso de boca, paladar blando.

HEMORRAGIA ÓSEA.-

Si la hemorragia capilar en las cavidades óseas se controla con taponas a presión. En una hemorragia ósea se puede colocar un tapón de agentes hemostáticos (calulosa oxidada-

o esponja de gelatina saturada en adrenalina o trombina) antes de aplicar la presión con el tapón.

La cera estéril para hueso fabricada con cera de abeja es absorbible.

El sangrado no visible es subcutáneo y generalmente ocasiona por no ligar un vaso de gran calibre. Es necesario abrir la herida y ligar el vaso sangrante.

La hemorragia prolongada con pérdida apreciable de volumen de sangre requiere medidas contra el choque.

La vitamina K como agente hemostático es de mayor indicación en medicación peroperatoria y se administra a pacientes que tienen tratamiento anticoagulante (heparina y dicumarol).

También se administra a los que tienen un metabolismo defectuoso con absorción baja de vitamina K pero no es eficaz medicación posoperatoria para controlar la hemorragia.

HEMOSTÁTICOS Y VASOCONSTRICTORES

Los hemostáticos son drogas que detienen la hemorragia que mana de capilares y arteriolas laceradas al producir la coagulación rápida de la sangre alrededor de los vasos.

No hay efecto en casos de hemorragia interna ya que tiene que recurrir a la sutura o compresión.

El polvo de subsulfato férrico es útil para detener el sangrado gingival, se efectúa por medio de una torunda de algodón en polvo y se aplica sobre zona sangrante, se deja por espacio de 20 minutos.

La trombina droga capaz de acelerar el proceso de coagulación de la sangre, esta ya sea aplicaciones tópicas líquidas o polvo.

La celulosa oxidada (Novacell, Oxical) y esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) son hemostáticos útiles en heridas profundas y

no superficiales.

Tambien con adrenalina en control de hemorragia en raspaje o curetaje (1.25000) retracción gingival (1.10000) hay aumento de presión arterial y frecuencia cardiaca, hay que manejarlos con cuidado ya que puede dar manifestaciones alérgicas.

Apósito con eugenol.

Apósito sin eugenol.

Apósito cianoacrilato

Apósito con cera y barniz periodntal.

SIGNOS GENERALES DE LA HEMORRAGIA

La hemorragia de cierta intensidad se detendrá a menudo con compresión del vaso durante varios minutos aunque en muchos casos el defecto de la pared de la vena debe exponerse y cerrarse con material fino de sutura.

La hemorragia arterial general, debe controlarse por sutura directa o ligadura del vaso, si es inminente se toman precauciones para evitar que se pierda el control fisiológico y ocurra paro cardíaco.

En primer lugar, se establece compresión firme del sitio de hemorragia para detener o reducir el contenido de pérdida de sangre, en segundo lugar y tener el contenido suficiente de sangre compatible que se administrara cuando sea necesario.

Tener máximo de exposición e iluminación para detener y poder tener acceso en el control del vaso, en sus cabos proximal y dis

tal en el sitio de la hemorragia.

Cuarta , liberación de la compresión --- para permitir que se esponga y se vea el defecto de la pared vascular que se cierra con puntos finos de seda.

Las anomalías cardiocirculatorias frecuentes en la intervención quirúrgica son: paro circulatorio o paro cardíaco, arritmias severas, insuficiencias cardíacas, infarto al miocardio y choque.

Paro circulatorio.-

Entendemos por paro circulatorio la detención del flujo sanguíneo intravascular consecutivo a:

1.- Abolición de la contracción del miocardio, paro circulatorio verdadero en el que el bloque al estímulo normal del corazón hace que los ventrículos no se contraigan.

2.- Fibrilación ventricular, caso en el que las fibras miocárdicas, contrayéndose en forma aislada, son incapaces de vaciar las cavidades

ventriculares cesando por consiguiente el flujo sanguíneo.

3.- Bloqueo auriculo-ventricular con ritmo idioventricular lento, en el que el estímulo sensorial se hace normalmente, pero es detenido a nivel del nodo de tal manera, que los ventriculos, aun contrayendose y vaciando totalmente su cavidad, lo hacen tapón de tarde que la sangre disponible para el cerebro es insuficiente lo que provoca pérdida de la conciencia y convulsiones.

Si es un paro total se usaran drogas estimulantes de la contracción cardiaca (calcio, adrenalina), si fracasan del estímulo eléctrico apropiado marcapeso externo o interno.

En caso de fibrilación ventricular debe usarse desfibrilador de corrientes directa, -- con dispositivo paradescargar sobre la superficie del tórax o sobre el corazón directamente.

Bloqueo auriculo-ventricular.- con ritmo
125

lento se dan drogas estimulantes del automatismo ventricular (isuprel-lactato de sodio, adrenalina, epinefrina , corticoesteroides).

Arritmias severas.- Las más importantes son: taquicardias paroxística auricular, taquicardia paroxística ventricular y fibriloflutter auricular con ritmo rápido.

Insuficiencia cardiaca.- Complicación del transoperatorio y se origine por un manejo anestésico inadecuado (hipoxia) o bien por sobrecarga secundaria, respecto al absceso de infusiones endovenosas (sangre, sueros etc).

Infarto al miocardio.- Es raro en transoperatorio, si el paciente se encuentra bajo anestesia general, por medio electrocardiográfico se manifiesta insuficiencia cardiaca si aparece.

Arritmias.

Choque.- aparición de estado patológico-- durante la intervención quirúrgico debido a:

Pérdida de volumen sanguíneo.

Insuficiencia suprarrenal aguda

Manejo anestésico inadecuado

Incompatibilidad sanguínea

Alergia a drogas

Trauma quirúrgico

El estado de choque incluye procesos clínicos asociados con trastornos hemodinámicos, de microcirculación que desencadena hemorragia

Choque.- fenómeno que ha fallado en los mecanismos de transportación de oxígeno.

Pérdida de sangre completa pérdida del plasma, colapso vasogénico, insuficiencia cardíaca, complicaciones del choque, alimento en el estómago., terapéutica preoperatoria, hemorragias agudas y crónicas, complicaciones de los traumas, fiebre, compresión traqueal.

Sintomatología del choque depende de 3 factores.

1.- El daño celular producido por el estado de choque, daño que es difuso y está caracterizado por hipoxia y catabolismo de los

diferentes tejidos.

Una consecuencia principal es la "acidosis metabólica", láctica, que puede llegar a ser severa en las fases iniciales se ha reportado hiperventilación con alcalosis respiratoria (con hipoxia), mientras que en etapas avanzada cuando ya hay profunda depresión del centro -- respiratorio, es la acidosis respiratoria.

La disnea de estos enfermos sería de origen "químico" por trastornos del centro respiratorio, este daño hipóxico celular explicaría --- también los trastornos del sistema reticular (letargia, estupor etc).

2.- Del trastorno hemodinámico cardíaco -- circulatorio, esta explica , la hipotensión -- arterial, el pulso filiforme (gasto y volu--- men bajos) el colapso venoso (hipovolemia y déficit de retorno y la tensión venosa baja-- (excepto en casos con insuficiencia cardíaca-- concomitante), la hemodilución o hemoconcentración (hipovolemia) el aumento del tiempo-

de circulación sanguínea (lentitud circulatoria) la cianosis leve y difusa producida por estancamiento y en general, la profunda astenia del sujeto y consecuencia al inadecuado gastocardiaco, la oliguria y la uremia serian consecutivas al trastorno hemodinamico renal.

3.º Del trastorno en los mecanismos de homeostasis puestos en juego por el organismo como respuesta a la deficiencia circulatoria veremos que esta reacción de contra choque incluye mecanismos neurógenos, que por taquicardia y vasoconstricción tienden a mejorar el estado circulatorio, a la vez que actúan mecanismos hormonales y humorales destacan los datos de acentuada hiperactividad del sistema nervioso autónomo, tales como taquicardia-- palidez, sudoración fría, angustia, nerviosismo, temblor, palpitación etc.

MECANISMOS HEMOSTATICOS GENERALES

Disponemos de medios eficaces para combatir la hemorragia, utilizando las sustancias como el cloruro de ~~calcio~~ por via bucal hipodérmica o intravenosa, la ergotamina, con ciertas restricciones pues este medicamento no debe ser administrado a mujeres con la --- menstruación y sobre todo a las mujeres embarazadas, ya que puede determinar un parto precoz o un aborto, a causa de poder actuar sobre la fibra muscular lisa y por lo tanto provocar contracciones uterinas.

Con ciertas características restrictivas la ergotamina es un excelente medicamento que se aplica en dosis de 2cc como -- máximo por via subcutánea.

Se exhorta a renunciar de manera absoluta al suero gelatinado que antes se usaba mucho en inyecciones, por que a veces en el lugar--

se provocaba tetanos que puede ser mortal.

Estos son los principales métodos preventivos y curativos de la hemorragia local y general que podemos emplear en Cirugía Maxilo -facial.

CONCLUSIONES

A pesar de las más minuciosas evaluaciones que se llevan a cabo en el preoperatorio, a pesar de las medidas preventivas y de un acto quirúrgico cuidadoso, siempre se van a presentar problemas hemorrágicos.

El clínico es responsable ante su paciente por la solución satisfactoria y el tratamiento correcto de las complicaciones que pueda acarrear el procedimiento que ha iniciado. Por lo tanto debe seleccionar por medio de la prevención a los pacientes cuyos antecedentes hay episodios hemorrágicos.

1.- Prevención surgida de la evaluación correcta del paciente.

2.- Prevención basada en la interpretación inteligente de los hallazgos clínicos y de laboratorio.

3.- Prevención fundada en un proceder médico apropiado, en colaboración con otros profesionales.

4.- Aplicación de técnicas acertadas pero sencillas en el postoperatorio inmediato.

Indudablemente también tiene la responsabilidad de reconocer a través de una historia adecuada y mediante el empleo de técnicas de selección basadas en el laboratorio, no solo al paciente con tendencias hemorrágicas que causan problemas leves y molestos, sino también a los que presentan graves avitaminosis y enfermedades hemorrágicas, así como discrasias sanguíneas adquiridas o hereditarias que pueden hacer peligrar su vida.

Para llevar a cabo con éxito la Cirugía el clínico además de hacer la selección de sus pacientes, debe tener un conocimiento completo de la localización de nervios y vasos sanguíneos importantes y manipular los tejidos con gran destreza, si como también co-

nocer a fondo la tecnica que ha decidido utilizar y tener a su alcance todo lo necesario para efectuarla.

Solamente así se podrá llegar al final--
con resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- INTRODUCCION A LA TECNICA QUIRURGICA
DR. ALFONSO SANCHEZ SILVA
2a.EDICION 1981
- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
KRUGER GUSTAVO
TRADUCIDO POR GEORGINA GUERRERO
4a. EDICION MEXICO (INTERAMERICANA)
- 3.- ATLAS DE PATOLOGIA BUCAL
ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL
PINDGORG JENS JOEGEN 1921
2a. EDICION BARCELONA SALVAT 1974
- 4.- PERIODONTOLOGIA CLINICA
GLICKMAN IRVING
4a. EDICION 1974 (INTERAMERICANA)
- 5.- TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA
DAVIS-CHRISTOPHER SABINTON
10a.EDICION TOMO 1 INTERAMERICANA

- 6.- PROSTODONCIA TOTAL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
2a. EDICION 1980 NUCLEO 1
- 7.- CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA
CLINICA Y TERAPÉUTICA
RIES CENTENO GUILLERMO
7a. EDICION BUENOS AIRES MEXICO
EDITORIAL " EL ATENEO" 1978
- 8.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
SHAFER WILLIAM G.
3a. EDICION 1977 INTERAMERICANA
TRADUCIDO POR LA DRA. MARINA G. GRANDI.
- 9.- CIRUGIA BUCAL PREPROTETICA
STARSHAK THOMAS J.
- 10.- CIRUGIA ORAL EN EL CONSULTORIO
ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA 1961
- 11.- PATOLOGIA BUCAL
BHASKAR S.N.
2a. EDICION
- 12.- TRATADO DE CIRUGIA ODONTOLÓGICA
GURALMICK WALTER C.