

548

MANEJO DE CIRUGIA ORAL EN ODONTOLOGIA GENERAL

MONOGRAFIA DE GRADO PRESENTADO A:

Dr. JORGE ARANGO MEJIA

Dr. FREDY OSORIO

SANTA FE DE BOGOTA, D.C.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

1996



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

F 3425

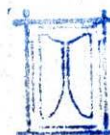
MANEJO DE CIRUGIA ORAL EN ODONTOLOGIA GENERAL

FABIAN LIZARAZO C.	912046
VIVIAN RODRIGUEZ S.	912012
DIDIER VERA C.	912041
MARIA C. GUTIERREZ M.	912091
NELSON GOMEZ G.	912104

TUTOR: Dr. CAMILO RIAÑO

SANTA FE DE BOGOTA, D.C.
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

1996



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO: HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION GENERAL	2
1.1. HISTORIA Y EXAMEN GENERAL	2
1.2. ANAMNESIS	3
1.3. EXPLORACION CLINICA	5
1.4. DIENTES	11
1.5. MUCOSA BUCAL	13
1.6. EXPLORACION GENERAL	14
II PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	16
2. DIENTES IMPACTADOS O RETENIDOS	17
2.1 TERCER MOLAR RETENIDO	17
2.2 ETIOPATOGENIA	19
2.3 TECNICA QUIRURGICA	19
3. PROCESOS INFECCIOSOS	23
3.1 MUCOSITIS	23
3.2 ADENITIS	24
3.3 CELULITIS	25
3.4 OSTEITIS	25
4. CIRUGIA PREPROTESICA	27
4.1 ALVEOLOPLASTIA	33
4.2 HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DEL PALADAR	41
5 CIRUGIA PERIODONTAL	47
5.1 COLGAJO MODIFICADO DE WIDMAN (CURETAJE QUIRÚRGICO A CAMPO	47

	ABIERTO)	
5.2	GINGIVECTOMIA - GINGIVOPLASTIA	50
6.	BIOPSIA	55
6.1	TECNICA	55
7.	PROCEDIMIENTO POSTOPERATORIO Y SUS COMPLICACIONES	57
7.1	EL POSTOPERATORIO: CONCEPTO Y FASES	57
7.2	MEDIDAS POSTOPERATORIAS GENERALES	57
7.3	ALIMENTACION DEL ENFERMO OPERADO	59
7.4	EL CUIDADO DE LA HERIDA QUIRURGICA	60
7.5	COMPLICACIONES LOCALES POSTOPERATORIAS	61
7.6	COMPLICACIONES GENERALES EN EL POSTOPERATORIO	67
7.7	LAS GRANDES COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRÚRGICO	67
	CONCLUSIONES	82
	BIBLIOGRAFIA	83

DEDICATORIA

A Dios, porque nos dio salud y valor para cumplir esta grandiosa meta.

A nuestros padres por su apoyo irrestricto y dedicación supieron llevarnos a este triunfo.

JUSTIFICACION

Como grupo de monografía X semestre, nos inquietó la manera inadecuada como en algunas ocasiones el profesional de odontología hace uso incompetente de los criterios científicos y clínicos, ya sea interviniendo en el campo de la odontología especializada o al reprimir su capacidad profesional en casos donde está plenamente facultado para realizar el tratamiento.

Es por eso que estamos seguros, que es necesario despertar la inquietud al odontólogo general, porque vivimos en una sociedad con necesidades culturales y económicas, con una gran demanda en servicios de salud, donde es difícil pero necesario suplir los problemas orales tanto por el especialista como el odontólogo general.

OBJETIVO GENERAL

Enfatizar la importancia de nuestro tema a los odontólogos generales y poner en practica la capacitación que hemos adquirido durante 10 semestres de carrera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I. Evaluar los casos clínicos de forma individual para así mismo poder establecer el procedimiento específico para cada uno de ellos.
- II. Concientizar al odontólogo general de las técnicas quirúrgicas que puede realizar en su consulta diaria.
- III. Ser consciente de la responsabilidad que debemos tener como odontólogos generales para decidir si el caso nos compete o no.
- IV. Respetar el campo profesional del especialista.

INTRODUCCION

La conciencia que hemos adquirido durante la capacitación profesional como odontólogos, debe estar presente en cada uno de nosotros durante la atención al paciente.

Como consideraciones primordiales referentes al tema tenemos:

- El conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema estomatognático.
- Las etiologías y evolución de patologías y anomalías que comprometen el sistema oral.
- El correcto diagnóstico y procedimientos a realizar en el caso específico.
- La responsabilidad que debemos asumir en la decisión de tratamientos o posible remisión, dependiendo de la destreza de tratamientos o posible y conocimiento científico por parte del profesional.

1. PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO: HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION GENERAL

1.1. HISTORIA Y EXAMEN GENERAL

Para emprender con éxito la tarea de obtener un diagnóstico correcto, se hace ineludible realizar un interrogatorio del paciente, así como una exploración física del mismo, siguiendo una serie de pasos prefijados que deben ser recorridos en su totalidad.

Se ha de ser lo suficientemente competente como para poder comprender y valorar la importancia de los hallazgos obtenidos en el interrogatorio y la exploración del paciente.

La metodología a seguir es la siguiente:

1.2. ANAMNESIS

- Datos de filiación
- Motivo principal de la consulta
- Antecedentes personales
- Historia de la enfermedad actual
- Anamnesis sistemática o por aparatos.

Datos de filiación

Nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, profesión, estado civil y residencia actual.

Motivo principal de consulta

Suelen plantearse al paciente tres preguntas :

- a) **¿Qué refiere?** Los trastornos objetivos rápidamente captados por el medico. Los subjetivos son referidos y explicados por el paciente según su cultura, sensibilidad, léxico, etc.

b) **¿Desde cuándo?** Duración del proceso referido por el paciente.

Antecedentes familiares.

Enfermedades y causa de fallecimiento de abuelos, padres, hermanos, esposa e hijos, haciendo especial hincapié en la existencia de enfermedades hereditarias, transmisibles, hábitos y consanguinidad.

Antecedentes personales.

a) Fisiológicos

b) Patológicos

Antecedentes de la enfermedad actual.

En ella se determina la “edad de la enfermedad”. La historia clínica no debe ser en ningún sentido un listado impersonal de síntomas.

Anamnesis por aparatos

En nuestra especialidad y en relación por tanto con la patología del aparato estomatognático, nos preocupa conocer la existencia y magnitud de unos síntomas y signos elementales:

1. Estomatorragias
2. Sialorrea
3. Xerostomía
4. Halitosis
5. Dolor y alteraciones sensitivas
6. Tumefacción
7. Trismo
8. Bruxismo

1.3. EXPLORACION CLINICA.

El territorio orgánico sobre el que se desarrolla de forma específica nuestra acción exploradora constituye el conocido como aparato estomatognático, entendiendo por tal el conjunto de componentes anatómicos que forman una parte integrada en otra unidad biológica fundamental (individuo) de

la que no puede ser desligado y que actúan de consuno para realizar una serie de funciones:

- a) Huesos: del cráneo y cara, hioides, clavícula, esternón.
- b) Músculos: de la masticación, de la deglución y músculos de la expresión facial.
- c) Articulaciones: alveolodentarias y temporomandibulares.
- d) Ligamentos: periodontales y temporomandibulares.
- e) Dientes.
- f) Lengua, labios y mejillas.
- g) Vasos y nervios relacionados con las estructuras precitadas.
- h) Glándulas salivales

Examen facial extrabucal:

Inspección: debe inspeccionarse al paciente en tres posiciones: de frente, de perfil y con una perspectiva cefalocaudal.

Hay que apreciar:

1. Contorno, simetría y armonía del rostro.
2. Piel-coloración: melanodermia, cloasmas, vitiligo, palidez, chapetas malares, eritema en vespertino, rubicundez.

Pilosidad: alopecia, hipertrichosis

3. Relieves-fisiológicos: glabella, pirámide nasal, eminencias malares, mentón. Patológicos: tumefacciones, exostosis, etc.

4. Ojos-párpados: edema, xantelasma, signo de Bell, ectropión, chalazion, cicatrices, etc.

5. Mímica facial: se invita al paciente a fruncir la frente, cerrar los párpados, apretar los labios.

Palpación: pueden emplearse uno o más dedos y hacerse con una o con las dos manos.

- a) Cuando existe una lesión, es preciso determinar mediante palpación:

- Consciencia

- Movilidad
- Homogeneidad
- Sonido (crepitación)
- Dolor provocado

b) Se deben palpar siempre:

- Músculos
- Vasos

c) Mediante determinados elementos: algodón, aguja o similares, se debe explorar la sensibilidad de los diversos territorios cutáneo-mucosos-faciales, correspondientes a:

- Nervio supraorbito
- Nervio infraorbitario
- Nervio mentoniano

Examen de la dinámica mandibular

1. Movilidad mandibular

2. Ruidos articulares

a) Chasquido o clicking: indica una alteración menisco-condilar durante la función articular y una incoordinación entre los dos haces del músculo pterigoideo externo.

b) Crepitación: indica una alteración estructural, siendo debida a un frotamiento entre las superficies articulares lesionadas.

Palpación muscular y articular.

Debe ser bilateral y sistematizada:

a) ATM:

1. Palpación externa (a través de los tegumentos de la región preauricular).

2. Palpación endoaural (introduciendo su quinto dedo en el conducto auditivo externo y palpando a través de la pared

anterior de éste), buscando:

- recorrido condíleo simétrico
- recorrido condíleo asimétrico
- ruidos articulares
- dolor

b)Músculos

- 1.Pterigoideo externo
- 2.Pterigoideo interno
- 3.Masetero
- 4.Temporal
- 5.Esternocleidomastoideo
- 6.Ventre posterior del digástrico
- 7.Músculos de la región posterior del cuello y de la nuca.

Para completar la exploración es necesario explorar sobre el paciente y mediante modelos de estudio transferidos a un articulador -semiajustable o totalmente ajustable- los siguientes datos:

- a) Posiciones de relación céntrica y de máxima intercuspidación.
- b) Posición de reposo o postural de la mandíbula
- c) Espacio libre interoclusal
- d) Prematuridades
- e) Facetas de desgaste

Examen intrabucal.

En el examen intrabucal hay que mirar:

- Dientes
- Mucosa bucal

1.4. DIENTES.

1. Inspección:

- a) Numero de dientes
- b) Volumen dentario
- c) Forma
- d) Espacios
- e) Desplazamientos dentarios

f) Color: Las caries incipientes pueden mostrarse como manchas de color blanquecino o castaño, las restauraciones metálicas modifican el color del diente, los medicamentos, entre los que las tetraciclinas ocupan un lugar preponderante; la necrosis pulpar determina un oscurecimiento de los dientes, etc.

g) Alteraciones en la superficie dentaria:

- Abrasión
- Atricción
- Erosión

2.Exploración instrumental.

3.Percusión

4.Determinación de la movilidad dentaria

5.Pruebas de vitalidad pulpar: mediante frío (barra de hielo, aire frío, productos volátiles, etc.), calor (gutapercha caliente), vitalómetros eléctricos.

1.5. MUCOSA BUCAL

a) Mucosa de revestimiento: labial, yugal, surcos vestibular y lingualveolar, alveolar, cara ventral de la lengua, suelo bucal y paladar blando.

b) Mucosa masticatoria: encías y paladar duro.

c) Mucosa sensorial: dorso de la lengua.

La exploración de la mucosa bucal incluye los siguientes pasos:

1. Inspección: determinando las características normales de la mucosa o buscando lesiones a nivel de la misma.

2. Palpación de las lesiones cuando existan, buscando datos semiológicos análogos a los referidos al hablar de la exploración facial.

3. Olfación: aliento normal o halitosis.

4. Comprobación de la filancia de la saliva: al separar dos dedos, humedecidos con saliva, se forman entre ellos "hilos" de mucina.
5. Sondaje del surco crevicular. Sonda calibrada.

Exploración cervical.

Inspección

1. Aspecto del cuello: delgado o grueso
2. piel
3. Localización del tumor

Palpación

1. Exploración de las cadenas ganglionares

Auscultación

1.6. EXPLORACION GENERAL

Es necesario completar la exploración de nuestro paciente mediante un examen de toda su economía. Este análisis

fenomenológico se enfocará en función de la patología por la que consulta, no debiendo poner el mismo énfasis en todas las regiones orgánicas, por ejemplo, no es lo mismo cuando el paciente presenta un politraumatismo, que cuando consulta por un cuadro infeccioso.

II. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

2. DIENTES IMPACTADOS O RETENIDOS

2.1. TERCER MOLAR RETENIDO

2.1.1. Consideraciones anatómicas. Se entiende por región anatómica del tercer molar aquella parte del maxilar que está ocupada por el tercer molar junto con las partes blandas que lo recubren, revisten y circundan.

2.1.2. Región del tercer molar inferior. Por mesial, el segundo molar y el hueso que la separa del tercero. Por distal, se sitúa el denominado hueso distal, al que se adscribe la forma de una pirámide truncada. Es de gran importancia el análisis de este hueso ya que es la resistencia más importante que hay que vencer en la exodoncia del tercer molar.

En su porción superior podemos encontrar tejido blando y óseo vascularizado.

Por su cara externa la línea oblicua externa y por dentro la cortical interna o hueso lingual.

Por abajo se sitúa el conducto dentario, el cual establece relaciones de vecindad más o menos estrechas con las raíces del tercer molar.

2.1.3. Región del tercer molar superior. Por mesial la cara distal del segundo molar superior y con el hueso mesial que es una lámina ósea de espesor variable.

Por encima en relación con el seno maxilar.

Por detrás se sitúa el hueso distal que le separa de la encotadura interptergio-maxilar o Hamular.

Por dentro se sitúa la parte del hueso palatino, correspondiente a la unión de la porción vertical con su apófisis horizontal y por fuera el hueso bucal.

2.2. ETIOPATOGENIA

Cuando el tercer molar termina su formación alrededor de los veinte años intenta llegar a su posición definitiva, pero se encuentra con una pérdida de espacio debido generalmente a una discrepancia dentomaxilar, casi siempre de origen genético cuando no a consecuencia de un obstáculo mecánico que impide el enderezamiento del diente motivando su retención.

2.3. TECNICA QUIRURGICA

2.2.1. Anestesia. Se debe colocar anestesia troncular al nervio alveolodentario inferior y del lingual en una primera fase.

En una segunda fase, se procederá al bloque del nervio bucal.

En el maxilar superior la anestesia será infiltrativa a los nervios alveolares medios y posteriores y palatinos medios y posteriores.

2.3.2. Operación propiamente dicha.

2.3.2.1. Incisión. Para dientes con corona anatómica semiexpuesta, proponemos trazar una incisión rectilínea que comience de 1.5 a 2.0 cm por distal del tercer molar y siga el borde anterior de la rama ascendente hasta el ángulo distolingual del tercer molar. Luego se seguirá por el surco gingival, desde ese punto, recorrido distal y vestibular del segundo e incluso del primero.

En caso de que el tercer molar esté completamente impactado, se realizará la incisión anteriormente mencionada además debe llevar una relajante a nivel del espacio interproximal entre el segundo y primer molar.

Para los dientes superiores se debe practicar una incisión horizontal sobre el reborde que se extienda de 2 a 2.5 cm desde distal del segundo molar extendiéndose hacia la zona hamular.

2.3.2.2. Levantamiento del colgajo mucoperióstico.

Iniciamos deslizando el periostomo entre el mucoperiosteo alveolar y la cortical externa hacia atrás y hacia arriba, hasta quedar expuesta la cortical ósea, la corona clínica y el hueso distal.

2.3.2.3. Ostectomía - Odontectomía. Este procedimiento se realizará de acuerdo a la posición y el grado de inclusión del diente, si se encuentra parcialmente cubierto por mucosa se terminará de exponer e su totalidad la corona, eliminando el hueso que hace resistencia y que no permite la aplicación del instrumento quirúrgico. En aquellos casos en que el tercer molar está en una posición diferente a la vertical: (Meso, Disto, Vestíbulo o Linguoangulado, etc.) será necesario hacer una odontosección de la corona y raíz por medio de una fresa zekrya con suficiente refrigeración

Una vez conseguida la sección completa, se precede a la luxación dentaria mediante un elevador hacia el lugar que ha dejado libre la corona logrando eliminar la raíz o raíces restantes.

2.3.3. Tratamiento del lecho quirúrgico. Habrá que limpiar el lecho quirúrgico de restos del saco pericoronario o de tejido de granulación y después se cureteará adecuadamente con objeto de eliminar posibles esquirlas óseas y restos dentales que puedan quedar.

Se debe irrigar generosamente y aspirar, con la lima de hueso se repasarán los bordes del hueso fresado para que no traumatizan después a la mucosa.

2.3.4. Síntesis del mucoperiosteo. La sutura deberá practicarse con puntos simples de seda (3/0) comenzando por un punto guía en la cara distal del segundo molar pasándolo de vestibular a lingual palatino.

3. PROCESOS INFECCIOSOS

3.1. MUCOSITIS

Puede ser:

3.1.1. Circunscrita o pericoronaritis. Es la afección inflamatoria de los tejidos blandos que recubren la corona del molar en erupción.

Tratamiento: en caso de que no sea supurativa, pero si muy sintomática, recomendamos terapia analgésica junto con antiinflamatorios no esteroideos y enjuagues con Clorexidina.

En caso contrario debe suministrar antibiótico y hacer la cirugía del tercer molar.

3.1.2. Gingivoestomatitis. Suele ser una gingivitis

eritematosa en la que se observa una mucosa gingival enrojecida, edematosa y papilas interdetales sangrantes.

Tratamiento: recomendamos antibioticoterapia, la cirugía del diente causal y una higiene oral correcta con el uso de Clorexidina.

3.2. ADENITIS

Es la afección de los ganglios linfáticos cervicofaciales que puede ser:

3.2.1. Adenitis reactiva, congestiva o simple. Se caracteriza por aumento de volumen del ganglio, el cual se hace doloroso.

3.2.2. Adenitis crónica. En esta, el tiempo de evolución es más prolongado con un característico aumento de tamaño.

3.2.3. Adenitis abscesadas. Se caracteriza por aumento brusco del tamaño del ganglio, el cual se torna muy doloroso y se adhiere a los tejidos limítrofes presentando

abscesificación y posterior fistulización.

Tratamiento: recomendamos antibióticoterapia y analgésicos.

3.3. CELULITIS.

Es la infección del tejido celular perimandibular, motivada por la diseminación de la infección pericoronaria hacia cualquiera de los espacios celulares.

Tratamiento: drenaje por una vía interna o externa, antibióticoterapia, analgésicos antiinflamatorios y por último exodoncia del tercer molar.

3.4. OSTEITIS

Se expresa con fuerte dolor, trismos, movilidad dentaria, dolor a la percusión y malestar general.

Esto se presenta cuando la mucositis es tan fuerte que puede llegar a afectar el hueso respondiendo con inflamación.

Tratamiento: según su grado evolutivo será:

- Si hay colección purulenta, se hará drenaje, terapia antibiótica y analgésico.
- Antes de que la osteítis llegue a ser purulenta, recomendamos antibióticoterapia y analgésico.

4. CIRUGIA PREPROTESICA

En el quehacer diario del estomatólogo, la restauración protésica de estructuras dentarias ausentes representa una actividad frecuente y habitualmente desprovista de dificultades, a excepción de las inherentes a la técnica de confección de las prótesis (tema de impresiones, elección de los dientes artificiales correctos, etc.).

Sin embargo, en algunas ocasiones, deficiencias estructurales o anatómicas en las áreas bucales que van a servir de soporte a las prótesis, exigen la realización de técnicas quirúrgicas que corrijan o enmienden aquellas, con la finalidad de mejorar o hacer posible la retención el soporte o la estabilidad de las estructuras protésicas, así como su manejo confortable y estético.

El hueso alveolar tiene como función sostener los dientes naturales y cuando estos se encuentra ausentes, sirve de

apoyo a las estructuras artificiales substitutivas (prótesis completa y parcial removible). Este hueso crece por aposición, en función de la erupción dentaria y del crecimiento de las bases óseas maxilomandibulares, crecimiento que crea, entre ambas arcadas, el espacio suficiente para que tenga lugar la erupción suficiente y el desarrollo del proceso alveolar.

Cuando se extrae una estructura dentaria, la rotura de los vasos apicales y periodontales, ocasiona una hemorragia, la cual cesa en escasos minutos, al quedar la cavidad alveolar ocupada por un coágulo. Unos tres días después de la exodoncia, fibroblastos y células endoteliales procedentes de la pared alveolar invaden el coágulo, determinando una sustitución progresiva del mismo por tejido conectivo; al tiempo que el epitelio gingival comienza a cubrir el alvéolo deshabitado. Sobre el coágulo ya organizado, acontece posteriormente un proceso de osificación, que hace que alrededor de un mes después de la extracción, el alvéolo esté totalmente ocupado por hueso neoformado, aunque escasamente calcificado(lo que hace que en una placa radiográfica, el alvéolo sea aún perfectamente delimitable).

Durante los meses, e incluso los años siguientes, las cargas funcionales hacen que el hueso inmaduro sea gradualmente reemplazado por un hueso maduro, lamelar, con una disposición trabecular semejante a la del hueso circundante.

Cuando se extraen todos los dientes, el hueso alveolar, al perder su función primaria, ve reducido su volumen y modificada su arquitectura trabecular. La cantidad y velocidad de reabsorción del proceso alveolar depende de una serie de factores, tales como la edad del paciente, su estado de salud, la ausencia de función o exceso de carga sobre el reborde alveolar residual y finalmente, la yatrogenia infringida al paciente en las diversas maniobras de exodoncia.

En su proceso de reabsorción, el hueso alveolar puede adoptar, en su conjunto, formas adversas desde el punto de vista prostodóncico, así como exhibir una reabsorción de tal magnitud que prácticamente no existan surcos (vestibular ni linguoalveolar) en los que puedan alojarse los flancos protésicos, los cuales han de ser contruidos de dimensiones muy escasas, con la consiguiente limitación biomecánica de

la prótesis, a pesar de lo cual pueden ejercer una acción traumatizante sobre diversas estructuras. Estas son, en el maxilar superior, la espina nasal anterior y la apófisis piramidal y en el maxilar inferior, las apófosis geni, la línea oblicua interna y el nervio mentoriano.

Por otra parte, entre la prótesis y el hueso de soporte se interpone la mucosa oral, la cual también puede sufrir las consecuencias derivadas de una prótesis mal adaptada a su sustrato anatómico.

La reabsorción del hueso alveolar lleva pareja una reducción de la encía, reducción en la que no siempre se mantiene una paridad, pudiendo reabsorberse de forma más acusada el hueso que la mucosa, quedando en consecuencia un reborde alveolar blando y deformable, que no es apto para soportar una prótesis.

La reabsorción progresiva del hueso de soporte hace que la prótesis se desadapte, comprimiendo la mucosa oral subyacente y determinando con ello la aparición de ulceraciones, hiperplasias mucosas y, con el tiempo,

hiperplasias fibrosas irreversibles que deben ser corregidas mediante intervenciones quirúrgica.

El contorno de la prótesis se encuentra relacionada con inserciones musculares capaces, en ocasiones, de desestabilizar aquella, por lo que en su confección es necesario llevar a cabo un "recorte funcional" que la haga compatible con una buena fisiología muscular. En ocasiones, la reducción del contorno protésico necesario ha de ser tan importante que la prótesis resultante carece de retención y estabilidad. En estos casos, puede ser preciso intervenir quirúrgicamente sobre los músculos interfirientes desplazando sus inserciones y haciéndolas así compatibles con la función de una prótesis correctamente diseñada.

Con lo expuesto hasta aquí, hemos pretendido concientizar al lector sobre la existencia de problemas anatómicos en el seno del aparato estomatognático, capaces por si mismos de dificultar e incluso impedir la confección de una prótesis dental, ya que son susceptibles de ser corregidos mediante la aplicación de las oportunas técnicas quirúrgicas.

A continuación, pasaremos a exponer las técnicas compendiadas bajo el epígrafe de cirugía preprotésica, poniendo énfasis en aquellas más utilizadas y en las que poseemos una mayor experiencia. Algunas de las mismas, como podrá verse, se encuentran al alcance del dentista de practica general.

Los apartados que veremos son:

1. Alveoloplastia
2. Tori y exostosis (torus palatinus, exostosis palatina lateral, exostosis vestibular, torus mandibulare).
3. Reducción tuberositaria
4. Tuberoplastia
5. Frenillos labial y lingual
6. Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar
7. Epilis fissuratum
8. Vestibuloplastias y descenso del suelo bucal
9. Empleo de hidroxiapatita en cirugía preprotésica.

4.1. ALVEOLOPLASTIA

La alveoloplastia consiste en la eliminación de hueso, de tejido blando o de ambos, tras extracciones dentarias unitarias o múltiples, para modelar el proceso alveolar, con la finalidad de facilitar la confección de prótesis. El objetivo prioritario del cirujano en la alveoplastia no es por tanto resecar hueso sino dar al mismo una forma adecuada para convertirlo en soporte idóneo de prótesis.

El conservadurismo debe guiar la mano del cirujano, impidiéndole eliminar tejidos en exceso, pues esto daría lugar a un soporte insuficiente.

4.1.1. Objetivos.

1. El cirujano debe modelar el reborde alveolar sobre la base de condicionamiento biomecánicos, de modo que su forma permita distribuir las fuerzas masticatorias sobre la mayor superficie posible. En este estudio, debe huirse de las formas filosas, procurando que el reborde sea ancho y redondeado.

2. En pacientes jóvenes, es preciso reseca la menor cantidad de hueso posible, pues en los numerosos años que les esperan de utilización de prótesis, la reabsorción del hueso alveolar va a ser más acusada que en los ancianos, portadores de las mismas durante menos tiempo.
3. El hueso esponjoso se reabsorbe en mayor cantidad y con mayor rapidez que el hueso compacto, por lo que es lícito sacrificar hueso esponjoso, si ello lleva aparejado preservar hueso compacto. La prótesis debe ir apoyada sobre hueso cortical.
4. Con frecuencia es aconsejable diferir la alveoplastia, respecto a la exodoncia. Al cabo de tres a cuatro semanas, el alvéolo se ha llenado, al menos en parte, de hueso neoformado, lo que permite lograr un proceso alveolar de forma conveniente con un menor sacrificio tisular. Si la reabsorción ósea es muy marcada, como ocurre en los casos de enfermedad periodontal avanzada, puede resultar conveniente demorar la alveoplastia hasta las cuatro o incluso ocho semanas.

4.1.2. Técnicas.

1. Compresión alveolar: tras cada extracción dentaria se debe realizar una alveolotripsia, es decir, una compresión digital del hueso alveolar, intentando aproximar entre si las corticales vestibular y lingual, con la finalidad de reducir los espacios muertos óseos.

Tras esta reducción de la dilatación inflingida al alvéolo durante la exodoncia, se puede practicar una sutura gingival sobre el alvéolo para mantener los tejidos en una posición adecuada.

2. Alveoloplastia simple: cuando se extrae un diente aislado, el proceso alveolar en la zona de la exodoncia presenta una intumescencia debido a que en las zonas adyacentes, donde se practicaron extracciones previas, el hueso alveolar se ha reabsorbido ya. En estos casos, es preciso regularizar la totalidad del proceso alveolar antes de proceder a confeccionar una prótesis. Para ello, con un bisturí del número 15, se realiza una incisión gingival fusiforme que incluya los márgenes de la cavidad alveolar.

Se despegan entonces la mucosa junto con el periosteo, en sus vertientes vestibular y lingual y a continuación se elimina hueso con una gubia, alisándolo después con una lima para hueso y reponiendo la mucosa que es suturada con material no reabsorbible.

Schram aconseja eliminar la mitad del volumen de hueso que se desea reducir, pues el resto se reabsorberá posteriormente.

3. Alveoloplastia cortical vestibular: se utiliza para remodelar el reborde alveolar anterior de la arcada superior en aquellos casos en los que los incisivos superiores presentan una axialidad normal. Cuando es preciso realizar extracciones previas a la alveoloplastia, se recomienda extraer los caninos antes que los incisivos, pues en caso contrario, junto con aquellos, se puede eliminar la cortical ósea vestibular, a la que están muy adheridos.

La técnica es la siguiente: tras lograr una satisfactoria anestesia local, se infiltra la submucosa con una solución anestésica que lleve adrenalina en una disolución al

1:200.000. Se practica a continuación una incisión en la porción más acuminada del reborde alveolar, cuya longitud debe superar en aproximadamente 15 mm a cada lado los límites de la zona en la que quiere practicar la alveoloplastia.

Se despega entonces un colgajo mucoperióstico de espesor total, lo que nos permite acceder a la vertiente labial del proceso alveolar.

A continuación, con una gubia, se reseca de forma biselada la porción más prominente del hueso alveolar, tras lo cual el lecho óseo se alisa y regulariza con una lima.

Posteriormente, se reponen la mucosa y el periosteo y se practican suturas individuales, de dirección vestibulopalatina, asentadas sobre los tabiques óseos interalveolares.

4. Alveoloplastia de Dean: está indicada cuando los dientes del grupo anterior superior presentan un resalte u "overjet" moderado.

En ella, tras extraer los dientes y practicar las oportunas anestesia y hemostasia locales, se resecan las papilas gingivales, con una hoja del numero 15. A continuación y mediante fresas quirúrgicas o con pinzas-gubia del calibre adecuado, se resecan los tabique óseos interalveolares, intercomunicando así los alvéolos de todos los dientes extraídos.

Posteriormente, mediante fresas de fisuras, se realizan sendas osteotomías en la cortical vestibular, a lo largo del ángulo distovestibular del alvéolo de los caninos, dándoles a las mismas una forma de "V".

Se introducen entonces dos periostótomos en la neocavidad radicular creada y se desplaza toda la cortical vestibular en dirección labial, para fracturarla en su parte superior, pudiendo así movilizarla sin dificultad.

Acto seguido, se opone la cortical vestibular a la palatina mediante presión digital y se sutura la mucosa, con material no absorbible (2-0, 3-0) y puntos sueltos separados entre si una distancia aproximada de 1 cm.

5. Alveoloplastia de Obwegeser: está indicada en los casos de “overjet” con protrusión premaxilar extrema en los que la técnica de Dean daría lugar a un reborde alveolar demasiado filoso.

Para obviar este inconveniente, Obwegeser modifica la técnica anterior proponiendo los siguientes pasos:

Se realiza, antes de la cirugía, un modelo en yeso, sobre el que se diseña una réfura acrílica.

A continuación y tras haber realizado las exodoncias, se conectan entre sí los alvéolos eliminando el hueso interradicular mediante gubias o fresas.

Con una fresa para hueso, redonda o piriforme, se agrandan las cavidades alveolares y las zonas de comunicación entre las mismas. Se cortan entonces con fresas de fisura las corticales vestibular y palatina, a nivel de los límites distales de los alvéolos de los caninos. A renglón seguido se introduce en la cavidad alveolar un pequeño disco montado en una pieza de mano, seccionando parcialmente la cortical

palatina en sentido transversa.

La cortical vestibular suele ser delgada y no precisa habitualmente este corte.

Posteriormente, se introducen dos periostomos dentro de los alvéolos, fracturando mediante movimientos imprimidos a los mismos, la cortical vestibular hacia el lado labial y la cortical palatina hacia la vertiente homónima. A continuación, se modela el reborde alveolar con los dedos y se sutura la mucosa con puntos sueltos.

Una vez terminado este proceso, se adopta la férula prefabricada o la prótesis del paciente, si este la tenía con anterioridad, con lo que se estabiliza el proceso fracturado, durante un periodo de tiempo de 4 a 6 semanas.

4.1.3. Cuidados postoperatorios. Se le recomiendan al paciente las siguientes medidas:

Higiene oral esmeralda, dieta blanda o incluso líquida, según su tolerancia y control del dolor mediante analgésicos o

antiinflamatorios no esteroideos.

No se prescriben antibióticos de forma rutinaria.

El material de sutura se retira a los 7 días.

4.2. HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA DEL PALADAR

Se caracteriza por la aparición de excrecencias de la mucosa palatina de aspecto nodular, papilar o aterciopelado; separadas entre sí por fisuras, en cuyo interior se encuentran frecuentemente alimentos en descomposición y residuos bacterianos.

Es común que estas lesiones exhiban un aspecto inflamatorio y en ellas se ha descrito la presencia ocasional de disqueratosis. Para algunos, la irritación persistente ejercida sobre esta zona de la mucosa palatina, puede dar lugar a la aparición de carcinomas ipidermoides, aunque en el sentir de la mayoría de los autores no es considerada una lesión preneoplásica..

La etiología de la hiperplasia papilar inflamatoria del paladar es desconocida. Si embargo, numerosas observaciones la relacionan de forma principal, aunque no exclusiva, con el empleo de prótesis completas.

Se la ha visto en pacientes portadores de prótesis con una frecuencia de 1,3 al 11% y la observación de numerosos casos ha permitido constatar la existencia de numerosos factores predisponentes:

1. La mala adaptación de la prótesis, con movilidad de la misma durante la función masticadora, es considerada como el principal factor predisponente.
2. Ausencia de contacto entre las prótesis y el tejido palatino. Las cámaras de succión y las ventosas, dos dispositivos empleados en otro tiempo para mantener las prótesis superiores estables y afortunadamente ya desechados, ocasionaban una falta de contacto entre la prótesis y la mucosa sobre la que se ejercía una succión responsable de la aparición de hiperplasias.

3. Empleo permanente de las prótesis. Se le debe recomendar a todo paciente portador de prótesis que prescinda de la misma durante varias horas al día, preferentemente durante el descanso nocturno.

4. Mala higiene bucal. La hiperplasia papilar puede aparecer en pacientes portadores de dientes naturales, pero con una deficiente higiene oral. Así mismo, en los pacientes portadores de prótesis completas, la mala higiene es un factor coadyuvante en la génesis de estas lesiones. Los pacientes desdentados que utilicen prótesis deben ser informados de la necesidad de limpiar la prótesis, así como los tejidos de soporte.

5. A la vista de los factores mencionados, estamos en condiciones de enunciar una serie de medidas que, llevadas a la práctica por los profesionales y recomendadas a sus pacientes, pueden evitar la aparición de una hiperplasia papilar inflamatoria:

a) La técnica de toma de impresiones debe ser ejecutada con gran minuciosidad.

b) La prótesis, una vez construida, debe adaptarse perfectamente a la mucosa palatina. Si durante la crítica que debe seguir a todo trabajo protésico se aprecia que la prótesis no se adapta convenientemente a su lecho, debe ser rebasada o desechada.

c) El paciente no debe llevar continuamente la prótesis. Debe prescindir de ella varias horas al día y, en este sentido, debe aconsejarse no utilizarla durante la noche.

d) El portador de la prótesis debe limpiar ésta cuidadosamente cada día. Así mismo, debe limpiar y estimular mediante cepillado diario la mucosa oral.

e) Los pacientes deben ser sometidos a exámenes estomatológicos y protésicos frecuentes.

4.2.1. Tratamiento. El tratamiento de la hiperplasia papilar inflamatoria es quirúrgico. La electrocirugía encuentra aquí una aplicación efectiva. Con un electrodo en forma de asa, se

elimina el tejido hiperplásico profundizado hasta la submucosa, pero sin alcanzar el periostio ya que esto demoraría la cicatrización.

La profundidad hasta la que debe ser llevada la resección se determina mediante la visualización del color amarillento grisáceo de la submucosa o mediante la constatación de la ausencia del signo del “campo de trigo al viento”, cuando la mucosa es sometida a los efectos de una corriente de aire comprimido.

El tejido extirpado debe ser sometido a un análisis anatomopatológico ante la posibilidad de que en él se asiente un proceso neoplásico.

Entre las complicaciones postoperatorias cabe destacar el dolor y el sangrado frecuentes. Para prevenir o minimizar ambos, recomendamos la colocación sobre el paladar de una férula acrílica, construida preoperatoriamente sobre un modelo de yeso y que se adapta al lecho quirúrgico por medio de un apósito, como por ejemplo, el constituido por óxido de zinc-eugenol. También son recomendables los

analgésicos. Al cabo de 3 a 5 semanas, ha tenido lugar ya una satisfactoria cicatrización pudiendo confeccionarse una nueva prótesis.

Una alternativa a la electrocirugía es la criocirugía con nitrógeno líquido o su extirpación con láser quirúrgico.

5. CIRUGIA PERIODONTAL

5.1. COLGAJO MODIFICADO DE WIDMAN (CURETAJE QUIRÚRGICO A CAMPO ABIERTO)

5.1.1. Indicaciones.

1. Periodontitis inicial y moderada, con sacos de 4-6 mm.
2. En algunos defectos interproximales profundos
3. En combinación con el diseño de colgajos más extensos, gingivectomía, cuña distal, amputación y hemisección radicular.

5.1.2. Contraindicaciones.

1. Encía adherida muy angosta

2. Defectos óseos demasiado profundos

5.1.3. Ventajas

1. Alisado radicular con visión directa
2. Procedimiento reparativo (no destructivo)
3. Cicatrización por primera intención
4. Molestias postoperatorias mínimas

5.1.4. Técnica quirúrgica.

1. Se hace la primera incisión festoneada en bisel interno dirigiendo la hoja del bisturí (11) hacia la cresta ósea a 1 ó 2 mm del margen gingival, conservando la mayor cantidad posible de encía adherida especialmente en la zona interproximal; con frecuencia no hay necesidad de incisiones verticales relajantes. En distal del último diente, la primera incisión (festoneada) puede terminar en cuña si se estima indicado; en esta zona se pueden eliminar sacos

discales y tratar compromisos de furcas.

2. La encía se diseca modestamente con un elevador de colgajo.
3. Se hace una segunda incisión del fondo del saco a la cresta ósea (crevicular).
4. Se realiza una tercera incisión interproximal supracrestal con una hoja de bisturí en lanza, para terminar de disecar el tejido interproximal, que se retira con la ayuda de una cureta.
5. Todos los restos de tejido de granulación y apéndices sobrantes se retiran con la ayuda de la cureta y se hace el raspaje y alisado radicular correspondientes. Se deben respetar las fibras del ligamento periodontal próximas a la cresta ósea.
6. A veces se hacen pequeñas plastias óseas con el propósito de mejorar la aproximación de los colgajos (vestibular y lingual). En efecto, se hace todo el esfuerzo necesario para

aproximar los dos colgajos y lograr cicatrización por primera intención.

7. Se sutura interproximalmente en cada espacio correspondiente; se aconseja cubrir la herida con ungüento de tetraciclina y cemento quirúrgico.

5.2. GINGIVECTOMIA - GINGIVOPLASTIA

El término gingivectomía implica excisión y eliminación completa del tejido gingival, es la eliminación completa de la pared blanda del saco, dejando una "profundidad" de 0 mm y tiene como propósito lograr acceso y visibilidad.

5.2.1. Indicaciones.

1. Eliminación de sacos extraóseos cuya pared es fibrótica y firme, que esta pared no se va a retraer con las técnicas de curetaje gingival y subgingival.
2. Eliminación de hiperplasias gingivales

3. Eliminación de abscesos periodontales extraóseos.

5.2.2. Contraindicaciones.

1. Cuando está indicada la cirugía ósea por la arquitectura irregular del hueso subyacente.

2. Cuando el fondo del saco es apical a la unión mucogingival.

3. Cuando se pueden presentar problemas estéticos posquirúrgicos.

4. Cuando la banda de tejido de encía adherida no es suficiente.

5.2.3. Técnica quirúrgica.

- Previa anestesia local.
- Se miden los sacos con ayuda de una sonda periodontal siguiendo el eje longitudinal del diente.

- La medición de la profundidad del saco se transporta al exterior y se marca con la punta de la sonda o con la ayuda de instrumentos especiales.
- La marcación de los sacos se hace tanto por vestibular como por lingual.
- Luego se hace una incisión en bisel, apical a las marcas de la profundidad de los diferentes sacos, con la utilización de las hojas de bisturí Bard Parker o instrumentos especiales como los bisturíes de Kirkland. La incisión se hace en un punto equidistante entre las marcas de los sacos y las cresta ósea angulando en bisturí 45°; haciendo una incisión definida hasta llegar a la superficie radicular.
- Esta primera incisión se completa con una segunda incisión interproximal, utilizando los bisturíes de Orban 1 y 2 que tienen forma de lanza.
- Se retira el collar de tejido.

- Se irriga
- Terminando el procedimiento, se coloca el apósito quirúrgico
- Controles

5.2.4. Ventajas.

- Técnica quirúrgica es sencilla
- El saco se elimina completamente
- Los resultados estéticos son predecibles

5.2.5. Desventajas.

- Indicaciones limitadas
- Herida amplia y dolorosa
- Cicatrización por segunda intención (0.5 mm x día)

- Peligro de exponer el hueso
- Perdida de encía adherida

6. BIOPSIA

Este procedimiento debe realizarse cuando se sospecha de la presencia de alguna enfermedad maligna o de algún tejido que se observe anormal.

6.1. TECNICA

1. El área debe anesthesiarse de forma local, evitando infiltrar directamente el área sobre el cual tiene que practicarse la biopsia.
2. Las lesiones pequeñas deben extirparse completamente.
3. Si la lesión es demasiado grande hay que extirpar una cuña de tejido aproximadamente de 4 mm de ancho y más o menos 4 mm de profundidad. No obstante, si la lesión es muy superficial, no es preciso hacer cortes profundos.

4. Si el área muestra aspectos diversos, hay que practicar biopsias múltiples, colocando cada muestra en frascos separados.
5. Los frascos para las muestras deben contener formalina neutra al 10% y el tejido debe colocarse sobre un pedazo de papel, sumergiéndose en fijador para minimizar su distorsión.

7. PROCEDIMIENTO POSTOPERATORIO Y SUS COMPLICACIONES

7.1. EL POSTOPERATORIO: CONCEPTO Y FASES

Se entiende por periodo postoperatorio el que se inicia con la conclusión del acto quirúrgico. Si bien es claro que el postoperatorio se inicia en el mismo quirófano, queda por definir su punto final. Se conoce como postoperatorio inmediato el que abarca las primeras 24 horas, constituyendo el resto el postoperatorio tardío. Se difiere más o menos según la envergadura de la intervención, la naturaleza del cuadro clínico y las circunstancias personales de cada enfermo.

7.2. MEDIDAS POSTOPERATORIAS GENERALES

1. Cirugía realizada bajo anestesia local y por consiguiente, con pacientes ambulatorios.

2. Cirugía de tipo medio, afectada bajo anestesia general y con una duración aproximada y máxima de tres horas.
3. Cirugía de gran envergadura en la que se debe prever la necesidad de que el enfermo pase las primeras 24 horas en la sala de reanimación aunque no tiene que ser así siempre.

Ejemplo del primer grupo de intervenciones es la cirugía de las inclusiones dentarias; ejemplo de la segunda puede ser una parotidectomía o una fractura mandibular y ejemplo y ejemplo de la tercera la gran cirugía oncológica, traumatológica o de las malformaciones. Debe quedar claro que se ha hecho una esquematización arbitraria puesto que todo se modificará en función del estado concreto de cada enfermo.

7.2.1. Postoperatorio de la cirugía realizado bajo anestesia local. En el se adoptan las medidas higiénicas y farmacológicas necesarias para que los procesos de reparación tisular tengan lugar de forma idónea. Son medidas habituales el cepillado dentario. Los colutorios con

una solución salina y el frío local, prescribiéndose de forma opcional antibióticos y antiinflamatorios.

7.2.2. Postoperatorio en cirugía de envergadura tipo medio. En virtud de la naturaleza del cuadro nosológico objeto de tratamiento, el paciente requerirá habitualmente una hospitalización más prolongada siendo preciso adoptar en el curso de la misma medidas análogas a las del apartado anterior, prestando además un cuidado expreso al soporte del estado general, mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, dieta equilibrada, empleo más frecuente de fármacos (antibióticos, antiinflamatorios, soluciones parenterales, esteroides, etc.).

7.3. ALIMENTACION DEL ENFERMO OPERADO

Cualquier intervención de cirugía oral y maxilofacial, por mínima que sea, va a plantear una dificultad mayor o menor en la alimentación del enfermo.

Los objetivos nutricionales en el postoperatorio se dirigen, según Ustrell, hacia los siguientes puntos:

- a) Mantenimiento del equilibrio líquido-electrolitos
- b) Ingestión protéica-calórica adecuada
- c) Ingestión total de nutrientes necesaria para promover la curación de las lesiones y la reanudación normal de la actividad.

7.4. EL CUIDADO DE LA HERIDA QUIRURGICA.

Frente a la opinión de bastantes cirujanos de no levantar el apósito antes de las 48 horas postoperatorias, creemos con Urioste que las heridas deben examinarse al menos una vez al día y palpar sus extremos para observar sensibilidad o acumulación de secreciones. La presencia de éstas es un aviso de la posibilidad de dehiscencia y obliga a su evacuación. La existencia de infección indica que debe retirarse algún punto para facilitar el drenaje.

Debe tenerse especial precaución con los apósitos de tipo compresivo, pues si bien es verdad que previenen la formación de hematomas, también es cierto que pueden llegar a producir necrosis tisular por isquemia mecánica, lo que es de temer especialmente en el caso de colgajos en los

que la circulación se halla comprometida.

El cambio de apósitos debe realizarse con frecuencia, sobre todo si el flujo de pus, sangre, suero o cualquier otro tipo de liquido es abundante, ya que de no hacerlo, la herida tiende a macerarse. Por ultimo, los apósitos deben ser lo suficientemente voluminosos para que su superficie no llegue a mancharse.

Por lo que se refieren a los drenajes, es imprescindible un mantenimiento cuidadoso. Ante todo ha de tenerse presente que su finalidad primordial es la de facilitar la evacuación de exudados mientras que estos existan.

7.5. COMPLICACIONES LOCALES POSTOPERATORIAS

La mayoría de las veces, la mala evolución de una intervención de cirugía oral y maxilofacial se va a deber a una complicación aparecida a nivel de la herida operatoria. Los siguientes grandes cuadros de patología pueden compendiarlas: infección, hemorragia, inflamación, hematoma, equimosis, edema, enfisema y dolor.

Con excepción de la hemorragia, estudiada como complicación intraoperatoria, vamos a revisar cada una de estas complicaciones intraoperatoria, vamos a revisar cada una de estas complicaciones y a considerar la actitud a seguir.

7.5.1. Infección. Si exceptuamos la cirugía oncológica, que pone en comunicación la cavidad bucal con los espacios cervicales, la infección postoperatoria es una complicación poco frecuente en cirugía oral y maxilofacial.

7.5.2. Inflamación. La inflamación ha constituido desde la antigüedad uno de los pilares básicos de la patología, si bien ha ido cambiando el concepto que de ella se tenía. La historia nos relata que en un principio fue interpretada como una enfermedad a la que Celso atribuyó los signos de “calor, rubor, tumor y dolor”, a los que posteriormente Galeno añadió el de “función laxa”. Se debe a Metchnikoff la idea de concebirla como una relación de defensa celular.

La inflamación es una reacción inespecífica del tejido vivo

vascularizado a una agresión local, hallándose implicada en los procesos de reparación tisular postraumáticamente y postquirúrgica. No constituye, por tanto, una complicación de la cirugía.

7.5.3. Hematoma. Podríamos definirlo como la presencia de una colección hemática entre diferentes planos de partes blandas o entre éstas y un plano óseo. El diagnóstico diferencial frente a la inflamación se establece fundamentalmente por la falta de la mayoría de los signos clínicos de esta y sobre todo por la coloración azulada del hematoma.

En cuanto a la evolución, a menudo el hematoma actúa como mecanismo para cohibir la hemorragia, si bien a veces no es así y resulta obligada su apertura para buscar y obturar el vaso sangrante.

Dos son las principales complicaciones del hematoma: infección y organización. En cuanto a la prevención de su formación, sólo es posible por una buena hemostasia o por la colocación de un drenaje. La colocación de un vendaje

compresivo obliga a la vigilancia de los tejidos subyacentes ante el temor de su lesión por isquemia. Salvo en el caso de que siga creciendo, en cuyo caso es obligada su evacuación, los hematomas tienden a reabsorberse espontáneamente.

7.5.4. Equimosis. Representa una variante del hematoma en la que la colección hemática se sitúa por debajo de los planos cutáneo o mucoso. Clínicamente, domina la coloración sobre la tumefacción.

7.5.5. Edema. Los edemas que pueden aparecer tras la cirugía oral y maxilofacial corresponden al tipo de edemas localizados y son consecuencia de las siguientes causas:

- a) Trastornos del drenaje venoso; por ejemplo, el edema facial que sigue a la extirpación de ambas venas yugulares internas en la disección radical cervical bilateral.
- b) Traumatismos de la permeabilidad vascular, por ejemplo, en reacciones inflamatorias o alérgicas.
- c) Traumatismos de los linfáticos, por ejemplo, el edema

perioral que sigue al uso de separadores labiales.

d) Obstrucción de linfáticos por cáncer.

7.5.6. Enfisema. Puede decirse que en general es raro el enfisema quirúrgico como consecuencia de la cirugía oral y maxilofacial. La literatura ofrece algunas descripciones de casos clínicos ligados casi siempre al empleo de turbinas neumáticas.

7.5.7. Dolor. Lógicamente el dolor no es sólo una posible complicación postoperatoria, sino que es un síntoma que acompaña a numerosos cuadros clínicos. Paradójicamente, no es raro que este síntoma preoperatorio conduzca al paciente hacia el quirófano y el resultado inmediato de la intervención sea un dolor postoperatorio mucho más intenso que el preoperatorio por lo cual hay que instaurar tratamiento con analgésicos.

Los analgésicos pueden dividirse en dos grupos, según el nivel de actuación: centrales y periféricos. Analizaremos someramente cada uno de los grupos.

a)Centrales: su mecanismo de acción está basado en parte en los sistemas inhibidores descendentes, que por medio de endorfinas y más concretamente de encefalina, bloquean la secreción de sustancia P en la primera neurona sensitiva a nivel del núcleo trigeminal.

b)Periféricos: pertenecen a este grupo los analgésicos-antipiréticos que actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, las cuales sensibilizan las terminaciones más finas a la bradiquinina, que es algógena. Su acción antipirética indica que actúan también sobre el hipotálamo, con lo que los analgésicos periféricos tienen también una acción central.

El ácido acetil salicílico sigue siendo el mejor analgésico, aunque ofrece ciertos problemas, como su administración a enfermos con ulcera péptica o con reacciones de tipo alérgico o su interferencia en el mecanismo de coagulación.

El paracetamol carece de nocividad digestiva, pero tiene una actividad analgésica inferior a la del ácido acetil salicílico.

Los derivados del grupo del ácido fenil alanoico, Ibuprofén, Fenoprofén, Ketoprofén y Flurbiprofén, unen a su fuerte acción antiflogística su acción antiálgica.

7.6. COMPLICACIONES GENERALES EN EL POSTOPERATORIO

Ya se ha puntualizado que las complicaciones postoperatorias locales son más frecuentes en cirugía oral y maxilofacial que las de tipo general.

El primer síndrome postoperatorio que deben llamarnos la atención es la presencia de fiebre. Durante las primeras 24 horas postoperatorias es esperable que la temperatura llegue hasta 38-38,5°C. La persistencia o el aumento de dicha temperatura nos obliga a una inspección cuidadosa de la herida en busca de una justificación local.

7.7. LAS GRANDES COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRÚRGICO

Cualquier acto quirúrgico puede verse complicado por una

serie de incidentes cuya aparición puede acontecer incluso antes de iniciarse la cirugía.

Nos vamos a ocupar de modo sucesivo de las siguientes entidades o síndromes:

1. Sincope
2. Hemorragia
3. Angor o infarto
4. Efectos indeseables de los medicamentos
5. Coma
6. Parada respiratoria y cardíaca
7. Shock

7.7.1. Sincope. Podríamos comprender el síncope como la consecuencia de un descenso brusco del riego cerebral que ocasiona una sintomatología variada con pérdida de conciencia brusca y transitoria, palidez, sudor frío, impercepción de los latidos cardíacos y de la respiración, que se recuperan rápidamente y a veces con manifestaciones más llamativas como convulsiones.

Cuando se produce una disminución del nivel de conciencia, sin pérdida de la misma, suele hablarse de desmayo o lipotimia.

Clínica: suele ir precedido de un aura de malestar vago, sudoración, molestia abdominal y visión borrosa. Tras unos instantes, hay pérdida de conciencia y caída. La piel está pálida y sudorosa. Casi nunca existen contracturas, pero cuando existen son débiles, de corta duración, bilaterales y simétricas, y sobre todo son posteriores al inicio del síncope.

Durante el cuadro, el pulso se enlentece y casi se pierde. Al cabo de unos segundos se acelera y se eleva la presión, pero continúa la palidez, que puede durar horas.

Tratamiento: la primera medida será colocar al paciente en posición horizontal, con la cabeza más baja que los pies para aumentar el riego cerebral. Junto a ello se debe aplicar oxígeno con mascarilla. Una vez que el pulso se normalice, el enfermo debe permanecer sentado. Tras la adopción de estas medidas básicas, debe ser instaurado un tratamiento etiológico.

7.7.2. Hemorragia. La hemorragia en sus múltiples variantes cualitativas y cuantitativas no es exclusivamente una complicación el acto quirúrgico, sino que puede ser una complicación postoperatoria o incluso un cuadro de aparición espontánea como síntoma de cualquier tipo de patología de base.

Tratamiento de la hemorragia quirúrgica: creemos que es innecesario insistir en el principio de que ante un vaso sangrante debe realizarse su pinzamiento con una pinza de hemostasia y la oportuna ligadura.

7.7.3. Angor pectoris. La aparición de este cuadro clínico momentos antes de la iniciación de un acto quirúrgico bajo anestesia local, incluso en la sala de espera, es un hecho no infrecuente y que obliga a tener en mente unas ideas muy claras sobre el mismo. Comúnmente, su causa es la enfermedad oclusiva de las coronarias subsiguiente a ateromatosis, estenosis ostial sífilítica o anomalías vasculares congénitas; en otras ocasiones puede aparecer sin preexistencia de alteraciones vasculares siempre que la

demanda supere al aporte del oxígeno.

7.7.4. Infarto de miocardio.

Cuadro clínico: el síntoma fundamental es el intenso dolor precordial de carácter constrictivo. El dolor se irradia a brazo, cuello y la espalda. En muchos casos el paciente está inquieto, hay sudor intenso y a veces flatulencia. También puede unirse respiración breve e hiperventilación. En ciertas ocasiones, durante los días previos, han existido unos síntomas poco demostrativos como sensación de cansancio, insomnio o flatulencia. El dolor precordial no cede con los nitrilos ni con el reposo. La presencia de antecedentes puede ser orientativa.

Tratamiento: el tratamiento del infarto de miocardio se hace, inicialmente, mediante la administración de oxígeno y aliviando el dolor por medio de morfina.

7.7.5. Efectos indeseables de los medicamentos.

Pensamos que este enunciado es más amplio que el de intoxicación medicamentosa o el de reacción alérgica y

permite abarcar todos los aspectos de las posibles reacciones no deseadas que un fármaco puede desencadenar. De nuevo nos encontramos ante una incidencia que no es exclusiva del acto quirúrgico y que puede acontecer tanto en el postoperatorio como durante cualquier terapéutica independiente de un tratamiento no quirúrgico. El amplio uso que en cirugía oral y maxilofacial se hace de los anestésicos locales y la desmesurada leyenda de efectos indeseables que les rodea, nos hace aconsejable incluir aquí este estudio.

Los efectos indeseables de los fármacos pueden ser medidos por diversos mecanismos:

- Anafilaxia
- Sobredosificación
- Idiosincrasia e
- Interacción con otros fármacos

7.7.6. Coma. Puede decirse que el coma es el signo más expresivo del fallo cerebral, en el que la conciencia queda abolida, al igual que la sensibilidad y la motilidad

voluntarias, mientras que continúan las funciones vegetativas de la circulación y la respiración. El coma es un estado de falta total de respuesta a todo estímulo sensitivo-sensorial y de pérdida completa de la motilidad voluntaria, existiendo al mismo tiempo una depresión de reflejos.

Se denomina semicoma a una situación en la que no hay pérdida absoluta de la conciencia, existiendo un cierto grado de respuesta a los estímulos dolorosos y soliendo conservarse la actividad refleja.

Un grado menor aún de pérdida de conciencia es el estupor, en el que existe cierta respuesta a los estímulos verbales y cierta actividad motora, permaneciendo conservada la actividad refleja.

Se conoce como confusión mental a la situación en la que el enfermo no es capaz de pensar con claridad y coherencia, por lo que responde equivocada y tardíamente a las ordenes que recibe. Cuando la confusión se acompaña de aumento de la actividad psicomotriz automática, existiendo a veces tendencia a hablar en exceso y con agitación, se dice que

existe un delirio.

7.7.7. paro cardiopulmonar. Cuando por la causa que sea, sobreviene un fallo respiratorio, cesa el intercambio gaseoso, lo que conduce a la acumulación de dióxido de carbono y a la subsecuente aparición de acidosis respiratoria. Ante esta situación, el organismo responde con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático que acelera el pulso, crea vasoconstricción periférica, reduce el volumen minuto cardíaco y puede ocasionar alteraciones del ritmo que llevan al paro cardíaco.

Su diagnóstico se establece por signos indirectos o directos. Se consideraran signos indirectos, la ausencia de pulso, la apnea, la ausencia de sangrado, la caída de la tensión, la piel grisácea y de modo tardío, la midriasis. Signo directo es la manifestación electrocardiográfica.

Evolución: el paro cardíaco puede conducir a lesiones irreversibles como las encefálicas que a los 4 minutos son irrecuperables. El riñón y el corazón resisten más tiempo la hipoxia.

Tratamiento: las medidas que deben adoptarse son las siguientes:

- a) Establecimiento de la ventilación manual o mecánica siendo preferible la intubación endotraqueal para optimizarla
- b) Establecimiento de la circulación por masaje externo
- c) Recuperación de la tensión arterial mediante expansión del volumen plasmático
- d) Corrección de la acidosis con bicarbonato
- e) Tratamiento de la fibrilación ventricular
- f) Fármacos (adrenalina, cloruro cálcico, dopamina, potasio, etc.).

7.7.8. Shock. El conocido termino anglosajón “shock” define un estado de alteración compleja del flujo sanguíneo que implica una reducción de la perfusión hística y del aporte periférico de oxígeno hasta niveles insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos, aunque intervengan mecanismos compensadores.

Aspectos clínicos: en esquema, el shock tiene tres etapas clínicas de carácter evolutivo que pueden sistematizarse en: etapa no progresiva (también conocida como etapa compensada), etapa progresiva y etapa irreversible. En la etapa no progresiva, perfusión tisular es insuficiente, pero no tanto como para que se produzca un mecanismo autónomo de empeoramiento cardiovascular. En la etapa progresiva, el shock evoluciona hacia el deterioro del sistema circulatorio, creándose una especie de círculo vicioso que conduce a la muerte a menos que se recurra a un tratamiento eficaz. En la etapa irreversible, el shock ha progresado hasta el punto de que todas las terapéuticas resultarán inadecuadas para salvar la vida del enfermo.

Diagnostico: el diagnostico del shock no conlleva dificultades cuando está en estadio avanzado. Como criterios clásicos para su diagnostico se utilizan los siguientes:

1. Hipotensión arterial marcada, con valores sistólicos inferiores a 70-80 mm Hg (también si es menor de 40-50 mm Hg con respecto a niveles basales anteriores) .

2. Oliguria, con cifras inferiores a 18 ml/hora.

3. Estupor o confusión mental

4. Acidosis metabólica

5. Piel pálida, fría y humedecida por el sudor como reflejo de mala perfusión periférica y efecto simpático.

Tratamiento: control de sus constantes (frecuencia cardíaca y presión arterial sistémica) y de la diuresis. Si se confirma la sospecha, es preciso administrar oxígeno mediante mascarilla y disponer rápidamente de un sistema de venoclisis para la administración de fluidos y un sistema de registro de la presión venosa central (PVC).

Ventilación: en realidad, el simple tratamiento con oxígeno mediante mascarilla puede ser suficiente, pero si el aumento en la concentración de oxígeno inspirado no basta para que el paciente mantenga una adecuada ventilación, sin hipercapnia, ni grados importantes de hipoxia, habrá que recurrir a su intubación y a métodos más sofisticados de

ventilación en la unidad de cuidados intensivos.

Fluidoterapia: tras garantizar una adecuada ventilación, la reposición volumétrica constituye uno de los más importantes aspectos terapéuticos en el shock, sea cual sea su causa, incluso en el propio shock cardiogénico. La administración parenteral de líquidos se hallará siempre en función de tres parámetros que debemos tener ya registrados: la presión arterial, la presión venosa central y la diuresis.

Farmacológico: dos son los tipos de fármacos que están fundamentalmente indicados de modo inmediato en el shock: los inotropos y los vasodilatadores. Entre las drogas inotrópicas destacaremos la Dopamina, a dosis ideales de 2-10 microgramos/kg/minuto. El tratamiento vasodilatador representa una alternativa con la que es posible mejorar el rendimiento cardiaco. Su característica esencial es la capacidad de reducir la resistencia arteriolar y venosa, pero tiene el efecto secundario de producir hipotensión y taquicardia reactiva. Está indicado en aquellos casos de shock con bajo gasto cardiaco y altas resistencias vasculares y en las situaciones asociadas a cardiopatías (insuficiencias

valvulares, problemas mecánicos, etc.). También estaría indicado su uso en aquellos casos en que persiste el estado de shock para tratar de dejar sin efecto los shunts arteriovenoso a través de las metaarteriolas. Es importante tener presente que antes de proceder a la utilización de un fármaco vasodilatador es preciso haber inducido una recuperación en la volemia que permita mantener el gasto cardiaco una vez que hayamos incrementado la capacidad vascular por el efecto vasodilatador.

De entre los fármacos vasodilatadores sólo vamos a citar el nitroprusiato por su potente efecto a una dosis que puede oscilar entre 0.5-1 microgramo/kg/minuto, teniendo la precaución de controlar los niveles plasmáticos de tiocianato en los paciente afectos de insuficiencia hepática o renal.

Existe otra larga serie de fármacos que pueden estar indicados en situaciones específicas de shock, de entre los cuales vamos a referirnos a los más utilizados.

a) La adrenalina está indicada en las situaciones de shock anafiláctico por su efecto vasoconstrictor. Recomendamos

la administración de 0.5 mg i.v. seguidos, si es necesario, de 0,05 mg por minuto por vía subcutánea.

b) Los corticales tienen indicación específica en las situaciones de shock séptico y traumático. Consideramos una pauta adecuada la utilización de metilprednisolona a dosis de 30 mg/kg de peso i.v. en media hora. Lógicamente, los corticoides son el tratamiento imprescindible en el shock por insuficiencia suprarrenal. En este caso se prefiere la hidrocortisona a dosis de choque de 100 mg i.v. cada 8 horas que se irá disminuyendo sucesivamente según estén la presión arterial y la natremia, pudiendo asociarse 0.1 mg por día de Fludrocortisona.

c) El isopreterenol está indicado en diversas situaciones por su efecto inotrópico y cronotrópico positivo y por su acción vasodilatadora arterial, sobre todo en los casos de shock cardiogénico por arritmias. Las dosis utilizadas no debe sobrepasar los 1-3 microgramos/minuto.

d) La fentolamina, a dosis no superiores a 0.1 microgramos/minuto, tiene un efecto vasodilatador arterial

comparable al del nitroprusiato dado su carácter alfaadrenérgico, pero su capacidad vasodilatadora venosa es muy discreta.

e) La nitroglicerina intravenosa (10 microgramos/kg aumentando 10 microgramos/minuto si es preciso) puede estar indicada en situaciones de congestión pulmonar (alta PCP) con gasto cardiaco normal.

f) Los fibronolíticos pueden ser utilizados en casos de embolismo pulmonar masivo, siempre y cuando no haya impedimento para la anticoagulación.

CONCLUSIONES

La odontología es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia.

Es necesario el conocimiento de la anatomía quirúrgica es a nuestro juicio, base fundamental para una correcta comprensión de la patología y la resolución técnica de la misma.

Para tener éxitos en nuestros tratamientos es necesario tener una buena historia clínica.

El procedimiento quirúrgico de los dientes impactados puede ser realizado en un 90% por el odontólogo general, ya que este se encuentra en capacidad y tiene los conocimientos necesarios para poder resolverlos.

BIBLIOGRAFIA

Barrios G; Caffesse R.G; Jimenez M; Manton S.L; Midda M;
Polson A.M; Sendyk W.R. Odontología Su fundamento
Biológico. Editorial Grass - Latos. Tomo II

Genco Robert J; Goldman Henry M; Cohen D. Walter.
Periodoncia. Editorial Interamericana McGraw Hill.

Herrero F; Scott J.B; Margis P.S; and Yukna R.A. Clinical
Comparison of Desired Versus Actual Amount of Surgical
Crown Lengthening. Journal Periodontal. Vol. 6 No. 7 Pag.
568-571

Lopez Arranz J.S. Cirugía Oral. Editorial interamericana
McGraw Hill

Manejo de especialidades odontológicas en Odontología General. Editorial Labor Ltda.

Schultze S-Mosgaw; Schmelzeisen, R; Frolich J.C and Schmele H. Use of Ibuprofen and Methilprednisolone for the Prevention of Pain and Swelling after Removal of Impacted Third Molars. Journal of Oral and Maxillofac. Surgery Vol 53, 1995. Pag 2-7.

Zeitter Deborah L, DSS, MS. Prophylactic antibiotics for third molar surgery: A Dissenting Opinion. Journal of Oral Maxillofacial Surgery Vol 53, 1995. Pag 61-64.

Comparación clínica de la cantidad actuada contra la deseada del alargamiento quirúrgico

El espesor biológico lo constituye 2 mm, 1 mm entre la unión epitelial y el tejido conectivo.

El propósito de este estudio fue comparar la cantidad de longitud del diente supracrestal obtenida durante un alargamiento con la cantidad prequirúrgica deseada.

Materiales y Métodos

Tomaron pacientes que necesitaban alargamientos de 3 mm y fueron evaluados por un investigador independiente . Se realizó una gingivectomía donde se le tomaron medidas antes y después de la cirugía. Luego se suturó el colgajo y se les dio a los pacientes gluconato y clorhexidina al 0.12% para el control de placa postquirúrgico y se realizaron después de 8 semanas.

Conclusiones:

La mínima de 3 mm no fue alcanzada en este estudio, donde los clínicos necesitarían un procedimiento quirúrgico mas agresivo para alcanzar la meta propuesta de un espesor biológico de 3 mm.

Antibióticos Profilácticos para cirugía del tercer molar

El uso de antibióticos sirve para infecciones por microorganismos y así para profilaxis en pacientes comprometidos sistémicamente donde se dice que mas de la tercera parte de los cirujanos [prescriben antibióticos para estos casos.

Uso de los Antibióticos Profilácticos

Principios

- 1-Procedimientos quirúrgicos que tienen alto riesgo de infección
- 2-Seleccionar el antibiótico correcto
- 3-El nivel de antibiótico debe ser alto
- 4-El tiempo de administración correcto
- 5-Usar el mas efectivo a corto tiempo

Mal uso de los antibióticos

- Resistencia de los organismos
- Infección secundaria
- Toxicidad de los antibióticos
- Reacciones alérgicas

Complicaciones en la cirugía del tercer molar

La incidencia de infección es baja y por lo tanto no es necesario el uso de antibióticos.

- Happonen utilizó penicilina y placebo para el control de infección, inflamación, trismus y dolor donde no encontró

diferencias

- Se recomienda para la infección, dolor , inflamación y cicatrización una técnica quirúrgica cuidadosa y aséptica.

Conclusiones

La incidencia de la infección está de 1 a 6% lo cual no es necesario es el uso de profilaxis antibiótica en pacientes con algún problema de origen sistémico. Considerando este hallazgo, el uso de rutina de antibióticos profilácticos en terceros molares no es necesariamente recomendado.

Uso de Ibuprofeno y Metil-prednisolona para la prevención de dolor e inflamación después de la remoción de los terceros molares incluidos

Materiales y Métodos

Se tomaron 40 pacientes sanos con los 4 molares incluidos, donde los pacientes recibieron Ibuprofeno y Metil y se les dio un placebo que fue lactosa

Conclusiones

La combinación de estos 2 tuvo una mejor acción analgésica e inflamatoria que cuando fueron usados sin estos, por lo tanto su uso es recomendado para dichas cirugía.