

Toca
0034

**PROTOCOLO PRACTICO DE TECNICAS
QUIRURGICAS MAS REALIZADAS EN EL C.U.C**

**DIRECTOR DE MONOGRAFIA
D.R. FREDDY OSORIO G.**

PRESENTADO POR

**LORENA ALVARADO
ALEXANDRA BELTRAN
LILIANA FRANCO
VICTORIA A. GUZMAN
DAVID SALAZAR
MARTHA SILVA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
CALI, AGOSTO 27 DEL 2001**



**PROTOCOLO PRACTICO DE TECNICAS
QUIRURGICAS MAS UTILIZADAS EN EL C.U.C**

**TUTOR DE LA MONOGRAFIA
D.R. JAIRO NARVAEZ**

PRESENTADO POR

**LORENA ALVARADO
ALEXANDRA BELTRAN
LILIANA FRANCO
VICTORIA A. GUZMAN
DAVID SALAZAR
MARTHA SILVA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
CALI, AGOSTO 27 DEL 2001**



NOTA DE ACEPTACIÓN

Trabajo de grado aprobado por el director asignado por el Colegio Odontológico Colombiano, en el cumplimiento de los requisitos exigidos para otorgar el título de odontólogo

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 26 de octubre de 2001

Agradecemos al Doctor Jairo Narvaez y al Doctor Freddy Osorio por su amistad, aporte a nuestros conocimientos y desinteresada colaboración.

A nuestros padres, esposos e hijos por su gran apoyo.

CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| AGRADECIMIENTOS | |
| 1. JUSTIFICACIÓN | 2 |
| 1.1. PROPOSITO | 2 |
| 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.3. ANTECEDENTES | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1. OBJETIVOS GENERALES | 4 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS | 4 |
| 3. MARCO TEORICO | 5 |
| - Conclusiones de la Encuesta | 6 |
| 4. METODO | 7 |
| 4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 7 |
| 4.2. UNIVERSO | 7 |
| 4.3. VARIABLES | 7 |
| 5. CIRUGÍA ENDODONTICA | 8 |
| 5.1. APICETOMIA | 9 |
| 5.2. AMPUTACIÓN RADICULAR | 10 |
| 5.3. CURETAJE PERIAPICAL | 11 |
| 5.4. OBTURACIÓN RETROGRADA | 14 |
| 6. CIRUGIA PERIODONTAL | 16 |
| 6.1. CURETAJE A MÉTODO ABIERTO CON ALISADO RADICULAR | 17 |
| 6.2. GINGIVECTOMIA | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 6.3. GINGIVOPLASTIA | 19 |
| 6.4. COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE | 20 |
| 7. CIRUGÍA ORAL | 22 |
| 7.1. CIRUGÍA DE DIENTES INCLUIDOS | 22 |
| 7.2. CIRUGÍA PREPOTESICA | 22 |
| 7.3. FRENILLECTOMIA | 25 |
| 7.3.1. FRENILLO LABIAL | 25 |
| 7.3.2. FRENILLO ANORMAL | 25 |
| 7.3.3. FRENILLO LINGUAL | 26 |
| 7.4. FRENILLO VESTIBULARES | 27 |
| 7.5. TERCEROS MOLARES | 27 |
| 7.6. TERCEROS MOLARES INFERIORES | 28 |
| 7.7. DOLOR | 29 |
| 7.8. CANINOS SUPERIORES EN POSICIÓN LABIAL | 29 |
| 7.8.1. CANINOS SUPERIORES EN POSICIÓN PALA- TINA | 30 |
| 7.8.2. COMPLICACIONES | 33 |
| 7.8.3. CANINOS SUPERIORES EN POSICIÓN MEDIA | 33 |
| 8. CONCLUSIONES | 35 |
| 9. BIBLIOGRAFIA | 36 |
| ANEXOS | |

INTRODUCCION

Con este trabajo deseamos presentar un protocolo diseñado para estudiantes y profesionales de salud oral que sirva de guía práctica en los procedimientos quirúrgicos en el descritos, facilitando la programación de la cirugía periodontal, cirugía endodóntica, cirugía oral de forma práctica y didáctica.

1. JUSTIFICACION

No existe en el C.O.C seccional Santiago de Cali un protocolo de procedimientos quirúrgicos que sirva de guía a los estudiantes en donde se involucren los diferentes elementos y eventos de una cirugía.

- Ayudar al operador para la programación de actividades y procedimientos a realizar.
- Afianzar los conocimientos que se poseen acerca de estos temas.
- Tener la facilidad de informarle al paciente sobre el tratamiento que se le va a practicar de una forma clara y concisa.

1.1 PROPOSITO.

Para facilitar a los estudiantes y profesionales una mejor organización y programación del tiempo y brindar mayor seguridad en el momento exacto de la realización de los tratamientos abarcados por este protocolo.

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

Protocolo practico de técnicas quirúrgicas utilizadas en el Colegio Universitario Colombiano.

1.3 ANTECEDENTES.

El campo de las técnicas quirúrgicas tiene muchos años y diferentes métodos, no hay un protocolo con la combinación en las áreas de periodoncia. Endodoncia y cirugía oral, debido a los avances en odontología, usamos métodos mas complicados ya que la conservación de los dientes requiere tratamientos mas sofisticados.

Los procedimientos quirúrgicos son necesarios para tratar los dientes que en condiciones patológicas, muchas veces requieren de una combinación de estas tres áreas.

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVOS GENERALES.

Crear un protocolo que agrupe las áreas de Endodoncia, Periodoncia y Cirugía, mas utilizadas en las clínicas del C.U.C que sea de fácil consulta para los estudiantes en su practica quirúrgica.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Diagnosticar las demandas de cirugía que se presentan en la practica quirúrgica del C.U.C.
- Analizar la información recolectada en él diagnostico clínico.
- Desarrollar los protocolos para cada una de las áreas identificadas (endodoncia, periodoncia, cirugía).

3. MARCO TEORICO.

El contenido de este protocolo practico esta basado y complementado con los siguientes libros, y direcciones:

ENDODONCIA SIMPLIFICADA, Gabriel Cambas Tobon.

PRACTICA ENDODONTICA, Louis Grossman.

Angel Lasala; ENDODONCIA, Tercera edición.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA, Jhon prichard;
Ed. Labor
S.A.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR, Tipos y técnicas
Soichiro; Asanami, Masunari, Kasasoki.

PERIODONCIA DEL GENCO, Goldman y colaboradores

WWW.CARLOSBOVEDA.COM

WWW.ODONTOLOGIAONLINE.COM

CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA

- Esta encuesta se hizo con el fin de detectar las fallas en cuanto a la parte física, conocimientos de los estudiantes del C.U.C.
- Se realizo a estudiantes y odontólogos del C.U.C, por medio de una encuesta de 26 preguntas para estudiantes y 32 preguntas para odontólogos.
- Por medio de esta encuesta nos dimos cuenta de lo siguiente:
- Los estudiantes necesitan mas capacitación en él arrea de anatomía, anestesióloga.
- Por no tener una participación activa en las cirugías los alumnos no se documentan bien para dichos procedimientos.
- No se cuenta con un equipo de succión quirúrgico adecuado.
- No se ha brindado la suficiente seguridad a los estudiantes para realizar practicas quirúrgicas de este tipo como son endodoncia, periodoncia y cirugía.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE INVESTIGACION

Descriptiva, didáctico practica.

4.2 UNIVERSO

Este protocolo puede ser consultado por estudiantes de odontología, odontólogos generales del C.U.C. para la construcción de este protocolo se tuvo en cuenta la opinión de odontólogos y estudiantes del C.U.C.

4.3 VARIABLES

La forma de acceso a la información se va a dar a conocer de una manera ilustrativa y de fácil comprensión.

5. CIRUGIA ENDODONTICA

Se llama cirugía endodóntica al procedimiento quirúrgico relacionado con los dientes despulpados o dientes con afecciones periodontales, amputaciones radiculares y tratamientos endodónticos. La cirugía endodóntica no es un tratamiento radical es conservador por que preserva el diente en el alvéolo. El tratamiento endodóntico se realiza donde no se resuelve el problema endodóntico, con tratamiento convencional.

A. INDICACIONES DE LA CIRUGIA

1. Cuando no se puede erradicar un proceso patológico con Endodoncia no quirúrgica ejemplo: exacerbaciones agudas, recurrentes, fractura radicular, perforación radicular patológica.
2. Cuando es imposible limpiar y obturar el conducto radicular en su totalidad desde el abordaje coronario ejemplo: dientes con severas curvaturas radiculares, conductos calcificados, restauraciones realizadas con pernos y muñones.
3. Las consideraciones anatómicas impondrán un riesgo no garantizado del paciente o de un predecible fracaso del tratamiento. Ejemplo: proximidad del nervio dentario inferior y del paquete vascular o un soporte periodontal insuficiente.
4. El procedimiento no esta dentro de las capacidades del cirujano.

A continuación se explicara las cirugías endodónticas que son de mayor importancia y más utilizadas.

5.1 APICECTOMIA

Es la remoción del tejido patológico periapical con recesión del ápice radicular (2 a 3 mm) de un diente cuyo conducto se ha obturado o se piensa obturar. La única diferencia con el legrado apical consiste en la eliminación del ápice radicular.

- INDICACIONES DE LA APICECTOMIA

1. Cuando la conductoterapia y el legrado apical no han podido lograr la reparación de la lesión apical.
2. Cuando la presencia del ápice radicular obstaculiza la total eliminación de la lesión periapical.
3. Cuando existe una fractura del tercio apical radicular.
4. Cuando se ha producido una falsa vía o perforación en el tercio apical.
5. Cuando esta indicada la obturación con amalgama retrograda por diversas causas (inaccesibilidad del conducto, instrumento roto enclavado en el ápice).
6. En algunas causas de resorción apical, cemento dentinal.

La contraindicación más importante es cuando el diente presenta movilidad o un proceso periodontal avanzado con resorción alveolar. El diente deberá obturarse previamente a la intervención inmediatamente antes o durante las idas que la precedan, no obstante en algunos casos especiales.

La apicectomía se realiza por lo común en los doce dientes anteriores debido a lo sencillo o fácil que resulta practicarlo en este grupo de dientes, pero puede hacerse en otro diente. En los dientes posteriores superiores se evitará lesionar el seno maxilar y en los posteriores inferiores habrá que tener cuidado con el nervio mentoniano, y el conducto dentario inferior. En molares muchas veces hay que elegir entre hacer la apicectomía o la amputación radicular.

Los fracasos son debidos principalmente a obturaciones incorrectas, incisiones inadecuadas, dientes vecinos infectados y legrado insuficiente. Por ello una endodoncia correcta y una incisión meticulosa son necesarias para poder lograr una buena evolución.

5.2 AMPUTACION RADICULAR

Denominada también radiceptomía o radiclectomía, es la amputación total de una raíz en un diente multiradicular. La amputación radicular significa en muchos casos el último recurso por emplear para la conservación de un diente con varias raíces, es pues una terapéutica valiosa que permite evitar la pérdida de dientes estrictamente necesarios en la rehabilitación oral que de otra manera habría que extraerlos.

- INDICACIONES

1. Raíces afectadas por lesiones periapicales cuyos conductos son inaccesibles.
2. Raíces con perforaciones que han motivado lesiones periodonticas irreversibles.
3. Cuando la raíz tiene caries muy destructiva en el tercio gingival o resorciones cementarias que no admiten tratamiento.
4. Cuando en una raíz ha fracasado la conductoterapia y no es posible reiniciarla.
5. Fracturas radiculares.

La amputación radicular es corriente en cualquiera de las tres raíces de los molares superiores, quedando perfectamente estabilizado el molar intervenido con las dos raíces restantes. Por el contrario en los inferiores se prefiere por lo general practicar la hemisección del diente debido a la falta de estabilización y posibilidad de fractura.

5.3 CURETAJE PERIAPICAL

Existen dos tipos de curetajes. En uno se obtura primero el conducto radicular y se hace el procedimiento quirúrgico por separado, en el otro se prepara el conducto y se lo obtura, se elimina el tejido patológico y se sutura el colgajo, en ambos casos se hace una preparación mecánica completa y se coloca una obturación firme y semisólida en el conducto radicular.

También se acepta que un material sólido como un cono de plata suele carecer de la adaptabilidad como para adosarse a la pared del conducto y producir un cierre correcto. El material que se prefiere en la actualidad es la gutapercha como un sellador; para la condensación se utiliza técnicas de diseminación lateral o vertical y sus modificaciones.

Si el conducto se presta para obturarse, la necesidad de hacer cirugía es discutible, pero hay casos que existe una radiolucidez y no se puede esperar, casos en que se producen exacerbaciones persistentes entre cada visita y la siguiente y casos en que la terapia del conducto radicular fracasa y se sabe que se ha hecho un tratamiento óptimo de los dientes.

En ambos procedimientos se debe hacer la preparación correcta de los conductos para que se deje poca predentina.

El conducto debe estar seco antes de colocar el relleno. La constricción apical no se debe destruir adrede y la preparación no se debe llevar hasta el hueso con fines de acceso por que es más fácil aplicar una obturación firme en el conducto radicular contar una matriz o tope apical. Si se elimina la raíz, se puede hacer una constricción artificial. Si el cirujano desea estabilizar el conducto antes de colocar la obturación, puede emplear una técnica sencilla con fenol.

La mayoría de las raíces produce una eminencia ósea y se puede ver la porción apical. Si no es fácil encontrar un defecto, puede usarse un explorador recto afilado tratando de atravesar la fina cobertura ósea. Si esto no se puede hacer, como suele suceder con los incisivos laterales superiores y

todos los incisivos inferiores, se hace una pequeña preparación cóncava en el área del hueso que se supone que esta sobre la punta de la raíz y se aplica en el defecto un trozo de hoja de plomo estéril de un paquete de película radiográfica.

Es preferible retirar todo el tejido patológico para que se inicie inmediatamente la organización del coagulo y se produzca una buena cicatrización. Así también se reduce la posibilidad de que queden restos epiteliales.

Si la patología se extiende hacia áreas anatómicas peligrosas como el antro, raíces con pulpas vitales o conducto mandíbula, se reconoce que algunos tejidos podrían dejarse. Se comprobó que si se retira la mayor parte del tejido de granulación y se eliminan los factores causales, se produce la organización con desintegración del tejido patológico remanente, e incluso los elementos epiteliales residuales, produciéndose así la cicatrización.

Después de retirar el tejido anormal se hace una limpieza del arrea, se examina cuidadosamente el lado óseo del colgajo y se eliminan todos los detritos o espículas óseas; los bordes óseos muy finos se redondean con una lima y el tejido blando adyacente se socava un poco a los efectos de suturarlo. Si a través de una fenestración ósea se ve cualquier otra porción de la raíz, esta se secciona hasta que este rodeada por entero por el hueso.

Una vez completada la operación, se toma una radiografía para verificar los resultados y cerciorarse de que no se ha dejado material extraño en la herida ni en el colgajo. Luego se sutura el colgajo.

5.4 OBTURACION RETROGRADA

También llamada retroobturacion consiste en una variante de la apicectomia en la cual la sección apical residual es obturada con amalgama de plata o con cemento super EBA que es un ionomero que de un excelente sellado apical.

Para lograr de esta forma una perfecta cicatrización y una total reparación.

Esta intervención se justifica con la finalidad de garantizar el cierre del conducto seccionado, dentro del cual tanto la gutapercha como el cemento de obturación empleados podría en ocasiones no obturar herméticamente el conducto, ha sido recomendada por la mayor parte de los endodoncistas.

- INDICACIONES

1. Dientes con ápices inaccesibles por la vía pulpar, si bien debido a procesos de dentinificación o calcificación o por la presencia de instrumentos rotos y enclavados en la luz del conducto u obturación incorrecta difíciles de desobturar a los que hay que hacer una apicectomia.
2. Dientes con resocion cementaría, falsa vía o fracturas apicales en los que la simple apicectomia no garantiza una buena evolución.

3. Dientes en los cuales ha fracasado el tratamiento quirúrgico anterior, legrado o apicectomia y persiste un trayecto fistuloso o la lesión periapical activa.
4. En dientes reimplantados accidentalmente o intencionalmente.
5. En dientes que teniendo lesiones periapicales no pueden ser tratados sus conductos por que soportan incrustaciones o coronas de retención radicular o son base de puentes fijos que no se puede o no se desea desmontar.
6. En cualquier caso en el que se pueda estimar que la obturación con amalgama o cemento super EBA resolverá de un mejor modo el trastorno y provocar una correcta reparación.

La ventaja de este método estriba en que si bien es conveniente practicarlo en conductos bien obturados es tal la calidad selladora de la amalgama o cemento super EBA que puede hacerse sin previo tratamiento de los conductos como sucede cuando el conducto es inaccesible, soporta una corona, un perno o se hace una reimplantacion intencional sencilla.

6. CIRUGIA PERIODONTAL.

Se llama cirugía periodontal a todo aquello que abarca procedimientos quirúrgicos periodontales los cuales fueron diseñados para la excisión de tejido patológico, la eliminación de las bolsas periodontales y para proporcionar un contorno fisiológico.

A. OBJETIVOS DE LA CIRUGIA PERIODONTAL

1. Lograr acceso quirúrgico a bolsas profundas tortuosas para la limpieza adecuada y alisar las superficies radiculares.
2. Facilitar control de placa por medio de la reducción o eliminación de las áreas factibles de retención de placa.
3. Proporcionar un medio para una prótesis adecuada.
4. Para terapéutica periodontal regenerativa.
5. Para corregir anomalías de tipo estético.

B. CONTRAINDICACIONES

1. En pacientes que no presentan un buen control de placa.

2. En pacientes con enfermedades sistémicas progresivas o no controladas. Por ejemplo: pacientes que han padecido infartos al miocardio reciente, con terapéutica con anticoagulantes, con leucemia, anemia o diabetes sacarina entre otros.

6.1 CURETAJE A MÉTODO ABIERTO CON ALISADO RADICULAR

Procedimiento quirúrgico dirigido a la remoción del epitelio de la bolsa y del tejido de granulación subyacente. Se distingue del curetaje gingival y el subgingival sobre la base de la extensión de la enfermedad, ya sea apical o coronal a la cresta ósea.

El curetaje gingival se utiliza cuando la bolsa gingival es supracrestal, mientras que el curetaje subgingival se realiza cuando se involucra tejidos subcrestales.

El curetaje puede realizarse como un procedimiento abierto con una incisión gingival seguida del alisado radicular.

- INDICACIONES

1. Bolsas superficiales con un ancho y espesor adecuado.
2. Tratamiento de pacientes en los que una cirugía más extensa esta contraindicada.
3. Bolsas infraoseas aisladas en especial en furcas.

4. Contracción de áreas localizadas de encía, en especial en papilas interdentales.

- CONTRAINDICACIONES

1. Pacientes que presenten infección aguda como en la gingivitis ulcero necrotisante aguda.
2. Periodontitis en pacientes con SIDA.
3. En el agrandamiento fibroso epitelial de la encía.

6.2 GINGIVECTOMIA

Procedimiento en el cual las paredes del tejido blando de las bolsas supracrestales se eliminan por medio de excisión.

- INDICACIONES

1. Presencia de agrandamiento gingival.
2. Pseudobolsas corónales a la cresta alveolar cuando existe una adherencia gingival adecuada.
3. Cuando hay erupción pasiva, alterada o tardía.

4. Cuando hay necesidad de incrementar la longitud de la corona clínica con fines protésicos.

- CONTRAINDICACIONES

1. Areas donde existe poca o no existe encía insertada.
2. Cuando el fondo de la bolsa se encuentra en la unión mucogingival o apical.
3. Cuando existen bolsas infraoseas.
4. Cuando hay un engrosamiento del hueso alveolar marginal.

Entre las diferentes ventajas se incluye su simplicidad técnica, un buen acceso visual. El resultado de este procedimiento quirúrgico es predecible para propósitos cosméticos o para eliminar áreas de retención de placa.

6.3 GINGIVOPLASTIA

Es una variante de la gingivectomía en la cual la mucosa adherida alrededor de los dientes se remodela para proporcionar contornos más estéticos y funcionales.

- INDICACIONES

1. Eliminar las bolsas supraoseas.
2. Recontornear la encía fibrotica, redundante y aumentada.

6.4 COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE

Es un colgajo mucoperiostico de espesor total hecho con una incisión de bisel interno que sé reposicione a nivel o cerca del nivel de la cresta.

El principal objetivo es el de reposicionar el complejo entero del tejido blando después de una cirugía ósea para que las bolsas no permanezcan y también para conservar la encía insertada completa. Otro objetivo es el acceso quirúrgico para cirugía ósea, tratamiento de bolsas infraoseas y alisado radicular.

- INDICACIONES

1. Para cuando existen bolsas moderadas o profundas, en especial cuando su base se encuentra apical a la unión mucogingival.
2. Tratamiento de dientes con furcaciones afectadas.
3. Alargamiento de coronas.

- CONTRAINDICACIONES

1. Por razones cosméticas.
2. Pacientes con riesgo de caries radicular.

7. CIRUGÍA ORAL

7.1 CIRUGÍA DE DIENTES INCLUIDOS (TERCEROS MOLARES)

Es la presencia de dientes erupcionados en parte o no erupcionados o de raíces retenidas que no se pueden escindir con la técnica de la pinza, y por lo tanto, requieren resección quirúrgica. Los dientes que se impactan o no erupcionan con mayor frecuencia son los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores.

- INDICACIONES

1. Pericoronitis
2. Periodontitis.
3. Caries.
4. Resorcion patológica.
5. Neoplasias.
6. Formación de quistes.
7. Dolor.
8. Retención en una cresta "desdentada".

9. Apiñamiento de los dientes.
10. Compromiso en una fractura.

- CONTRAINDICACIONES

1. Caries profunda de un segundo molar.
2. Molares que se encuentren profundamente impactados que no produzcan sintomatología.

7.2 CIRUGÍA PREPOTESICA.

Es la preparación correcta del hueso alveolar para recibir una dentadura artificial, después de haber realizado la exodoncia de los dientes.

- INDICACIONES

1. Labio corto o apófisis alveolar prominente.
2. Pérdida de hueso alveolar por enfermedad periodontal.

3. Vestíbulo profundo por reabsorción de la apófisis alveolar.
4. Areas socavadas.
5. Crestas en forma de cuchilla.

- CONTRAINDICACIONES

1. Avanzada edad del paciente.
2. estados sistémicos del paciente.

- CRITERIOS PARA UN REBORDE DESDENTADO

1. Soporte oseo adecuado para la prótesis.
2. Hueso cubierto con tejido blando adecuado.
3. Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes.
4. Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de las prótesis.
5. Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior.
6. Ausencia de pliegues de tejidos blandos redundancias o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.

7. Ausencia de enfermedades neoplásicas.

7.3 FRENILECTOMIA

7.3.1 FRENILLO LABIAL

Es un pliegue mucoso que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos frenillos no terminan en estenivel, si no que descienden hasta el borde alveolar, rodeándolo para terminar en la papila interdientaria de la bóveda palatina.

7.3.2. FRENILLO ANORMAL

En ocasiones el frenillo es voluminoso y tiene una inserción muy baja, lo que puede ocasionar dos problemas:

- a) **Ortodontico:** puede provocar un diastema entre los dos incisivos centrales superiores.
- b) **Protetico:** puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa o bien desestabilizarla en el curso de los movimientos labiales.



Tipos de frenillo anormal:

a) Alargado rectangular: presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelo ocasionando un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente Paralelos.

b) Triangular de base superior: Presenta forma de triángulo cuya base coincide con el surco gingival, ocasionando un diastema caracterizado porque los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.

C) Triangular de base inferior: Presenta forma de triángulo cuya base coincide con el reborde alveolar, ocasionando un diastema caracterizado por que las coronas están divergentes y los ápices se aproximan.

7.3.3 FRENILLO LINGUAL

Es un repliegue mucoso que puede contener además tejido fibroso, fibras del músculo geniogloso y vasos sanguíneos procedentes de la arteria y de la vena sublinguales.

Se inserta en la cara inferior de la lengua y en la línea media de la mucosa del piso bucal pudiendo alcanzar la cara lingual de la mandíbula e incluso el reborde alveolar.

7.3.4 FRENILLO ANORMAL

En circunstancias patológicas de tamaño o de inserción puede ocasionar dos problemas:

a) **Anquilglosia o lengua atada:** produce alteraciones en la deglución y fonación (sobre todo las consonantes linguodentales). Los movimientos de la lengua están disminuidos; y el paciente no logra tocar el paladar con ella, estando la boca abierta. En los intentos de movilización la lengua adquiere una forma helicoidal. Además de esto compromete la estabilidad de las dentaduras mandibulares.

b) **Diastemas interincisivo.**

7.4 FRENILLOS VESTIBULARES

A veces se insertan en las regiones premolares maxilares y mandibulares. En su mayoría consisten en una membrana mucosa y no requieren tratamiento si no dificultan la prolongación adecuada de la aleta de la dentadura. Si se plantean problemas de este tipo es mejor hacer la corrección quirúrgica que rebajar el borde de la dentadura.

7.5 TERCEROS MOLARES

Los terceros molares superiores están sujetos a grandes variaciones en cuanto a desarrollo, cantidad y forma de sus raíces. Estas raíces, de las cuales puede haber más de tres, suelen ser curvas y estar fusionadas hacia el cuello del diente y no ofrecen mucha resistencia a la extracción, salvo si están retorcidas a modo de muchos anzuelos en varias direcciones. No solo hay que estudiar el diente mismo, sino también el hueso circundante, es fácil que se fracture la tuberosidad.

El tercer molar superior se puede extraer con la misma pinza que se emplea para los molares primero y segundo. Es mejor emplear un elevador de Potts o de Miller. Este se inserta entre los molares segundo y tercero a nivel del tabique alveolar. Con este método el diente se inclina hacia atrás y se eleva fuera del alvéolo a lo largo del eje de la curvatura apical.

7.6 TERCEROS MOLARES INFERIORES

Los terceros molares inferiores se pueden extraer con mucha facilidad con la técnica de la pinza, pero es muy importante hacer un cuidadoso diagnóstico radiográfico porque las raíces de estos dientes pueden ser largas, múltiples y curvas en diversas direcciones. En ocasiones el hueso alveolar es de un espesor extraordinario en la cara vestibular del diente, donde sobresale la línea oblicua externa.

Se introduce un elevador recto o angulado en el espacio interdentario debajo de la superficie mesial y en la mayoría de los casos se luxa el diente, de modo que después se lo puede extraer con una pinza.

7.7 DOLOR

Muchos procedimientos exodonticos ocasionan en el postoperatorio algún grado de dolor una vez que se disipan los efectos de la anestesia. Esto se considera una respuesta normal frente al traumatismo inevitable de la cirugía. En la mayoría de los casos el dolor no dura mas de 12 a 24 horas. Por lo común este tipo de dolor se controla con compresas frías y la administración correcta de analgésicos. La aplicación intermitente de frío en el sitio quirúrgico durante las primeras 24 horas del postoperatorio, contribuye a amenguar el dolor.

7.8 CANINOS SUPERIORES EN POSICIÓN LABIAL

Los caninos que están en situación labial suelen erupcionar espontáneamente o se les puede exponer quirúrgicamente para que después el ortodoncista los lleve a su posición correcta.

Para extraer caninos maxilares que están en posición labial, el paciente debe estar sentado o semi reclinado. Se separa el labio superior y se traza una incisión un tanto curva en la superficie alveolar, desde el frenillo labial hasta la región premolar.

Las incisiones de la encía deben ser mas largas que el ancho de la perforación ósea necesaria para extraer el diente, a los efectos de tener un acceso adecuado y conseguir que los bordes de la herida descansen sobre hueso intacto.

La profundidad del hueso, se crea con una fresa dando un espacio entre la raíz y el hueso que la encasillan. El elevador debe aplicarse de modo que no descansa sobre las raíces de los dientes adyacentes ni sobre el fino hueso que las cubre, para que no haya peligro de que estos dientes se luxen.

Por lo general haciendo una ligera rotación y tracción hacia fuera el diente se afloja y se los puede extraer. Una vez retirado el diente y desbrida la herida, se alisan los márgenes óseos y se comprimen las paredes óseas ligeramente desplazadas para que recuperen su posición. Se sutura con un punto simple.

7.8.1 CANINOS SUPERIORES EN POSICIÓN PALATINA

Los caninos se alojan en el paladar con una frecuencia mucho mayor en la apófisis alveolar labial, donde son mucho más difíciles de extraer. A menudo esta anomalía es bilateral.

Para operar el paladar bajo visión directa el paciente debe estar reclinado con la cabeza flexionada hacia atrás. De esta manera el cirujano puede trabajar esforzándose menos que con el paciente sentado. La incisión para extraer un diente debe empezar en la región del segundo premolar y prolongarse hacia delante en el surco gingival o cerca del margen gingival hasta mas o menos la región del incisivo lateral del otro lado. No se deben cortar los vasos que

emergen del agujero incisivo. Si se han de extraer retenciones bilaterales, la incisión debe llevarse hasta la región del segundo premolar del otro lado en el maxilar superior desdentado la incisión se puede hacer en la misma cresta alveolar o en su lado palatino, según la localización del diente y se procede de la manera que se describe para los caso unilaterales y bilaterales.

Cuidese de no desgarrar los vasos y el nervio que emergen del agujero incisivo. Sin embargo, si no se obtiene un acceso satisfactorio con un paquete vasculonervioso intacto, puede ser que haya que ligarlo y seccionarlo. En lugar de usar separadores para mantener el colgajo fuera del canino, se puede colocar una sutura a través del borde del colgajo y anudarla alrededor de un diente del lado opuesto.

Si la corona del diente esta cerca de la superficie y se perfora el hueso, aparecerá a la vista el folículo que rodea el diente y, al incidirlo quedara expuesta la corona, que servirá de jalón para retirar el hueso. Si la corona se halla cubierta de hueso por completo, es típico encontrar un abultamiento que indica donde esta. Se retira hueso hasta exponer por completo la corona del diente, pero tomando la precaución de no lesionar las raíces de los dientes adyacentes. Luego se excava un surco en el hueso del lado mesial de la corona para poder introducir debajo un elevador y se luxa al diente de su cavidad alveolar. Una vez que la corona emerge lo suficiente se aplica una pinza de extracción y se retira el diente. En muchos casos hay que hacer cierto grado de torsión para desprender el ápice curvo de la raíz.

Si la corona del diente no se puede liberar con facilidad sin hacer peligrar los dientes incisivos o si la raíz penetra en el paladar en un plano horizontal, suele estar indicada la odontectomía. El diente se secciona transversalmente a nivel del cuello con una fresa de una manera que al mismo tiempo se produzca un espacio entre la corona y el diente. Esto se consigue mejor cortando por completo a través de la raíz con una fresa de ranura cruzada bastante grande. Una vez completada la odontectomía, se inserta un elevador apropiado por dentro de la corona o en el espacio comprendido entre la corona y la raíz, para desalojarla y retirarla. Ahora se eleva la raíz en el espacio que ha dejado libre la corona. La raíz puede ceder con mayor facilidad a la tracción si el elevador se inserta en un pequeño orificio perforado en ella justo al borde del hueso que la cubre. Este orificio debe estar lo más lejos posible, en el lado cóncavo de la raíz. Como apoyo se usa el borde del hueso y el elevador se torciona cuidadosamente para mover la raíz hacia delante y hacia fuera, de modo que se pueda tomar con el fórceps y extraer por completa. Si no se puede luxar la raíz con este método, habrá que retirar el hueso que cubre la raíz del diente en una extensión mayor y perforar un orificio más cerca del ápice.

Tras un debridamiento cuidadoso, que comprende la eliminación de todos los restos del folículo dentario, se vuelve a colocar el colgajo y se sutura en forma interdientaria. Cuando se ha hecho una incisión en el surco gingival, los puntos deben colocarse en la cara vestibular de la apófisis alveolar. Si los vasos nasopalatinos fueron desgarrados o seccionados y no se ligaron, obtúrese el conducto incisivo con una esponja o gasa absorbible para evitar que en el posoperatorio se forme un hematoma debajo del colgajo.

7.8.2 COMPLICACIONES

Durante la extracción de caninos en posición palatina pueden ocurrir a veces dos complicaciones. La primera es que se afloje un diente adyacente por el uso intempestivo de los elevadores. A menos que tales dientes se luxen tanto como para que su aporte sanguíneo se interrumpa, conservan su vitalidad y recuperan su firmeza sin tratamiento adicional, en caso de que no ocurra contacto excesivo habrá que acortar el diente inferior opuesto y a veces también el superior para evitar un traumatismo oclusal. Si el diente está demasiado flojo, hay que fijarlo a dientes adyacentes. El aflojamiento de los dientes adyacentes se evita presionando con el dedo en su superficie externa mientras se manipula la retención.

También puede perforarse el seno maxilar o la cavidad nasal. Esto no reviste importancia si no se produce una infección porque el colgajo mucoperiostico habrá de cerrar la perforación y evitar que se forme una fístula.

7.8.3 CANINOS SUPERIORES EN POSICIÓN MEDIA

Los caninos que están en posición intermedia suelen ser más fáciles de extraer que los que están en situación labial o palatina, pero a veces hay que reflejar la encía en ambos lados de la apófisis alveolar para obtener el acceso.

Las incisiones se diseñan de acuerdo con la localización del diente. Si la corona no está acuñada entre el incisivo lateral y

el primer premolar, a veces se puede extraer el diente con la pinza o con el elevador. La incisión debe incluir la encía marginal, de modo que el tejido no se traumatice al aplicar el instrumento. Si el canino está acuñado entre los dientes adyacentes, habrá que seccionar la corona respecto de la raíz para retirarlo. Cuando la corona se halla cubierta por hueso, primero se retira en el lado hacia el cual apunta el diente. En ocasiones también hay que retirar una pequeña cantidad del lado opuesto para poder aplicar la pinza o insertar el elevador.

8. CONCLUSIONES

A pesar de la complejidad y extensión de las tres áreas escogidas para la elaboración de este protocolo, se logro sintetizar de una manera clara y practica las técnicas quirúrgicas más utilizadas en el desarrollo de esta profesión.

Se logro crear un protocolo didáctico de fácil manejo y entendimiento para los profesionales de la salud oral.

Este protocolo le permite al profesional d la salud oral una mejor organización en la practica quirúrgica ya que obtendrá fácil y rápidamente instrumental y materiales.

8. BIBLIOGRAFIA

- A. SIOCHIRO ASANAMI, MASUNARI, KASASOKI. Extracción del tercer molar, tipos y técnicas.
- B. LASALA Angel. Endodoncia, tercera edición.
- C. CAMBAS TOBON, Gabriel. Endodoncia Simplificada
- D. GROSSMAN, Louis. Practica Endodontica.
- E. PRICHARD, Jhon. Enfermedad Periodontal Avanzada, editorial Labor S.A.
- F. GOLDMAN Y COLABORADORES, Periodoncia del Genco.
- G. KRUGER, Cirugía Bucomaxilofacial, editorial panamericana 5 edición (1998).
- H. INGLE, Jhon Ide. Manual practico de Endodoncia 3 edición , editorial panamericana, 1987.
- I. RICHARD, Walton, Principios y Practica Clinica de Endodoncia. Editorial interamericana 1991.
- J. GOLDMAN M, Y Henry. Periodontal Therapy, 6 edición. Editorial the mosby-company 1980.

为文如海

PROCOLO PRACTICO

TECNICAS QUIRURGICAS

ENCUESTA ODONTOLOGOS

(Cirugía Periodontal).

1. ¿Considera usted que las unidades destinadas para la realización de la Cirugía, están funcionando al 100%?

Si

No

2. ¿Cada cuanto se Fumiga el área quirúrgica.

3. ¿Cuál es la falla mas frecuente en las Unidades?

4. se cuenta con equipo de servicio quirúrgica?

Si

No

5. ¿Encuentra el cubiculo organizado en su totalidad para la cirugía?

Si

No

6. ¿Cuál es la falencia más frecuente?

7. ¿Encuentra usted que el alumno ha anestesiado previamente al paciente?

Si

No

8. ¿Es más cómodo para usted encontrar anestesiado al paciente?

Si

No

Porque _____

9. ¿Cuándo encuentra usted al paciente anestesiado a encontrado fallas en la técnica?

Si

No

10. ¿En cual de las técnicas ha encontrado mas fallas?

Troncular

Infiltrativa.

11. ¿Encuentra instrumental estéril disponible en el momento de la cirugía?

Si

No

12. ¿Encuentra instrumental completo para el procedimiento quirúrgico?

Si

No

13. ¿Cuál es el instrumental que falta con más frecuencia?

14. ¿Tiene algún problema con el tamaño del instrumental?

Si

No

Cual _____

15. Exige usted que el estudiante tenga pleno conocimiento científico del procedimiento a realizar?

Si

No

16. ¿Evalúa usted los conocimientos del alumno durante el procedimiento?

Si

No

17. ¿En que fallan mas frecuentemente?

18. ¿Ha tenido que cambiar el plan del tratamiento durante la cirugía por fallas en este periodontograma?

Si

No

Como que _____

19. ¿Considera usted que la historia clínica esta bien diligenciada, especialmente el periodontograma?

Si

No

20. Se tiene en cuenta y se exige el juego periapical completo?

Si

No

21. ¿Los alumnos tienen total conocimiento del instrumental?

Si

No

22. ¿Preferiría usted que los alumnos participaran de una forma más activa durante la cirugía?

Si

No

Porque _____

23. ¿Cree usted que los alumnos están preparados farmacología para realizar prescripciones a los pacientes?

Si

No

Porque _____

24. ¿Durante un procedimiento, revisa usted que el alumno realice perfectamente el provisional.

Si

No

25. ¿La mala adaptación de los provisionales son riesgo para el proceso de la cirugía?

Si

No

26. ¿Cuál es la cirugía periodontal más frecuente que se realiza?

27. Se estipula el instrumental necesario para cada procedimiento quirúrgico?

Si

No

28. ¿Que tipo de nuevo instrumental cree usted que hace falta en incluir en la lista?

29. ¿Ha encontrado usted durante el postoperatorio que el plan de tratamiento no ha funcionado?.

Si No

30. Cree usted que lo anterior se debe a:

- a. Fallas en el procedimiento quirúrgico.
- b. Fallas en indicaciones al paciente.
- c. Farmacología (fallas en la prescripción médica).
- d. El paciente no cumple con la prescripción.
- e. Falla en la asistencia del paciente para la observación después del procedimiento.

31. Considera que el aire que llega a los equipos odontológico esta filtrado correctamente?

Si No

32. Considera usted que el agua cumple con las normas para el procedimiento.

Si No

33. Se utiliza guantes quirúrgicos o de examinación?

QUIRURGICOS SI EXAMINACIÓN. SI
NO NO.

ENCUESTA DOCTORES

| Preg. | SI | NO | % |
|--------------|-----------|-----------|----------|
| 1. | 0 | 2 | 98% |
| 4. | 0 | 2 | 98% |
| 5. | 2 | 0 | 98% |
| 7. | 0 | 2 | 98% |
| 8. | 0 | 2 | 98% |
| 9. | 2 | 0 | 98% |
| 11. | 0 | 2 | 98% |
| 12. | 2 | 0 | 98% |
| 14. | 2 | 0 | 98% |
| 15. | 2 | 0 | 98% |
| 16. | 2 | 0 | 98% |
| 18. | 2 | 0 | 98% |
| 19. | 0 | 2 | 98% |
| 20. | 2 | 0 | 98% |
| 21. | 2 | 0 | 98% |
| 22. | 2 | 98 | 98% |
| 23. | 2 | 0 | 98% |
| 24. | 5 | 15 | 95% |
| 25. | 2 | 0 | 98% |
| 27. | 2 | 0 | 98% |
| 29. | 2 | 0 | 98% |

ENCUESTA PERIODONTAL.
ALUMNOS DE CLÍNICA.

1. ¿Considera usted que las unidades destinadas, son adecuadas para la realización de la cirugía?

Si No

Porque _____

2. ¿Se ha dado prioridad a los casos que necesitan de cirugía inmediata?

Si No

3. ¿Se cuenta con equipo de succión quirúrgica?

Si No

4. ¿Cual es la falla mas frecuente en las unidades.

5. ¿Tiene usted completamente organizado el cubiculo en el momento de la cirugía?

Si No

6. ¿Acostumbra usted anestesiar al paciente para el procedimiento quirúrgico?

Si No

7. ¿Es usted autónomo en esta decisión?

Si

No

8. ¿Que técnica anestésica se le dificulta mas

Troncular

Infiltrativa.

9. ¿Tiene usted el periodontograma en cuenta para la cirugía?

Si

No

10. ¿Considera usted que la universidad le ha aportado los conocimientos suficientes para llegar con confianza a una cirugía periodontal?

Si

No

11. ¿Participa usted activamente en el procedimiento quirúrgico?

Si

No

12. ¿Considera que los pacientes son tratados con profesionalismo?

Si

No

Porque _____

13. cumple el profesional (cirujano) con la programación de las cirugías?

Si

No

14. ¿Considera que la habilidad, del operador es fundamental en el resultado del plan de tratamiento y postoperatorio?

Si

No

15. ¿Conoce completamente el instrumental (nombres),
Si No
16. durante el proceso quirúrgico, el especialista le explica paso a paso el procedimiento.
Si No
17. ¿La sutura es fundamental par una rápida cicatrización?
Si No
18. ¿Le han pedido a usted un tipo de instrumental que no se encuentra en la lista?
Si No
Cual _____
19. ¿Cree usted que las fallas después del procedimiento quirúrgico se debe ha:
a. Fallas en el procedimiento quirúrgico.
b. Fallas en las indicaciones al paciente.
c. Fallas en la prescripción.
d. Fallas en la asistencia al postoperatorio por parte del paciente.
20. ¿Se le exige al juego peripical completo para el procedimiento?
Si No
21. Para todo los procedimientos le revisan la adaptación de los provisionales?
Si No
22. Cree usted estar preparado en farmacología para realizar prescripciones a los pacientes?
Si No

23. Considera que el aire llega a los equipos odontológicos esta bien filtrado.

Si

No

24. Considera usted que el agua cumple con las normas para el procedimiento?

Si

No

25. Se utilizan guantes quirúrgicos o de examinación?

QUIRURGICOS SI

EXAMINACIÓN.

SI

NO

NO.

26. Esta usted capacitado para realizar una procedimiento quirúrgico después de su grado?

Si

No

ENCUESTA ALUMNOS

| Preg. | SI | NO | % |
|--------------|-----------|-----------|----------|
| 1. | 13 | 7 | 93% |
| 2. | 13 | 7 | 93% |
| 3. | 6 | 14 | 94% |
| 5. | 20 | 0 | 100% |
| 6. | 17 | 3 | 97% |
| 7. | 16 | 4 | 96% |
| 9. | 16 | 4 | 96% |
| 10. | 8 | 12 | 92% |
| 11. | 5 | 15 | 95% |
| 12. | 20 | 0 | 100% |
| 13. | 15 | 5 | 95% |
| 14. | 19 | 1 | 99% |
| 15. | 9 | 11 | 91% |
| 16. | 11 | 9 | 91% |
| 17. | 19 | 1 | 99% |
| 18. | 2 | 18 | 98% |
| 20. | 11 | 9 | 91% |
| 21. | 14 | 6 | 94% |
| 22. | 9 | 11 | 91% |
| 23. | 2 | 18 | 98% |
| 24. | 5 | 15 | 95% |
| 26. | 10 | 10 | 90% |