

531

MANUAL PRACTICO DE TECNICAS
QUIRURGICAS EN ODONTOLOGIA

DIRECTOR DE MONOGRAFIA
Dr. FREDDY OSORIO G.

PRESENTADO POR

MARIA CLAUDIA ALVAREZ D.
EMMA DALLY CUEVAS T.
ESTELLY DUANGO Z.
BEATRIZ EUGENIA JALLER M.
MARIA ANGELICA RANGEL C.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA, MAYO DE 1.996

29-6-01-111

0536

MANUAL PRACTICO DE TECNICAS
QUIRURGICAS EN ODONTOLOGIA

TUTOR DE LA MONOGRAFIA
Dra. SYLVIA BARRIENTOS

PRESENTADO POR

MARIA CLAUDIA ALVAREZ D.
EMMA DALLY CUEVAS T.
ESTELLY DUANGO Z.
BEATRIZ EUGENIA JALLER M.
MARIA ANGELICA RANGEL C.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA, MAYO DE 1.996

CONTENIDO

INTRODUCCION	. . . . .	. 4
AGRADECIMIENTOS	. . . . .	. 5
1. JUSTIFICACION	. . . . .	. 6
2. OBJETIVOS	. . . . .	. 8
3. MARCO TEORICO	. . . . .	.10
4. METODO	. . . . .	.11
5. CIRUGIA ENDODONTICA	. . . . .	.13
6. CIRUGIA PERIODONTAL	. . . . .	.25
7. CIRUGIA ORAL	. . . . .	.32
8. CONCLUSIONES	. . . . .	.49
9. BIBLIOGRAFIA	. . . . .	.50

INTRODUCCION

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

Queremos subrayar que la responsabilidad por cada palabra del manual naturalmente es sólo nuestra y agradecemos a los lectores que nos llamaron la atención sobre los errores o inexactitudes que pueden haberse deslizado pese a los esfuerzos.



Agradecemos a la Doctora Sylvia Barrientos y de manera especial al Doctor Freddy Osorio ya que fue un colaborador muy cercano.

Dedicada a nuestros padres por su gran apoyo.

1. JUSTIFICACION

El motivo que nos llevó a realizar éste manual práctico de odontología es con el fin de ayudar a despejar todas las dudas acerca de los diferentes tratamientos y así poder colaborar para una mejor práctica de éstos mismos.

A. 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 manual.

B. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Manual práctico de técnicas quirúrgicas en odontología.

C. ANTECEDENTES

El campo de las técnicas quirúrgicas tiene muchos años y diferentes métodos, no hay un manual con la combinación en las

áreas de periodoncia, endodoncia y cirugía oral. Debido a los avances en odontología, usamos métodos más complicados ya que la conservación de los dientes requieren tratamientos más sofisticados.

Los procedimientos quirúrgicos son útiles para conservar los dientes en condiciones patológicas, en los que nos podemos ver obligados a combinar estas tres áreas.

Hubo una tendencia para algunos de simplificar el tratamiento en detrimento de los pacientes, otros lo complicaban demasiado llevándolo al abandono, puesto que no se tenía el desarrollo requerido para un adecuado tratamiento, de acuerdo con los conocimientos materiales, procedimientos y técnicas que cubran las necesidades del paciente y el profesional.

2. OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERALES

Querer lanzarnos a la creación de un manual en técnicas quirúrgicas y nos debatimos entre la preocupación y la esperanza que acompaña a todo alumbramiento; preocupación de que nuestra obra se abra camino entre las muchas y excelentes que en el mercado existen y esperanza de haber logrado las cualidades de concisión, amenidad, sencillez, rigor científico y validez didáctica que ambicionamos. Nuestra idea en este manual es agrupar tres áreas que consideramos muy útiles para el desarrollo clínico de la odontología.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Facilitar la técnica práctica quirúrgica de las áreas abarcadas en el tema a tratar.

Brindar seguridad al operador durante la técnica que vaya 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.

3. MARCO TEORICO

El contenido de nuestro manual práctico, está basado y complementado con los siguientes libros:

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

Angel Lasala, ENDODONCIA, Tercera Edición.

ENDODONCIA SIMPLIFICADA, Gabriel Cambas Tobón.

PRACTICA ENDODONTICA, Louis Grossman.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA, Jhon Prichard, Ed. Labor S.A.

4. METODO

A. TIPO DE INVESTIGACION

Descriptiva, didáctico práctica.

B. UNIVERSO

Este manual puede ser consultado por estudiantes de odontología, odontólogos generales y específicos.

C. VARIABLES

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

D. MATERIALES

Nuestro manual se va a desarrollar en el campo de las artes gráficas, utilizando papel kimberly, con impresiones en color

y con la técnica laser.

E. RECURSOS

Para la elaboración de este manual el costo aproximado será de \$500.000,00.



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 porque 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 ENDODONTICA

1. Cuando uno es incapaz de eliminar 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. Cuando es necesario corregir un tratamiento que ha fracasado o un accidente en un tratamiento. Ejemplo: perforación, fractura de instrumentos, conductos obturados incompletamente.

B. CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGIA ENDODONTICA

1. El tratamiento no quirúrgico (convencional) proporcionará un resultado equivalente.
2. La salud del paciente contraindica un tratamiento quirúrgico. Ejemplo: un paciente gravemente debilitado o medicado con anticoagulantes.
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 está dentro de las capacidades del cirujano.

A continuación explicaremos las cirugías endodónticas que creemos de mayor importancia y más utilizadas:

- a. 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 está indicada la obturación con amalgama retrógrada por diversas causas (inaccesibilidad del conducto, instrumento roto enclavado en el ápice).
6. En algunas causas de resorción apical, cemento dentinaria.

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 los días 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 practicarla 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.

b. 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 periodónticas 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.

c. 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 necesaria 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 en 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 porque es más fácil aplicar una obturación firme en el conducto radicular contra 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 producen 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 está 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 coágulo 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 mandibular, 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 área, 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, ésta se secciona hasta que esté rodeada por entero por el hueso.

Una vez completada la operación, se hace 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.

d. OBTURACION RETROGADA

También llamada retroobtusión consiste en una variante de la apicectomía en la cual la sección apical residual es obturada con amalgama de plata o con cemento super EBA que es un ionómero que da 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 apicectomía.
2. Dientes con resorción cementaria, falsa vía o fracturas apicales en los que la simple apicectomía no garantiza una buena evolución.
3. Dientes en los cuales ha fracasado el tratamiento quirúrgico anterior, legrado o apicectomía 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 porque 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 reimplantación 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 anormalidades de tipo estético.

B. CONTRAINDICACIONES

1. En pacientes que no presentan un buen control de placa.
2. En pacientes con enfermedades sistemáticas 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.

C. CURETAJE A METODO 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 en base a 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 mas extensa está contraindicada.
3. Bolsas infraoseas aisladas en especial en furcas.
4. Contracción de áreas localizadas de encía, en especial en papilas interdetales.

- CONTRAINDICACIONES

1. Pacientes que presenten infección aguda como en la gingivitis úlcero necrotisante aguda.

2. Periodontitis en pacientes con sida.
3. En el agrandamiento fibroso epitelial de la encía.

D. 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 coronales 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 placas.

E. 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 fibrótica, redundante y aumentada.

F. COLGAJO DESPLAZADO APICALMENTE

Es un colgajo mucoperióstico de espesor total hecho con una incisión de bisel interno que se 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. CIRUGIA ORAL

A. CIRUGIA DE DIENTES INCLUIDOS (TERCEROS MOLARES)

Es la presencia de dientes erupcionados en parte o no erupcionados o de raíces retenidas que no se pueden excindir 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. Periocoronitis.
2. Periodontitis.
3. Caries.
4. Resorción 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.

B. CIRUGIA 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 óseo 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. Ausencias de enfermedades neoplásicas.

B. FRENILECTOMIA

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 este nivel, sino que descienden hasta el borde alveolar, rodeándolo para terminar en la papila interdientaria de la bóveda palatina.

2. FRENILLO ANORMAL

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

- a) **Ortodóntico:** puede provocar un diastema entre los dos incisivos centrales superiores.
- b) **Protético:** 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 porque las coronas están divergentes y los ápices se aproximan.

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.

4. FRENILLO ANORMAL

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

- a) **Anquiloglosia 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) Diastema interincisivo.

5. 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 éste tipo es mejor hacer la corrección quirúrgica que rebajar el borde de la dentadura.

c. TERCEROS MOLARES SUPERIORES

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 anzuelos en varias direcciones. No sólo 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.

d. TERCEROS MOLARES INFERIORES

Los terceros molares inferiores se pueden extraer con mucha facilidad con la técnica de la pinza, pero es 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 la pinza.

8. DOLOR

Muchos procedimientos exodónticos ocasionan en el posoperatorio 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 más 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 posoperatorio, contribuye a amenguar el dolor.

e. CANINOS SUPERIORES EN POSICION 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 semirreclinado. 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 mucho más 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 encasilla. 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 afuera el diente se afloja y se los puede extraer. Una vez retirado el diente y desbridada la herida, se alisan los márgenes óseos y se comprimen las paredes óseas ligeramente desplazadas para que recuperen su posición. Se sutura con punto simple.

10. CANINOS SUPERIORES EN POSICION 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 en 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 adelante en el surco gingival o cerca del margen gingival hasta más o menos la región del incisivo lateral del otro lado. No se deben cortar los vasos que emergen del agujero del 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 casos 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 está cerca de la superficie y se perfora el hueso, aparecerá a la vista el folículo que rodea al diente y, al incidirlo, quedará 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 dónde está. 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 adelante y hacia afuera, de modo que se pueda tomar con el forceps y extraer por completo. 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 el 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 seccionados o desgarrados 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.

11. 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 mucoperióstico habrá de cerrar la perforación y evitar que se forme una fístula.

12. CANINOS SUPERIORES EN POSICION 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 manual, logramos sintetizar de una manera clara y práctica las técnicas quirúrgicas más utilizadas en el desarrollo de nuestra profesión.

Logramos crear un manual didáctico de fácil manejo y entendimiento para los profesionales de la salud oral.

Este manual le permite al profesional de la salud oral una mejor organización en la práctica quirúrgica ya que obtendrá fácil y rápidamente instrumental y materiales.

9. BIBLIOGRAFIA

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR, Tipos y técnica Siochiro,
Asanami, Masunari, Kasasoki.

ENDODONCIA, Angel Lasala, Tercera Edición.

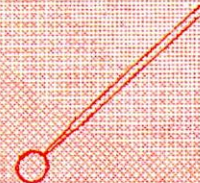
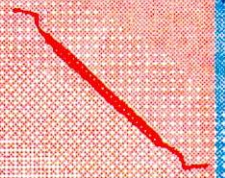
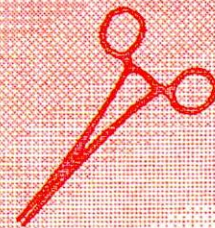
ENDODONCIA SIMPLIFICADA, Gabriel Cambas Toboón.

PRACTICA ENDODONTICA, Louis Grossman.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA, Jhon Prichard, Editorial
Labor S. A.

PERIODONCIA DE GENCO, Goldman y Colaboradores.

MANUAL PRACTICO



TECNICAS QUIRURGICAS
EN ODONTOLOGIA

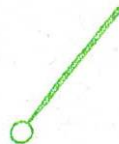


Cirurgía Endodóntica



CURETAJE PERIAPICAL

Es la extracción de tejido patológico en torno de la raíz.



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- MANGO DE BISTURI
- PERIOTOTOMO
- CURETAS DE GRACEY

MATERIALES

- ANESTESIA
- GASAS
- AGUJAS
- HOJA DE BISTURI No. 15
- JERINGA DESECHABLE
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio.
- Anestesia del campo operatorio.
- Incisión.
- Levantamiento de cogajo.
- Eliminación de tejido patológico con curetas.
- Preparación de la cavidad.
- Obturación del conducto.
- Irrigación con suero fisiológico.
- Reposición de cogajo.
- Sutura punto simple.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.



AMPUTACION RADICULAR

Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se elimina o se realiza la amputación total de una raíz en un diente multiradicular.



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- FRESA DE FISURA
- ELEVADOR APICAL RECTO
- PIEZA DE MANO
- MANGO DE BISTURI
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- SONDA PERIODONTAL
- PINZAS ALGODONERAS
- CUCHARILLA

MATERIALES

- ANESTESIA
- AGUJAS CORTAS Y LARGAS
- AMALGAMA
- ALGODONES
- GASAS
- EYECTOR
- SUERO FISIOLÓGICO
- JERINGA DESECHABLE

PROCEDIMIENTO

- Se tratarán y obturarán los conductos de las raíces que se van a conservar obturando con amalgama la cámara pulpar, especialmente a la entrada de los conductos de la raíz por amputar.
- Se hará un colgajo quirúrgico, la correspondiente osteotomía y con una fresa de fisura se seccionará la raíz a la altura de su unión con la cámara pulpar.
- Se extraerá con un elevador de raíces la raíz amputada, se logrará la cavidad y se procederá a la sutura habitual.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

DRENAJE DE ABCEOS

Forma quirúrgica utilizada para aliviar el dolor cuando hay presencia de exudado en el hueso esponjoso y éste se estanca debajo de la tabla cortical.



INSTRUMENTAL

- ESPEJO
- EXPLORADOR
- SONDA PERIODONTAL
- CUCHARILLA
- MANGO DE BISTURI
- PIEZA DE MANO
- FRESA REDONDA

MATERIALES

- CUCHILLA No. 15
- GASAS
- ANESTESIA
- AGUJAS
- ALGODONES
- TELA DE CAUCHO
- EYECTORES
- AGUJA
- HILO SUTURA
- SUERO FISIOLÓGICO
- CONOS DE GUTAPERCHA

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y anestesia de la zona.
- Apertura de la cavidad y ensanchamiento.
- Incisión en tejido blando para determinar el foco de infección.
- Perforamos tabla ósea cortical en zona del ápice radicular afectado.
- Muesca en el hueso con una pinza gruesa.
- Irrigamos la zona a través del conducto hasta que esté libre de exudado.
- Se coloca un cono de gutapercha de la incisión del tejido blando para así ayudar a liberar el resto de exudado.
- Puntos de sutura para fijar el dren.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.



BTURACION RETROGRADA

Procedimiento quirúrgico mediante el cual la sección apical residual es obturada con amalgama de plata y cemento super eba.



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- PIEZA DE MANO
- PORTA AMALGAMAS
- PORTA AGUJAS
- MANGO DE BISTURI
- CONDENSADOR DE AMALGAMA
- TALLADOR DE AMALGAMA

MATERIALES

- ANESTESIA
- AGUJAS CORTAS Y LARGAS
- ALGODON
- GASAS
- SUERO FISIOLOGICO
- JERINGA DESECHABLE
- RADIOGRAFIAS
- AGUJA Y SUTURA
- HOJA DE BISTURI No. 15

PROCEDIMIENTO

- Anestesia local infiltrada o por conducción.
- Incisión curva o semilunar.
- La sección apical se hará oblicuamente de tal manera que la superficie radicular quede con forma elíptica. luego se realizará el legrado perapical.
- Se secará el campo en caso de hemorragia, se aplicará en el fondo de la cavidad una torunda humedecida en solución de adrenalina.
- Con una fresa cono invertido se separa la cavidad retentiva en el centro del conducto.
- Se lava con suero fisiológico para eliminar los restos de virutas de gutapercha y dentina.
- Se colocará en el fondo de la cavidad quirúrgica un trozo de amalgama que puedan deslizarse o caer en el momento de la obturación.
- Se procederá a obturar la cavidad preparada en el conducto con amalgama de plata, dejándola plana o en forma de concavidad o cúpula.
- Se retirará la gasa con los fragmentos de amalgama que haya retenido. Se provocará ligera hemorragia para lograr buen coágulo. Se irriga el ápice y el hueso con suero fisiológico para remover los excesos de material.
- Se toma radiografía antes de suturar para verificar que no haya quedado restos de material de obturación.
- Se sutura con los procedimientos de obturación.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

APICECTOMIA

Procedimiento quirúrgico por el cual se remueve el tejido patológico periapical con resección del ápice radicular de un diente



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- MANGO DE BISTURI
- PORTA AGUJAS
- PERIOSTOMO
- FRESA ZECRYA
- PIEZA DE MANO
- EXPLORADOR
- CUCCHARILLA
- ESPEJO BUCAL
- PINZAS ALGODONERAS
- SONDA PERIODONTAL
- LIMAS HEDSTROM Y K
- FRESAS DIAMANTE
- LENTULOS
- INSTRUMENTOS DE GLICK

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- HOJA DE BISTURI
- HILO Y AGUJA
- SUERO FISIOLÓGICO
- JERINGA DESECHABLE
- ALGODONES, GASAS
- ADRENALINA AL 1%
- GUTAPERCHA

PROCEDIMIENTO

- Anestesia local apical.
- Apertura y acceso pulpar con pieza de mano.
- Incisión y levantamiento del colgajo mucoperiostómico. Incisión en arco o en curva, en región patatina de los molares la incisión será en forma de J, con curva de otras hacia adelante.
- Osteotomía.
- Irrigado con suero y empleando aspiración.
- Se descubren los ápices radiculares y se respetan los de los dientes adyacentes.
- Hemostasia con algodón humedecido de adrenalina 1%.
- Preparación de conductos e irrigar.
- Disección de conductos con cloroformo.
- La gutapercha se introduce con un lentulo y el exceso al condensar se elimina por el ápice que se retirara con el instrumento de glick.
- Se lava con suero fisiológico.
- Se reposiciona el colgajo y se sutura.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

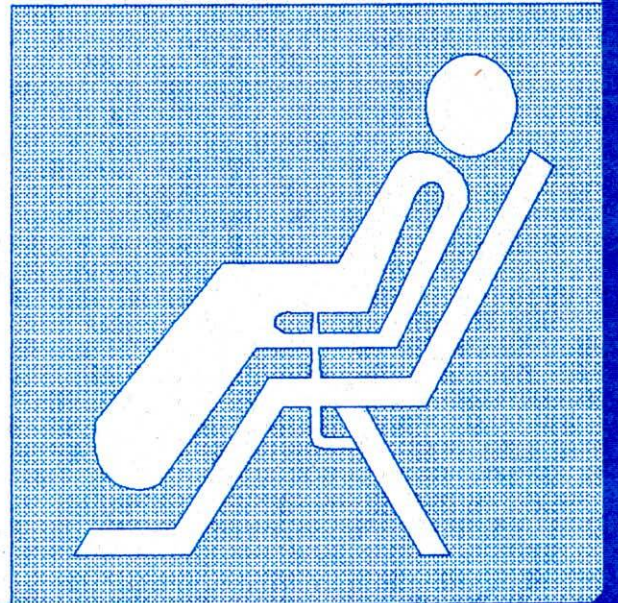
El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo. Si las extracciones se han hecho en un sólo lado, se puede masticar con el lado no operado pero, si se ha administrado anestesia local.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.



Cirugía Oral



CIRUGIA PREPOTÉSICA



Es la corrección del hueso alveolar para recibir dentaduras artificiales.

INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- PERIOSTOTOMO
- FORCEPS
- ELEVADORES
- MANGO DE BISTURI
- PINZAS HEMOSTATICAS
- LIMA DE HUESO
- CURETA
- SEPARADORES DE FARABEW
- PORTA AGUJAS
- TIJERAS DE TEJIDO
- INSTRUMENTAL BASICO
- PIEZA DE ALTA

MATERIALES

- AGUJAS
- HOJA DE BISTURI
- ALGODONES
- GASAS
- JERINGA DESECHABLE
- SUERO
- SUTURA
- FRESA QUIRURGICA

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio
- Anestesia del área.
- Si hay dientes se realizan las exodoncias.
- Preparación del hueso con fresa quirúrgica y lima de hueso.
- Tratamiento: se realiza una irrigación con suero fisiológico.
- Sutura colchonero continuo.

POOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo. Si las extracciones se han hecho en un sólo lado, se puede masticar con el lado no operado pero, si se ha administrado anestesia local.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.



IRUGIA CANINOS SUPERIORES EN POSICION PALATINA



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- PERIOSTOTOMO
- FORCEPS
- ELEVADORES
- MANGO DE BISTURI
- PINZAS HEMOSTATICAS
- LIMA DE HUESO
- CURETA
- SEPARADORES DE FARABEW
- PORTA AGUJAS
- TIJERAS DE TEJIDO
- INSTRUMENTAL BASICO
- PIEZA DE ALTA

MATERIALES

- AGUJAS
- HOJA DE BISTURI
- ALGODONES
- GASAS
- JERINGA DESECHABLE
- SUERO
- SUTURA
- FRESA QUIRURGICA

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio.
- Incisión debe ir en la región segundo premolar y prolongarse hacia adelante o cerca del margen gingival hacia más o menos la misma región del incisivo lateral del otro lado.
- Levantamiento de colgajo.
- Preparación de la cavidad (ostectomía y odontosección transversal a nivel del cuello del diente).
- Tratamiento de la cavidad (aislado márgenes óseos e irrigación con suero fisiológico).
- Sutura punto simple.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo. Si las extracciones se han hecho en un sólo lado, se puede masticar con el lado no operado pero, si se ha administrado anestesia local.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.



IRUGIA CANINOS SUPERIORES EN POSICION LABIAL



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- MANGO DE BISTURI
- PINZAS HEMOSTATICAS
- PINZAS DE TEJIDO
- TIJERAS DE TEJIDO
- TIJERAS DE MATERIAL
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- PINZAS ALGODONERAS
- PORTAAGUJAS
- CUCCHARILLA
- SONDA PERIODONTAL
- FRESA ZEKRYA
- PIEZA DE MANO
- LIMA DE HUESO
- SEPARADORES DE FARABEW

MATERIALES

- AGUJA DE ANESTESIA
- ANESTESIA
- CUCHILLA BISTURI No. 15
- EYECTOR
- SUERO FISIOLÓGICO
- CAMPO QUIRURGICO
- GASAS
- JERINGA DESECHABLE
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y anestesia del campo operatorio.
- Se separa el labio superior y se realiza una incisión un tanto curva en la superficie vestibular de la encía alveolar, desde frenillo labial hasta región del premolar.
- Levantamiento de colgajo.
- Preparación cavidad (Ostectomía y odontosección).
- Tratamiento de la cavidad (Allsado de márgenes óseos) e irrigación con suero fisiológico.
- Sutura punto simple.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo. Si las extracciones se han hecho en un sólo lado, se puede masticar con el lado no operado pero, si se ha administrado anestesia local.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

FRENILECTOMIA

Es la excisión del frenillo que se encuentra insertado de forma anormal, causando problemas de fonética, ortodónticos y protésicos.



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- MANGO DE BISTURI
- PINZAS HEMOSTATICAS
- PINZAS DE TEJIDO
- TIJERAS DE TEJIDO
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- PINZAS ALGODONERAS
- PORTA AGUJAS
- CUCHARILLA
- SONDA PERIODONTAL

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- GASAS
- HOJA DE BISTURI No. 15
- SUTURA Y AGUJA
- JERINGA DESECHABLE
- SUERO
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio
- Anestesia del área.
- Con una pinza hemostática se sostiene el frenillo por eliminar.
- Se hace una incisión por el margen superior de la pinza hemostática y otra incisión en el lado alveolar y se une a la anterior en el pliegue vestibular.
- Se elimina el tejido con forma de cuña del frenillo.
- Eliminar las fibras residuales y las tensiones de la herida.
- Se sutura el margen lateral de la incisión labial entre sí. Se sutura con punto simple.

POOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

CIRUGIA METODO ABIERTO DE 8 SUPERIOR



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- PERIOTOTOMO
- FORCEPS 150
- FORCEPS 151
- FORCEPS 69
- ELEVADOR RECTO
- ELEVADORES APICALES
- ELEVADORES ANGULARES
- MANGO BISTURI
- GUBIA
- PINZAS HEMOSTATICAS
- LIMA DE HUESO
- CURETA
- SEPARADORES DE FARABEW
- PORTA AGUJAS
- TIJERAS DE TEJIDO
- INSTRUMENTAL BASICO
- PIEZA DE ALTA

MATERIALES

- AGUJAS LARGAS
- HOJAS DE BISTURI No. 15
- ALGODONES
- GASAS
- JERINGA DESECHABLE
- EYECTOR
- SUTURA
- SUERO FISIOLÓGICO
- FRESAS QUIRÚRGICAS

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio
- Anestesia infiltrativa de la zona
- Incisión sobre la cresta de la apófisis alveolar en un sitio más distal que el segundo molar y se realiza la relajante a ese nivel.
- Levantamiento del colgajo.
- Preparación de la cavidad: Ostectomía y odontosección.
- Tratamiento de la cavidad.
- Reposición de colgajo.
- Sutura punto simple.

POSOPERATORIO

El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo. Si las extracciones se han hecho en un sólo lado, se puede masticar con el lado no operado pero, si se ha administrado anestesia local.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

CIRUGIA METODO ABIERTO DE 8 INFERIOR



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- PERIOSTOTOMO
- FORCEPS 150
- FORCEPS 151
- FORCEPS 69
- ELEVADOR RECTO
- ELEVADORES APICALES
- ELEVADORES ANGULARES
- MANGO BISTURI
- GUBIA
- PINZAS HEMOSTATICAS
- LIMA DE HUESO
- CURETA
- SEPARADORES DE FARABEW
- PORTA AGUJAS
- TIJERAS DE TEJIDO
- INSTRUMENTAL BASICO
- PIEZA DE ALTA

MATERIALES

- AGUJAS LARGAS
- HOJAS DE BISTURI No. 15
- ALGODONES
- GASAS
- JERINGA DESECHABLE
- EYECTOR
- SUTURA
- SUERO FISIOLÓGICO
- FRESAS QUIRURGICAS

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio
- Anestesia troncular
- Incisión se lleva a lo largo de la cresta alveolar hasta la cara distal del segundo molar y después se continúa en la hendidura gingival hasta la cara mesial del primer molar realizando una relajante a ese nivel.
- Levantamiento del colgajo.
- Preparación de la cavidad: Ostectomía y odontosección.
- Tratamiento de la cavidad.
- Reposición de colgajo.
- Sutura punto simple.

POSOPERATORIO

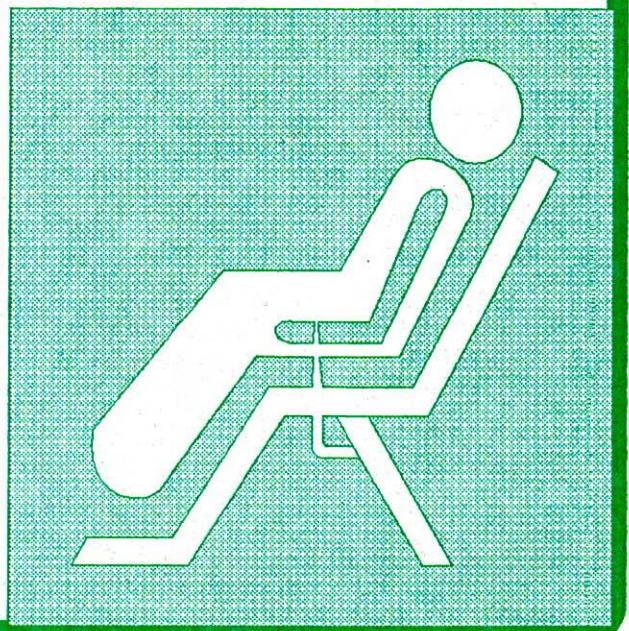
El reposo es necesario para que las heridas curen pronto. A los pacientes ambulatorios se les debe indicar que se vayan a su casa y se queden quietos varias horas. Si se acuestan deben mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.

El primer día se toman líquidos y sólidos blandos, que pueden ser tibios o fríos para no perturbar el coágulo sanguíneo. Si las extracciones se han hecho en un sólo lado, se puede masticar con el lado no operado pero, si se ha administrado anestesia local.

Tómense líquidos en mayor cantidad de lo usual para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

Cirugía Periodontal



CUÑA DISTAL

INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- PINZAS DE TEJIDO
- MANGO PARA BISTURI
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- PINZAS ALGODONERAS
- CUCCHARILLA
- SONDA
- PORTA AGUJAS
- PINZA HEMOSTATICA

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- HOJA PARA BISTURI No. 15
- HILO PARA SUTURA Y AGUJA
- ALGODON - GASAS
- MERTHIOLATE INCOLORO
- JERINGA DESECHABLE
- SUERO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y anestesia del campo operatorio.
- Incisión en la zona retromolar, con un colgajo lingual de espesor parcial con una angulación de 75°, para el colgajo vestibular se invierte la angulación de la hoja, quedando en posición horizontal para adelgazar el tejido.
- Se toma el colchón retromolar con una pinza hemostática realizando la excisión de todo el tejido.
- Remodelado óseo y reallzar el auto Injerto óseo.
- Sutura.

POSOPERATORIO

Enjuagues bucales, analgésicos y antibióticos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

COLGAJO DESPLAZADO APICAL

Es un procedimiento quirúrgico que sirve para aumentar el acceso a estructuras periodontales más profundas o para reposicionar la encía y aumentar la corona clínica.

INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- TIJERA PARA TEJIDOS
- SONDA PERIODONTAL
- BISTURI DE KIRKLAND
- BISTURI DE ORBAN
- MANGO PARA BISTURI
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- PINZAS ALGODONERAS
- CUCCHARILLA

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- ALGODON Y GASAS
- SUERO FISIOLÓGICO
- JERINGA DESECHABLE
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio.
- Anestesia del área y así conseguir hemostasia.
- Penetrar la encía con la sonda para determinar espesor del tejido blando.
- Modelar la encía con un bisel largo y contornearla adecuadamente. Bisturi de Kirkland.
- Modelar la papila interdental con forma cóncava. Bisturi de Orban.
- Hacer presión con una gasa húmeda caliente durante 5 minutos para conseguir hemostasia.

POSOPERATORIO

Enjuagues bucales, analgésicos y antibióticos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

GINGIVECTOMIA

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



INSTRUMENTAL

- BISTURI DE KIRKLAND
- BISTURI DE ORBAN
- SONDA PERIODONTAL
- JERINGA CARPULE
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- PINZAS ALGODONERAS
- CUCCHARILLA

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- ALGODON Y GASAS
- SUERO FISIOLÓGICO
- JERINGA DESECHABLE
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio.
- anestesia del área.
- Incisión continua con bisturi de Kirkland dirigida de modo coronal en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente.
- Bisturi de Orban se extiende interdentalmente
- Se inspecciona la superficie quirúrgica cuidadosamente, se secan los dientes para ver si hay cálculo y se alisa si es necesario.
- Se retira el tejido sobrante.

POOPERATORIO

Enjuagues bucales, analgésicos y antibióticos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

GINGIVOPLASTIA

Es el remodelado de la mucosa adherida alrededor de los dientes, para proporcionar contornos más estéticos y funcionales, cuando hay un tejido gingival grueso.



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- TIJERA PARA TEJIDOS
- SONDA PERIODONTAL
- BISTURI DE KIRKLAND
- BISTURI DE ORBAN
- MANGO PARA BISTURI
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- PINZAS ALGODONERAS
- CUCHARILLA

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- ALGODON Y GASAS
- SUERO FISIOLÓGICO
- JERINGA DESECHABLE
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio.
- Anestesia del área y así conseguir hemostasia.
- Penetrar la encía con la sonda para determinar espesor del tejido blando.
- Modelar la encía con un bisel largo y contornearla adecuadamente. Bisturi de Kirkland.
- Modelar la papila interdental con forma cóncava. Bisturi de Orban.
- Hacer presión con una gasa húmeda caliente durante 5 minutos para conseguir hemostasia.

POOPERATORIO

Enjuagues bucales, analgésicos y antibióticos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.

CURETAJE A METODO ABIERTO CON ALISADO RADICULAR

Procedimiento quirúrgico para remover el epitelio de la bolsa y el tejido de granulación subyacente, ya sea apical o coronal a la cresta ósea.



INSTRUMENTAL

- JERINGA CARPULE
- MANGO DE BISTURI
- PORTA AGUJAS
- CURETAS DE GRACEY
- ESPEJO
- EXPLORADOR
- SONDA PERIODONTAL
- CUCCHARILLA
- PINZAS ALGODONERAS

MATERIALES

- AGUJA PARA ANESTESIA
- ANESTESIA
- HOJA DE BISTURI No. 15 - 11
- HILO PARA SUTURA Y AGUJA
- SUERO
- JERINGA DESECHABLE
- ALGODON Y GASAS
- MERTHIOLATE INCOLORO

PROCEDIMIENTO

- Asepsia del campo operatorio, anestesia del área.
- Incisión intracrevicular.
- Curetaje y remoción completa del epitelio del surco o de la bolsa.
- Alisado radicular.
- Se debe irrigar con suero fisiológico durante un minuto.
- Se observa que el área esté libre
- Sutura y punto simple de la encía cerca al margen del diente

POSOPERATORIO

Enjuagues bucales, analgésicos y antibióticos.

No se debe descuidar la higiene correcta de la boca. Los dientes se deben cepillar de la manera usual y el día después de la operación se inician los enjuagues de la boca.