

00374

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

CIRUGIA PREPROTESICA

LUZ MERY CARDONA IBARRA

Bogotá, 21 de Mayo de 1.988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVOS:

Rector:	Dr. Jorge Arango Tamayo
Decano:	Dra. Marisol Arango de León
Vicedecano:	Dr. Jairo Forero Morales
Director de Tesis:	Dr. Armando Roa
Coordinador:	Dra. Gladys Sandoval de Arenas

Yo, Armando Roa, certifico que dirigí y aprobé la monografía presentada por la señorita Luz Mery Cardona Ibarra, Código 812213 sobre Cirugía Preprotésica.

La monografía anteriormente mencionada la considero apta para ser utilizada como medio de consulta por los alumnos de la Facultad.

Cordialmente,



Armando Roa

Profesor

Colegio Odontológico Colombiano

Profesores y Directivas del Colegio Odontológico Colombiano:

He sido afortunada de recibir de parte de ustedes aquellos conocimientos que me han entregado sin reserva y con toda la sabiduría de maestros y hombres de ciencia.

En este momento en que se puede decir me entregan a una sociedad que necesita de mis servicios espero no defraudarlos, cuando llevo en mí la huella de ustedes y soy fruto de esa prestigiosa institución.

Cordialmente,

Luz Mery Cardona Ibarra

Luz Mery Cardona Ibarra

DEDICATORIA

En este momento, cuando disfruto el dulce sabor del triunfo, no puedo olvidar todo el apoyo y comprensión que me brindaron mis padres y hermanos.

A mis sobrinos que con su sonrisa me hacían olvidar aquellos momentos de desesperación y me daban ánimo para seguir adelante.

Tatiana, Dios quiso llevarte junto a él cuando apenas tú comenzabas a vivir, pero siempre he recibido la bendición de Dios y ahora la tuya, en todos los momentos de mi vida.

A estas personas que de una u otra forma estuvieron a mi lado agradezco y ofrezco este triunfo con todo mi corazón.

Con Cariño,

MERY

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
1. SIGNOS VITALES	5
1.1. TIPOS DE FIEBRE	5
1.2. TENSION ARTERIAL	6
1.3. PULSO	6
1.3.1. Frecuencia	6
1.3.2. Ritmo	6
1.3.3. Amplitud	6
CAPITULO II	
2. EXAMENES DE LABORATORIO	7
2.1. EXAMENES DE SANGRE	7
2.1.1. Velocidad de Sedimentación Globular	7
2.1.2. Hematocrito	7
2.1.3. Concentración de Hemoglobina	7
2.1.4. Recuento de Plaquetas	7
2.1.5. Recuento de Glóbulos Rojos	8
2.1.6. Recuento de Glóbulos Blancos	8
2.1.7. Fórmula Leucocitaria	8
2.1.8. Tiempo Parcial de Tromboplastina	8
2.1.9. Tiempo de Coagulación	8
2.1.10. Retracción del Coágulo	8
2.1.11. Tiempo de Protrombina	8
2.1.12. Fragilidad Capilar	9
2.1.13. Anti-estreptolicinas	9
2.2. EXAMENES DE METABOLISMO	9
2.2.1. Colesterol	9
2.2.2. Glicemia	9
2.2.3. Tiroxina	9
CAPITULO III	
3. ANESTESIA	10
3.1. ANESTESIA LOCAL	10
3.1.1. Tipos de Anestésicos	10
3.1.2. Acción	11

3.1.3.	Lidocaína (xilocaína)	11
3.1.4.	Prilocaina (Citanest)	12
3.1.5.	Técnicas de Anestesia	13
3.1.5.1.	Bloqueo del Nervio Maxilar Superior	13
3.1.5.1.1.	Vía de Tuberosidad Maxilar	13
3.1.5.1.2.	Acceso Pterigomaxilar	13
3.1.5.2.	Bloqueo del Nervio Dental Inferior	14
3.1.5.3.	Bloqueo del Infraorbitario	15
3.1.5.4.	Bloqueo del Nervio Mentoniano	16
3.2.	ANESTESIA GENERAL	16

CAPITULO IV

4.	INSTRUMENTAL QUIRURGICO	19
4.1.	JERINGA Y ANESTESIA	19
4.2.	BISTURI	19
4.3.	PERIOSTOTOMO, LEGRA O 7A	19
4.4.	RETRACTOR DE COLGAJO	20
4.5.	DEBRIDADOR	20
4.6.	PINZAS HEMOSTATICAS	20
4.7.	TIJERAS METZEMBOWN	20
4.8.	PINZAS ALLIS	20
4.9.	ELEVADORES	20
4.10.	ESCOPLO Y MARTILLO	21
4.11.	FRESAS QUIRURGICAS	21
4.12.	CANULAS Y ASPIRADOR	21
4.13.	ALVEOLOTOMO (PINZAS GUBIAS)	22
4.14.	LIMAS PARA HUESO	22
4.15.	CURETAS	22
4.16.	PORTA-AGUJAS	22
4.17.	AGUJAS DE SUTURA	23
4.18.	SUTURAS	23
4.19.	FORCEPS	23
4.19.1.	Forceps # 150	25
4.19.2.	Forceps # 151	25
4.19.3.	Forceps # 16 (cuerno - vaca)	25
4.19.4.	Forceps # 69	25
4.20.	TIJERAS DE SUTURA	25

CAPITULO V

5.	LESIONES	27
5.1.	TORUS	27
5.2.	TORUS PALATINO	27
5.2.1.	Características Clínicas	27
5.2.2.	Radiográficamente	28
5.2.3.	Histopatología	28
5.2.4.	Tratamiento Quirúrgico	28
5.2.4.1.	Anestesia	29
5.3.	TORUS MANDIBULAR	30
5.3.1.	Características Clínicas	30

5.3.2.	Radiográficamente	31
5.3.3.	Tratamiento Quirúrgico	31
5.3.3.1.	Anestesia	31
5.4.	HIPERPLASIA INFLAMATORIA FIBROSA	32
5.4.1.	Etiología	32
5.4.2.	Características Clínicas	32
5.4.3.	Histopatología	32
5.4.4.1.	Anestesia	33
5.5.	REGULACION DE REBORDE	34
5.5.1.	Indicaciones	34
5.5.2.	Tratamiento Quirúrgico	35
5.6.	RECESION INTRA-ALVEOLAR	35
5.6.1.	Indicaciones	35
5.6.2.	Tratamiento Quirúrgico	36
5.7.	FRENILECTOMIA	36
5.7.1.	Características Clínicas	36
5.7.2.	Tratamiento Quirúrgico	37
5.7.2.1.	Anestesia	37
5.7.2.2.	Incisión	37
5.7.2.3.	Sutura	37
5.8.	HIPERPLASIA FIBROSA DE REBORDE	38
5.8.1.	Características Clínicas	38
5.8.2.	Técnica Quirúrgica	39
5.8.2.1.	Anestesia	39
5.9.	EXODONCIAS MULTIPLES Y PROTESIS INMEDIATA	39
5.9.1.	Ventajas de la Prótesis Inmediata	40
5.9.2.	Tratamiento Quirúrgico	40
5.9.2.1.	Anestesia	40
5.9.2.2.	Incisión	40
5.9.2.3.	Desprendimiento del Colgajo	41
5.9.2.4.	Exodoncia	41
5.9.2.5.	Osteotomía	41
5.9.2.6.	Sutura	41
5.10.	REABSORCION DE REBORDE	42
5.10.1.	Etiología	42
5.10.2.	Clases de Injertos	42
5.10.2.1.	Condiciones de la Zona Donadora	43
5.10.2.2.	Condiciones de la Zona Receptora	44
5.10.2.3.	Condiciones del Injerto en Sí	44
5.10.3.	Vestibuloplastia (Superior)	44
5.10.3.1.	Indicaciones	44
5.10.3.2.	Técnicas Quirúrgicas	44
5.10.3.2.1.	Anestesia	44
5.10.3.2.2.	Incisión	45
5.10.3.2.3.	Dissección	45
5.10.3.2.4.	Sutura	46
5.10.3.2.5.	Férula	46
5.10.4.	VESTIBULOPLASTIA DE INJERTO DE MUCOSA BUCAL	46
5.10.4.1.	Técnica en Maxilar Superior	46
5.10.4.1.1.	Anestesia	46
5.10.4.1.2.	Incisión	47
5.10.4.1.3.	Colgajo	47
5.10.4.1.4.	Sutura	47

5.10.4.1.5.	Obtención del Colgajo	47
5.10.4.1.6.	Cuidado Postoperatorio	48
5.10.4.2.	Procedimiento para Maxilar Inferior	49
5.10.4.3.	Indicaciones	49
5.10.5.	VESTIBULOPLASTIA CON INJERTO DE PIEL BUCAL Y DESCENSO COMPLETO DEL PISO DE LA BOCA	50
5.10.5.1.	Indicaciones	51
5.10.5.2.	Planeación Preoperatoria	51
5.10.5.3.	Técnica Quirúrgica	52
5.10.5.3.1.	Anestesia	52
5.10.5.3.2.	Incisión	52
5.10.5.3.3.	Obtención del Injerto	54
5.10.5.3.4.	Sutura Especial	54
5.10.5.3.5.	Preparación Final del Lecho	55
5.10.5.3.6.	Postoperatorio	56
5.11.	AUMENTO DE REBORDE	56
5.11.1.	Etiología	56
5.11.2.	Técnica Quirúrgica	57
5.11.2.1.	Anestesia	57
5.11.2.2.	Incisión	57
5.11.2.3.	Colgajo	58
5.11.3.	Técnica de Injerto Oseo	58
5.12.	HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA	58
5.12.1.	Etiología	59
5.12.2.	Características Clínicas	59
5.12.3.	Histopatología	59
5.12.4.	Tratamiento Quirúrgico	59
5.12.4.1.	Anestesia	59
5.12.4.2.	Resección	60
5.12.4.3.	Férula	60

INTRODUCCION

Este tema, CIRUGIA PREPROTESICA, es de gran actualidad en todo el mundo de la Odontología moderna, debido a que por causa de malos tratamientos odontológicos, mala orientación del tratamiento, causas ajenas a la misma odontología y otras causas como iatrogénicas, pésimas restauraciones hechas con sentido económico y no sentido ético, la caries dental no ha sido posible controlarla porque los niveles de prevención no han alcanzado niveles óptimos, ya que si se hace una encuesta a nivel escolar que es cuando debe empezar el cuidado dentario, vemos que la mayoría (un 90%) no se cepillan o utilizan un cepillado incorrecto; vemos la gran importancia de la higiene dental.

La mayoría de pacientes de todos los estratos vemos que no saben utilizar la seda dental, las aplicaciones de fluor se hacen en muy pocos porcentajes de población.

El problema protésico se establece desde el mismo momento en que el niño recibe su primera exodoncia mal indicada de un diente temporal y desde este mismo momento el paciente orienta desafortunadamente sus futuros tratamientos hacia un tratamiento protésico.

Los maxilares de nuestra población tienen incidencia

hereditaria de muchos grupos étnicos, es la razón por la cual encontramos maxilares grandes con dientes pequeños, maxilares pequeños con dientes grandes, un maxilar superior mal desarrollado por problema hereditario, los dientes que no entran en oclusión adecuada son dientes que el paciente los tiene que perder, cuando hablamos de tratamiento protésico relacionado con la cirugía preprotésica debemos tener en cuenta la gran cantidad de patología que dejan los dientes al erupcionar, ya que cada uno de los dientes pueden hacer patología dentro de los maxilares en el momento de su crecimiento y desarrollo desde el folículo hasta hacer la erupción o sea, patología pulpar, por ejemplo lesiones periapicales, quistes, etc.; que van a ocasionar defectos importantes en el maxilar. También hablamos de una serie de anomalías de tipo congénito hereditarias como es el caso de las exostosis óseas, por ejemplo los torus palatinos o torus mandibulares; hay grupos de nuestra población, especialmente localizados en la costa atlántica en los cuales alcanzamos niveles hasta de un 70% de la población con torus palatinos o torus mandibulares.

Cuando se practican exodoncias sin una técnicas definida de arreglo plástico de reborde alveolar, se establecen inmediatamente defectos en la configuración de la superficie protésica del paciente que nos van a dificultar la confección de prótesis si no se hace una cirugía preprotésica.

Otros defectos congénitos o adquiridos como un prognatismo inciden directamente en la deficiencia para la confección de una prótesis.

Hay una serie de alteraciones relacionadas con procesos infecciosos de los maxilares que inciden en el proceso de recuperación ósea, porque cuando se va a confeccionar una prótesis estos defectos hay que eliminarlos, moldearlos para poder que la superficie protésica no sea lesionada posteriormente con el aparato protésico.

Otra serie de anomalías ocasionadas por los tejidos blandos como la mala implantación de los frenillos, hacen imposible la colocación de una prótesis en un paciente.

Sabemos que en un maxilar al cual se le extraen los dientes inmediatamente viene un proceso de reabsorción ósea que se inicia con el hueso alveolar, posteriormente, los aparatos protésicos van haciendo presión sobre el hueso basal y entonces empieza la reabsorción de éste; o sea, los maxilares existen cuando hay una función dentaria.

Cuando se va a colocar una prótesis en un paciente el cual ha usado ya varios años prótesis, ya no se va a encontrar hueso, para lo cual existen injertos óseos polímeros, ya que los principios de la prótesis no es solo un buen sellado periférico, sino también una adecuada extensión de superficie protésica.

Con este análisis podemos apreciar la gran importancia de la cirugía preprotésica para la ciencia odontológica, importante más y más a medida que sofisticada el estudio de la odontología.

Con el presente trabajo quiero hacer reflexionar a las personas que lo lean en todos los puntos básicos de la cirugía

preprotésica y explicar las técnicas sencillas de ésta en la aplicación de la cirugía dentoalveolar.

Sería de gran importancia para mi que se tuviera en cuenta este pequeño esfuerzo que he hecho para que en un futuro sirva de guía a mis compañeros de la clínica en casos en que se requiera cirugía protésica.

CAPITULO I

1. SIGNOS VITALES

Nos sirve para demostrar entidades en la etapa subclínica. No siempre la elevación de la temperatura está relacionada con procesos sépticos, ejemplo lupus eritematoso.

Utilizamos el termómetro:

- Tomada en la axila: 36.5°
- Tomada en la boca: 37°
- Tomada en el recto: 37°
- Tomada en la ingle: 36.5°

1.1. TIPOS DE FIEBRE.

Fiebre continua: En el día puede tener variaciones de un grado pero no llegar a los límites normales.

Fiebre ondulante: Va aumentando gradual y lentamente y desciende en igual forma.

Fiebre remitente: Presente variaciones mayores de un grado sin llegar a lo normal.

Fiebre recurrente: Aparece y desaparece sin causa.

1.2. TENSION ARTERIAL.

Utilizamos el tensiómetro y un fonendoscopio, colocados en un brazo del paciente, bombeamos la pera del tensiómetro más o menos hasta 160 y al abrir la llave para que empiece a bajar el manómetro, en cualquier momento oímos un ruido, es el primer ruido que se escucha, ésta es la presión sistólica o máxima, cuando desaparece con el último ruido es la presión diastólica o mínima.

Lo normal es:

Máxima: 120 - 140 mm Hg

Mínima: 70 - 90 mm Hg

1.3. PULSO.

Reflejo de la tensión arterial en un extremo distal del cuerpo.

Debemos evaluar:

1.3.1. Frecuencia.

Cantidad de pulsaciones por unidad de tiempo.

1.3.2. Ritmo.

Espacio de tiempo entre la percepción de una pulsación y la siguiente.

1.3.3. Amplitud.

Magnitud del impulso o de la pulsación.

CAPITULO II

2. EXAMENES DE LABORATORIO

Solamente tomamos en cuenta los valores normales de los exámenes que según cada paciente presente para la cirugía preprotésica.

2.1. EXAMENES DE SANGRE.

2.1.1. Velocidad de Sedimentación Globular.

Hombre: A la media hora: 2 a 8; a la hora 6 a 16.

Mujer: A la media hora: 4 a 10; a la hora 7 a 20.

2.1.2. Hematocrito.

Hombre: 47 ± 5%

Mujer: 42 ± 5%

2.1.3. Concentración de Hemoglobina.

Hombre: 14 - 18 g/100 ml

Mujer: 12 - 16 g/100 ml

2.1.4. Recuento de Plaquetas.

150.000 y 400.000 plaquetas/mm cúbicos

2.1.5. Recuento de Glóbulos Rojos.

Hombre: 4.8 millones/mm cúbicos

Mujer: 4.3 millones/mm cúbicos

2.1.6. Recuento de Glóbulos Blancos.

4.000 a 10.000 gb/mm cúbicos

2.1.7. Fórmula Leucocitaria.

Basófilos	0 a 0.5 %
Eosinófilos	1 a 3 %
Monocitos	3 a 7 %
Linfocitos	20 a 40 %
Neutrófilos	45 a 70 %

2.1.8. Tiempo Parcial de Tromboplastina.

25 a 30 Segundos

2.1.9. Tiempo de Coagulación.

(Lee-White) 5 - 15 minutos

(Rus-Moses) 2.5 - 5 minutos

(Tubo capilar) 1 - 7 minutos

2.1.10. Retracción del Coágulo.

Cualitativo: 1 a 6 horas y completo a las 24 horas

Cuantitativamente: 80 - 90%

2.1.11. Tiempo de Protrombina.

(Quick) 13 a 15 Segundos

2.1.12. Fragilidad Capilar.

Más de 10 petequias por pulgada cuadrada (prueba torniquete)

2.1.13. Anti-estreptolisinas.

250 a 255 Unidades tod

2.2. EXAMENES DEL METABOLISMO.

2.2.1. Colesterol.

150 - 250 mg/100 ml

2.2.2. Glicemia.

80 - 100 mg/100 ml

Preprandial: Superior a 130 mg/100 ml paciente diabético.

Postprandial: Después de la segunda hora igual o mayor de 140 mg/100 ml Patológica.

2.2.3. Tiroxina.

4 a 10 microgramos/100 ml

CAPITULO III

3. ANESTESIA.

3.1. ANESTESIA LOCAL.

Es la pérdida de la sensibilidad y alivio temporal del dolor obtenido al interrumpir la conductibilidad de las fibras de los nervios sensitivos, lo que se logra por la aplicación de una droga o una combinación de ellas. La función motora puede ser parcial o completamente inactivada, según el tamaño del nervio, la capacidad penetrante y la concentración de la droga.

3.1.1. Tipos de Anestésicos.

Básicamente están: grupo amida y grupo ester. La aplicación de algunos es por vía parenteral y de otros por vía tópica.

Tipo Ester

Procaína - Novocaína

Propoxicaína - Rivocaína

Tetracaína

Tipo Amida

Lidocaína: Xilocaína

Mepivacaína: Carbocaína

Bupivacaína: Marcaína

A continuación los anestésicos que tiene aplicación por vía tópica. También de tipo ester y tipo amida.

Vía Tópica:

Esteres

Amidas

Tetracaína (Uso oftálmico) Lidocaína: Xilocaína

Mebocaína

3.1.2. Acción.

El anestésico local actúa inhibiendo la despolarización de la membrana.

Como se sabe, existe una carga negativa en el interior de la membrana y positiva en el exterior, durante la transmisión del impulso se invierten las cargas y el Na⁺ emigra hacia el interior y el K va hacia el exterior.

La diferencia de potenciales es de 90 milivoltios aproximadamente. Durante la terminación del impulso la diferencia de potencial llega a cero pero pronto se torna positivo en el interior y negativo en el exterior, la repolarización de la membrana se debe al proceso conocido como bomba de sodio.

Los anestésicos de tipo ester sufren su biotransformación en el plasma, los del tipo amida lo sufren en el hígado.

La cantidad de anestésico que puede ser aplicada en un paciente varía según el tipo; las amidas permiten 8 cámpulas, mientras los esterres tienen mayor margen de seguridad y permiten 16 cámpulas.

3.1.3. Lidocaína: (Xilocaína)

Es casi la única amida entre los anestésicos locales porque

los demás son esteres.

Anestésico potente que produce anestesia extensa, densa y rápida, siendo más eficaz el clorhidrato de procaína.

Su índice de biotransformación en cuanto a rápida es igual a la procaína. Esta droga es conjugada por el hígado y excretada por el riñón en la orina. Compatible con la adrenalina con la cual se combina para demorar su absorción. Entre las reacciones que puede producir están: vértigo, laxitud (relajación), a veces amnesia, sobre todo cuando se emplea sin adrenalina. No produce irritación local. Puede ocurrir hipotensión, palidez, sudoración, náuseas, vómitos, convulsiones y depresión cardíaca.

La dosis total inyectada en 24 horas no sobre pasa de 500 mg.

3.1.4. Prilocaina: (Citanest).

Análoga químicamente a la lidocaína, la diferencia en cuanto a eficacia es mínima entre prilocaina al 1 y 2% y concentraciones similares de lidocaína.

Las manifestaciones tóxicas son casi idénticas a las de los otros anestésicos locales. Se observan convulsiones y depresión cardíaca.

A veces se observa metahemoglobinemia después de un uso de 0.5 g o más. La adrenalina prolonga más su acción. La dosis máxima no debe exceder en ninguna circunstancia a 1.0 g.

3.1.5. Técnicas de Anestesia.

3.1.5.1. Bloqueo del nervio maxilar superior.

El nervio maxilar superior inerva la mejilla, el párpado inferior, parte lateral de la nariz, labio superior, dientes superiores, mucosa de la nariz, nasofaringe, antro maxilar, paladar blando, amígdalas y techo de la boca.

El nervio maxilar superior se puede anesteciar en boca pasando la aguja por fuera de la tuberosidad del maxilar o por detrás del último molar superior o bien en el agujero posterior.

Vía bucal:

- Vía de la tuberosidad
- Acceso pterigomaxilar
- Agujero Palatino posterior

3.1.5.1.1. Vía de la tuberosidad maxilar:

Con el dedo índice de la mano izquierda colocado en el ángulo de la boca se separa la mejilla arriba y atrás. Se inserta la aguja por encima del primer molar superior y se introduce hacia atrás, arriba y adentro; formando un ángulo de 40°. La aguja se introduce 0.5 cm más después se inyecta lentamente.

3.1.5.1.2. Acceso pterigomaxilar.

Con aguja de 4 cm de longitud y calibre 24.

Indicada en el bloqueo del nervio maxilar superior, en neuralgia del trigémino en la zona inervada por la segunda rama

del quinto par y en la exodoncia de premolares y molares superiores impactados.

3.1.5.2. Bloqueo del Nervio Dental Inferior.

Cuando se examina el maxilar inferior se advierte la presencia a cada lado, por afuera y detrás del último molar, de una superficie triangular conocida como triángulo retromolar de Braun, limitado por las líneas oblicua externa e interna.

La espina de Spix punto ideal de referencia, se encuentra en el coronoides.

La forma de mandíbula cambia de la infancia a la edad adulta, al principio en la infancia el ángulo de la mandíbula es obtuso y en los adultos es casi recto.

En niños de 7 a 8 años el orificio posterior del conducto dentario se halla casi a nivel del último molar, mientras en adultos está situado por encima de la superficie oclusal de los molares.

Técnica: Se define el borde anterior de la rama ascendente o línea oblicua externa, colocando la aguja por sobre el borde alveolar del canino y primer premolar; con una aguja de 10 cm, calibre 22.

Se palpa la espina de Spix con los dedos pulgar e índice, luego dirigimos la aguja entre canino y premolar del lado opuesto, introducimos la aguja en el sitio que palpamos hasta tocar hueso, empezamos a inyectar anestésico; cuando perdemos el

contacto con el hueso nos indica que se ha rebasado la línea oblicua interna, en este momento se desplaza la aguja hacia la línea media en un movimiento horizontal y se continúa inyectando.

Indicaciones: Se procede al bloqueo del nervio dental inferior para exodoncias múltiples, preparación de cavidades, inmovilización de fracturas en el maxilar inferior. Igualmente en procesos como la exodoncia del diente impactados especialmente terceros molares, con refuerzos del largo bucal y el lingual.

3.1.5.3. Bloqueo del Infraorbitario.

En odontología el objetivo principal es llegar al nervio dental anterior.

Cuando se pasa el dedo por el borde inferior de la órbita se percibe la depresión canina. Se puede bloquear por medio bucal o extrabucal. Bloquea el maxilar superior de canino a canino.

Vía bucal: Localizado el agujero infraorbitario después se separa el labio inferior del lado correspondiente el cual va a bloquearse, se separa con el dedo pulgar mientras que el índice de la misma mano se sitúa sobre el agujero. Luego introducimos una aguja de 4 cm de longitud, calibre 25, a través de la porción reflejada de la mucosa a nivel del vértice del primer premolar y se dirige hacia arriba, atrás, afuera a lo largo del maxilar superior hacia el dedo que palpa. Tan pronto se percibe

la llegada al agujero se empieza a inyectar.

3.1.5.4. Bloqueo del Nervio Mentoniano.

Es rama terminal del nervio dentario inferior. En el adulto el nervio mentoniano se encuentra a nivel del primer y segundo premolar, al bloquearse produce anestesia de las partes blandas del maxilar inferior y el lado inferior.

Técnica: Con la boca semicerrada, el dedo índice de la mano izquierda o derecha dirige el labio inferior hacia abajo y atrás, a nivel del espacio entre los dos premolares, en la porción refleja gingivolabial, se introduce la aguja verticalmente hasta que quede equidistante entre el borde alveolar y el interior de la mandíbula, así empezamos a inyectar.

Indicaciones: En operaciones de la parte anterior del maxilar inferior concluyendo mentón, labio inferior, premolares, canino e incisivos. Cuando se opera en la línea media es necesario el bloqueo bilateral, ya que se encuentran a este nivel los filamentos nerviosos de ambos lados.

3.2. ANESTESIA GENERAL.

Este procedimiento es prácticamente indoloro, permite al Odontólogo en caso de pacientes nerviosos, con retraso mental o complicaciones sistemáticas en general, el tratamiento de ellos, previos exámenes exhaustivos de cada paciente.

Pasos de la anestesia general:

- Inducción: Se logra por medio de un barbitúrico, en general se usa el tiopental sódico en cantidad de 300 - 500 mg.
- Aplicación de succinil-colina en cantidad de 60 - 100 mg hasta la pérdida del conocimiento.
- Colocación de una máscara de gas, con un agente que puede ser fluothane o elhetane.
- En este momento se hace la entubación por vía nasotraqueal, ya que esta vía permite un mejor campo de trabajo, en este paso el paciente debe estar en anestesia profunda.
- Se le aplica Turcurin que es un relajante muscular, 1 cc y Quecilin 2 cc.

ANESTESIA GENERAL

I- Cantidad de líquidos	Respiración	Pupila según	Reflejos	Presión arterial	Pulso
orales al momento de la anestesia	torácicos y abdominales normal	la clasificación	persisten y son conjuntival corneal laríngeo	aumentada	acelerado
II- Período de excitación o delirio. Puede producir vómito	Normal	Algo dilatada	Persisten	Aumentada	Acelerado
III- Primer plano	Regular	Normal	Conjuntival Faríngeo Laríngeo + Corneal +	Normal	Normal
- Segundo plano entubación	Normal	+ dilatados	Desaparecen	Normal	Normal
- Tercer plano	Mínima	+ dilatados	Ausentes	Disminuye	Ausente
- Propenso a falla cardíaca					
IV- Paso valvular Período de vuelve en sí:	La desaparición de los períodos depende de la solubilidad del agente anestésico en la sangre, principalmente y también de la dosificación. La recuperación es ascendente de pies a cabeza				

CAPITULO IV

4. INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

4.1. JERINGA Y ANESTESIA.

Existen dos tipos básicos: de aspiración y de no aspiración. La de aspiración disminuye el riesgo de la aplicación de la anestesia en un vaso.

4.2. BISTURI.

Existen dos tipos: Mango y hoja separables y hoja no separables.

Los primeros tienen diferentes funciones según su uso:

- Hoja # 10: Grandes cirugías
- Hoja # 11: Incisiones para drenar abscesos en piel y mucosa
- Hoja # 12: En tuberosidad
- Hoja # 15: Para zonas posteriores
- Hoja de Bad-Parker: Para procesos periodontales, zonas interpapilares. De elección en cirugía oral en pequeñas incisiones

4.3. PERIOSTOTOMO, LEGRA O 7A.

Su uso se hace en tres formas:

- Impulsión

- Tracción
- Palanca

Su principal uso es separar el colgajo del hueso.

4.4. RETRACTOR DE COLGAJO.

Usos: En casos de métodos abiertos, para evitar traumatismo del colgajo y permitir mayor visibilidad y mejor zona de trabajo.

4.5. DEBRIDADOR.

Indicaciones: Para eliminar la adherencia givivo dentaria, evitando el desgarre de la encía y facilitando la acción de los forceps.

Usos: En forma de lapicero.

4.6. PINZAS HEMOSTATICAS.

- Kelly
- Mosquito

Indicaciones: Para hemóstasis, para traccionar hacia afuera, para remover tejidos blandos de superficie o intraóseos.

4.7. TIJERA METZEMBOWN.

Indicaciones: Exclusivas para tejidos blandos.

4.8. PINZAS DE ALLIS.

Indicaciones: Para sostener tejidos blandos.

4.9. ELEVADORES.

Clasificación según su uso:

- Para luxar todo el diente
- Para luxar raíces fracturadas a nivel del margen gingival
- Para luxar raíces fracturadas a nivel del tercio medio
- Para luxar raíces fracturadas a nivel del tercio apical
- Para levantar muco-periostio

Según su forma:

- Rectos
- Angulares
- Barra cruzada

Indicaciones: Luxar dientes que no pueden ser tomados por los mordientes de los forceps.

4.10. ESCOPLLO Y MARTILLO.

Indicaciones: Remoción de hueso, odontosección. El escoplo puede ser: Unibicelado, para odontosección; bibicelado, para oseteotomía.

4.11. FRESAS QUIRURGICAS.

Indicaciones: Eliminación de hueso (ventanas), seccionar dientes. Según su forma son: redondas y de fisura.

4.12. CANULAS Y ASPIRADOR.

Indicaciones: Mantener el campo operatorio lo más seco posible ayudar a la visualización y evitar molestias al

paciente.

4.13. ALVEOLOTOMO (Pinzas Gubias).

Indicaciones: Retirar hueso interdentario que sobresalga después de una exodoncia (alveolotomía). Agrandamiento de una ventana ósea en la extirpación de un quiste, o para retirar una raíz fracturada.

4.14. LIMAS PARA HUESO.

Indicaciones: Para alisado final del hueso. En sitios donde después de exodoncia por el espacio u otra causa no se puede pasar las gubias

4.15. CURETAS.

Indicaciones: Instrumento de exploración. Para retirar partículas o espículas óseas del alvéolo. Eucleaciones de quistes, granulomas o neoplasias quísticas.

Contraindicaciones: Infecciones agudas, estimular hemorragia, extraer granulomas después de la exodoncia de dientes primarios.

4.16. PORTA AGUJAS.

Indicaciones: Únicamente en la etapa de sutura; se diferencia de las hemostáticas en que la parte activa es más corta y las estrías no son en sentido transversal.

4.17. AGUJAS DE SUTURA.

Puede ser traumáticas y atraumáticas.

4.18. SUTURAS.

Reabsorvibles	No Reabsorvibles
Naturales:	Hilos
Cat-gut simple	Nylon
Cat-gut cromado	Sedas
Colágeno	Agrafes
Sintéticas:	
Dexón	
Dicril	

4.19. FORCEPS.

Utilizados en los diferentes tipos de cirugía, en los cuales necesitamos la exodoncia de uno o varios dientes. Es básico conocer ciertas reglas para su uso. Saber que los forceps son un instrumento basado en el principio de la palanca de primer grado.

Consta de dos partes:

Parte activa: Se adapta a la corona anatómica de los dientes o los molares.

Parte pasiva: Es el mango de los forceps.

La parte activa es cóncava en su interior presenta estrías, las cuales deben ir colocadas sobre cemento y no sobre esmalte,

ya que así disminuye el riesgo de fractura.

La parte pasiva presenta en sus caras externas estrías para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador. Seleccione con anterioridad los forceps para evitar fracturas o contratiempos.

Fuerzas básicas ejercidas durante la exodoncia:

- Maxilar Superior.

La primera fuerza que se realiza o se aplica para toda exodoncia del maxilar superior es una fuerza apical; hasta que las estrías se fijan en cemento.

Incisivo Central: Presión, Vestibular, lingual; presión vestibular con rotación mesial.

Incisivos Laterales: Presión vestibular con rotación mesial.

Canino: Presión vestibular, presión lingual; exodoncia hacia vestibular o lingual.

Premolares: Presión vestibular, presión lingual; exodoncia hacia vestibular o lingual.

Molares: Primer molar; presión vestibular, presión lingual; exodoncia hacia vestibular.

Segundo Molar: Presión vestibular, presión lingual, exodoncia hacia vestibular.

- Maxilar Inferior.

Igual que en el superior, la primera fuerza es apical.

Incisivo Central: Presión vestibular, presión lingual,

fuerzas suaves mesodistales y exodoncia hacia vestibular.

Incisivos Laterales: Presión vestibular, presión lingual, fuerzas suaves mesial distal y exodoncia hacia vestibular.

Canino: Presión vestibular con rotación mesial.

Premolares: Primer molar, presión vestibular, presión lingual, exodoncia hacia vestibular; Segundo molar, presión vestibular, presión lingual, exodoncia hacia vestibular.

4.19.1. Forcep # 150.

Indicaciones: Para molares superiores, con grandes cavidades susceptibles a fractura; en general para todos los superiores y para molares temporales.

4.19.2. Forcep # 151.

Indicaciones: Para molares inferiores, con grandes cavidades susceptibles a fracturas, en general para todos los inferiores. Se puede usar en temporales inferiores.

4.19.3. Forcep # 16 (Cuerno - vaca).

Indicaciones: Para molares inferiores que no presenten las raíces fusionadas.

4.19.4. Forcep # 69.

Indicaciones: Raíces abandonadas superiores.

4.20. Tijeras de Sutura.

Se utilizan únicamente para cortar material de sutura.

Jeringa de Irrigación.

Se utiliza con suero fisiológico para lavar el campo.

CAPITULO V

5. LESIONES.

Este capítulo básicamente tratará diferentes tipos de lesiones comunes que impiden la buena adaptación de una prótesis total. Son muchos y muy variados los tipos de lesiones en maxilares adéntulos, pero aquí hablaremos de los más comunes en nuestra práctica diaria.

5.1. TORUS.

Esta entidad patológica ha sido clasificada en dos tipos. Uno palatino y otro mandibular, habiendo predilección en el maxilar superior.

Etiología: Ambas clases de torus tiene etiología de tipo hereditario que sigue una pauta Mendeliana dominante. Se ha revelado en base a estudios por ejemplo si ambos progenitores tenían torus el porcentaje en los hijos de la frecuencia de torus variaba entre 40% y 64%; cuando ninguno de los progenitores presentaba el torus, el porcentaje era de 5% y 8%.

5.2. TORUS PALATINO.

5.2.1. Características Clínicas.

Se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre, con una relación aproximada de 2 a 1. Se puede encontrar a cualquier edad, incluso en las primeras décadas, para alcanzar su punto culminante de frecuencia poco después de los 30 años.

Se presenta como una saliente en la línea media del paladar y adquiere varias formas; ha sido clasificado desde el punto de vista clínico en plano, fusiforme, nodular o lobular.

La mucosa se observa intacta pero a veces aparece más pálida, si se traumatiza se ulcera; su tamaño puede alcanzar de 1 o más centímetros. Es indoloro.

5.2.2. Radiográficamente.

Su composición de hueso más densa, da en las placas oclusales la imagen de un círculo radiópaco, generalmente bien delimitado; es recomendable hacer una placa lateral para descartar una neumatización.

5.2.3. Histopatología.

El examen microscópico de una biopsia de torus muestra engrosamiento del epitelio, hiperqueratosis de la superficie. En la mayor parte de los casos hay infiltrado inflamatorio de la capa papilar del corión, que demuestra irritación causada por los traumatismos durante la masticación.

5.2.4. Tratamiento Quirúrgico.

El torus no tiene importancia patológica, pero el choque de

una prótesis total contra él, son o es, fuente de dolor e irritación crónica que puede producirse una infección la dentadura. En casos extremos puede volverse un factor etiología de proceso maligno bucal.

La extirpación de este torus deberá hacerse con un gran cuidado para evitar crear una abertura buco-nasal.

5.2.4.1. Anestesia.

Torus palatino infiltrativas a su alrededor.

Torus mandibular conductiva, con frecuencia del mentonero.

Incisión en la línea media en el mucoperiostio que reviste el ensanchamiento óseo y extendiéndola anteriormente a partir del borde más cercano al paladar blando hasta un punto 3 ó 4 mm antes del borde anterior del torus. Si el torus es largo, pueden hacerse otras incisiones bilaterales formando ángulos con los polos anterior y posterior de la incisión en la línea media y para crear colgajos que puedan reflejarse y por lo tanto permitir una mayor exposición del torus.

Se levanta con el periostotomo la mucosa que cubre la lesión, este paso deberá hacerse con cuidado, ya que la mucosa en el centro del torus es delgada y susceptible de romperse.

Ya expuesto el hueso adecuadamente se utilizan fresas # 6 o de fisura # 701 ó 702 para formar surcos entrecruzados; estos surcos deberían llevar una profundidad de acuerdo a la superficie palatina que se planea reconstruir.

Con una línea de hueso, pinzas gubias o fresas de diamante, se nivelará el borde óseo que permanece en la periferia donde estaba el torus.

El área se liga a fondo, se regresan los colgajos a posición y se sutura con seda 000 en forma continua.

Si el paciente usa prótesis, podrá usarse como tablilla; la superficie de la dentadura se cubre con un material de revestimiento o un acondicionador de tejidos. En caso de no usar prótesis, debe tomarse primero una impresión, prepararse en vaciado, quitar el contorno del torus y fabricar una placa o tablilla de acrílico para colocársela al paciente al terminar la cirugía. La duración de esta placa o tablilla es de 48 horas después de la cirugía, se retira para limpiar e inspeccionar la herida. Se puede dejar como apósito días después retirándola después de cada comida para limpiarla.

5.3. TORUS MANDIBULAR.

5.3.1. Características Clínicas.

Se presenta en la superficie lingual de la mandíbula, sobre la línea milihioidea, por lo cual está a la altura de los premolares. Al igual que el torus palatino, varía en su forma y tamaño; en gran porcentaje son bilaterales aunque en un 20% son unilaterales. Las protuberancias uni o bilaterales pueden ser únicas o múltiples y se observan frecuentemente en radiografías periapicales; es indoloro, la mucosa puede estar un poco más pálida; se dice que es quirúrgico sólo en los cuales impide la

colocación de una prótesis.

5.3.2. Radiográficamente.

Se observa a los radiográficos periapicales pero en las oclusales es más claro y se observa más como masas alargadas, radiopacas, generalmente bilaterales.

5.3.3. Tratamiento Quirúrgico.

5.3.3.1. Anestesia.

Se hace una incisión a lo largo del reborde alveolar en pacientes desdentados; estas incisiones deben ser lo suficientemente amplia para proporcionar una adecuada exposición y retracción del colgajo para evitar lesionarlo al desprender el torus. Nunca debe hacerse la incisión sobre el torus ya que podría presentarse problema al aflojar y retraer el colgajo y sería difícil suturar, debido al inadecuado sitio de incisión y a la interferencia de la lengua.

Se levanta el colgajo con un periostótomo solo el lado lingual, dejando el periostio vestibular intacto. Con una fresa de fisura se corta el torus, teniendo un buen control sobre el instrumento.

Irrigar con suero el área y aspirar para eliminar todos los desechos. Se vuelve el colgajo a su posición normal u original y se sutura con dexón 000.

Si el paciente usa dentadura, debería ser revestida de un

material blando o acondicionador de tejido; si el paciente no usa dentadura no es necesario confeccionar una tablilla como en el caso del maxilar superior.

5.4. HIPERPLASIA INFLAMATORIA FIBROSA.

5.4.1. Etiología.

Una de las reacciones más comunes a la prótesis mal adaptadas es la hiperplasia de tejido que está en contacto con los bordes del aparato.

5.4.2. Características Clínicas.

La hiperplasia fibrosa inflamatoria generada por traumatismos protésico se caracteriza por formación de agrandamientos alargados de tejido en la zona del pliegue mucovestibular a los cuales se adapta el borde de la prótesis. Esta proliferación suele ser crónica, su color es rojizo, se nota edematizado, puede estar irritado o hasta presentar úlceras en la base del pliegue dentro del cual se adapta el flanco del aparato, a la palpación es firme, no es doloroso a no ser que esté traumatizado, lo que más lleva al paciente a consultar es el factor estético.

5.4.3. Histopatología.

La masa hiperplásica de tejido se compone de un núcleo de tejido conectivo fibroso cubierto de una capa de epitelio escamoso estratificado que puede ser de espesor normal o

ligeramente acantósico.

A veces hay hiperortoqueratosis o paraqueratosis. El tejido conectivo se compone en su mayor parte de gruesos haces de fibras colágenas con algunos fibroblastos o vasos sanguíneos salvo que haya una reacción inflamatoria activa. Sin embargo, es frecuente ver esta reacción en la base de la fisura próxima al flanco de la prótesis, en especial si el tejido tiene úlceras superficiales.

5.4.4.1. Anestesia.

Es suficiente una anestesia local infiltrativa alrededor de la lesión. La anestesia con adrenalina nos dará mayor tiempo de trabajo y un campo de mejor visibilidad ya que disminuye el sangrado tan abundante en este tipo de cirugías.

Se levante el labio de manera que dé buena exposición de toda la lesión. Se toma el fibroma con unas pinzas mosquito o unas pinzas Allis; esta última nos ayuda a circunscribir con sus mordientes el sitio por el cual el bisturí incide.

Este paso quedará al criterio del operador, en el cual se pasarán con unos hilos previos de sutura antes de seccionar el fibroma; ésto para disminuir la hemorragia más pronto. Estos puntos de sutura se pasaran un poco más arriba de la base de implantación del fibroma.

Teniendo el fibroma no muy traccionado con unas pinzas de Allis o mosquito, con un bisturí de Bad-Parker hoja # 15 se

secciona el proceso de derecha a izquierda procurando no cortar los hilos en esta maniobra, si los hay. En un primer tiempo se secciona la mitad anterior o bucal del proceso y se dirige el bisturí en tal sentido para poder incidir el fibroma en cuña; a continuación, traccionando el fibroma hacia el labio, se secciona la hipertrofia por su cara lingual.

Por último se hará la sutura con puntos aislados, sin ejercer demasiada presión; también hay que tener en cuenta que el método de sutura del labio con labio tiene el inconveniente serio desde el punto de vista protésico disminuyendo la profundidad del surco, se usará cat-gut o seda 000.

Se recomendará al paciente; colocación de compresas frías las primeras 24 horas; posterior a éstas, compresas calientes. Se darán analgésicos en caso de molestias postoperatorias, se citará a control en ocho días para retirar puntos si la cicatrización ha sido correcta. Por último se le harán nuevas prótesis al paciente.

5.5. Regularización de Reborde.

5.5.1. Indicaciones.

La corrección del reborde alveolar es obligatoria cuando se hacen exodoncias múltiples y se pretende un buen ajuste de la prótesis.

Para ésto es preciso eliminar las espículas óseas, remodelar el contorno gingival y nivelar los procesos alveolares, sobretodo en caso en que haya existido periodontitis

marginal con reabsorción ósea.

5.5.2. Tratamiento Quirúrgico.

Después de la exodoncia se inciden las papilas hasta un centímetro más allá de los límites de la exodoncia. Se disecciona la mucosa marginal, pero sin llegar a la mucosa libre, sobre todo si el fondo del vestíbulo es corto.

Con unas pinzas gubias se retiran las espículas e irregularidades óseas más prominentes, siendo conservador, es decir, no disminuyendo demasiado la altura del hueso. Para lograr lo anterior, las pinzas gubias deben ser paralelas a la superficie ósea.

Con una lima de hueso con movimientos de impulsión y tracción, se remodela la zona, se comprueba el resultado obtenido por palpación digital.

Se irriga fuertemente la zona con suero fisiológico, se remodelan los márgenes gingivales y el tejido de granulación mediante tijeras Metzemaum, de manera que las papilas se adapten, en caso necesario sobre los septus óseos interdientales. Luego se repone el colgajo, suturando con seda 000, haciendo sutura continua sin tensión excesiva, de modo que los alvéolos permanezcan parcialmente abiertos; este procedimiento se usa en caso de prótesis inmediata.

5.6. RECESION INTRA-ALVEOLAR.

5.6.1. Indicaciones.

Desde el punto de vista de las prótesis inmediatas es

posible en el maxilar superior, utilizar una técnica poco complicada. La parte vestibular de una prótesis hace que con frecuencia el labio superior sobresalga más de lo debido de manera que cambia la fisonomía del paciente. Este problema estético se puede corregir sin perder mucho hueso.

5.6.2. Tratamiento Quirúrgico.

Anestesia: Se hace infiltrativa a nivel palatino y vestibular. Después de realizar las exodoncias se inciden los extremos de las papilas. Utilizando una frasa de hueso se extirpa el septum interdental totalmente, hasta el fondo del alvéolo. En la cara bucal del alvéolo se realiza osteotomía que atraviese toda la cortical. Mientras que la mucosa se protege labialmente con un dedo.

Finalmente se comprime la zona de la intervención donde se ha seccionado hueso, de manera que al hacer presión se fractura la cortical labial, a todo lo largo de la base del alvéolo. No es necesario suturar si se coloca la prótesis inmediata. El aparato protésico deberá haber sido para una buena adaptación. Es de importancia decir que este procedimiento no se deberá realizar conjuntamente con alguna exodoncia, ya que la vitalidad del hueso que fracturamos un colgajo al mismo tiempo con éste procedimiento el hueso se necrosará.

5.7. FRENILECTOMIA.

5.7.1. Características Clínicas.

La reabsorción del proceso alveolar en unas ocasiones y en

otras frenillos muy bajos antes de la exodoncia o pérdida de dientes, pueden hacer que los frenillos labial y bucal interfieran desfavorablemente en la estabilidad de la prótesis. La técnica quirúrgica para su corrección depende del tamaño del frenillo. Si son poco gruesos y están bien delimitados, se extirpan mediante una incisión en forma de V. En muy pocas ocasiones se hará en frenillos laterales.

5.7.2. Tratamiento Quirúrgico.

5.7.2.1. Anestesia.

Se infiltra anestesia en el origen e inserción del frenillo y se espera cinco minutos.

5.7.2.2. Incisión.

Por medio de un bisturí de Bad-Parker con hoja # 15 el tejido se libera del periostio, seccionando con tijeras de tejido al fondo del vestíbulo.

5.7.2.3. Sutura.

La herida resultante de forma romboidal, se sutura con seda 000, con puntos aislados. Es importante que a nivel del fondo del vestíbulo se incluya también el periostio para asegurar la altura. La prótesis se remodela con acrílico de autopolimeración de manera provisional, aunque al cabo de cuatro semanas debe confeccionarse una nueva dentadura.

En caso en que el frenillo sea grueso y base muy ancha, es

mejor corregirlo por medio de vestibuloplastia.

Se realiza una incisión semicircular en la parte del reborde, se disecciona el frenillo con tijeras de Metzembauem liberando el periostio y seccionando las fibras musculares que se insertan a nivel del proceso alveolar.

La parte móvil de la herida se fija al fondo del vestíbulo mediante seda 0000, con puntos de sutura horizontales, quedando una herida abierta que cicatrizará por segunda intención. Mientras no cure o cierre esta herida, es mejor no colocar la prótesis para evitar la irritación y que provoque o aparezca tejido de cicatrización hiperplásico. Cuando la herida ya esté seca, se procederá a confeccionar la nueva prótesis aproximadamente a las dos o tres.

5.8. HIPERPLASIA FIBROSA DE REBORDE.

5.8.1. Características Clínicas.

Es de igual color que la mucosa adyacente, aunque puede estar ligeramente irritada, no es dolorosa, pero su problema radica en que puede llegar a ocupar todo el espacio intermaxilar en oclusión, interfiriendo en la confección y estabilidad de una prótesis. Es importante que antes de intervenir y eliminar el tejido hiperplásico, hacer un estudio radiográfico, para tener seguridad que no haya ningún diente incluido o un crecimiento anormal de hueso.

Clásicamente esta lesión se caracteriza por el crecimiento

en tamaño y número de fibras de tejido conectivo, se observa buena irrigación sanguínea y el epitelio se ve normal, a no ser que sufra laceración por la prótesis.

5.8.2. Técnica Quirúrgica.

5.8.2.1. Anestesia.

Dos centímetros cúbicos en nervios palatinos posteriores e infiltrativa a nivel de tejido hiperplásico.

Después del examen radiográfico minucioso, por las causas antes dichas, con bisturí Bad-Parker hoja # 15 se hace una incisión desde la zona pterigomaxilar hasta el límite anterior del tejido hiperplásico. Al hacer esta incisión se debe tener cuidado con la arteria palatina posterior o descendente.

Se extirpa la zona triangular de la incisión y se disecciona por los bordes de la mucosa, eliminando el exceso de tejido que pueda existir. Igualmente las áreas socavadas o de exceso se eliminan con fresas quirúrgicas, se va irrigando y luego se regulariza el tejido óseo con limas para hueso.

Se revisa la escisión del tejido hiperplásico, aproximando los bordes de la herida, si sobra tejido se elimina con las tijeras, se sutura con seda 000, con sutura continua la cual permanece durante cinco días, deberá rebasarse la prótesis provisionalmente.

5.9. EXODONCIAS MULTOPLES Y PROTESIS INMEDIATA.

Este procedimiento es usado en pacientes cuyos dientes

remanentes no tengan mayor posibilidad terapéutica o queden muy pocos e interfieran en la confección de un aparato protésico, ya sea porque no sirven como soporte protésico o como soporte del futuro aparato u otra causa.

5.9.1. Ventajas de la Prótesis Inmediata.

Estético.

El paciente no dura mucho tiempo desdentado

Psicológico.

Adaptación más rápida del aparato

Fisiológico.

Cicatrización más rápida, además hay una menor reabsorción ósea, se mantiene la dimensión vertical, la fisiología muscular no se altera.

5.9.2. Tratamiento Quirúrgico.

5.9.2.1. Anestesia.

Se puede realizar bajo anestesia general o local. En el caso de anestesia local es ideal lograr anestesia a distancia tipo infraorbitaria, conductiva inferior o alveolar posterior superior. La razón de hacer esta anestesia es evitar en lo máximo la edematización de los tejidos lo cual puede dificultar la acomodación del aparato.

5.9.2.2. Incisión.

Con bisturí Bad-Parker hoja # 15, se trazan dos incisiones

desde el surco vestibular hasta la parte distal de cada canino. Se seccionan las partes interdentarias y se desprende el tejido gingival del cuello de los dientes. Por el lado palatino se realiza el desprendimiento de la fibromucosa y se traza una incisión pequeña (incisión relajante), en distal de cada canino, para no traumatizar la fibromucosa.

5.9.2.3. Desprendimiento del Colgajo.

Con un periostótomo o legra se separa el colgajo bucal hasta el nivel del apical de los dientes anteriores.

5.9.2.4. Exodoncia.

Se harán las exodoncias de acuerdo a la técnica usada para cada diente. Importante evitar la fractura de la tabla vestibular.

5.9.2.5. Osteotomía.

Se realizará por medio de fresas, limas de hueso y el alveolótomo o gubias, se hará este procedimiento después de haber unido con un dedo los bordes e irregularidades.

5.9.2.6. Sutura.

Se hace con Cat-gut 000, se realiza sutura continua la cual no debe quedar muy templada y debemos chequear no queden restos óseos dentro de los alvéolos.

Se colocará la prótesis (no se debe retirar hasta 24 horas después), la cual nos ayudará a disminuir la hemorragia y nos dará una cicatrización más rápida. A la superficie interna de la prótesis se le aplicará un apósito quirúrgico; usamos cemento quirúrgico para esto.

Se citará a los ocho días para control, retirar la sutura y generalmente se debe rebasar de nuevo la prótesis.

5.10. REABSORCION DE REBORDE.

5.10.1. Etiología.

En este capítulo trataremos lo referente a la profundización de vestíbulo y procedimientos de aumento de reborde producidos por causas de desuso, pérdida prematura de dientes, prótesis mal adaptadas, que conlleva a una reabsorción ósea, en determinados casos, la superficie de soporte se reduce tanto que la prótesis fracasará cuantas veces se haga.

El objetivo de profundizar el vestíbulo es descubrir el hueso basal de las mandíbulas volviendo a colocar la mucosa suprayacente, inserciones musculares y músculo en una posición más baja en el inferior o más alta en el superior; así, el área de soporte será mayor y por consiguiente con mejores resultados.

No todos los casos de atrofia de hueso basal pueden ser tratados por esos métodos.

5.10.2. Clases de Injertos.

- Según su carácter específico:

Isoinjerto o isigénico: Individuos genéticamente idénticos.

Aloplásticos: Materiales inertes.

Singenesioinjerto: Entre consanguíneos y familiares.

- Según el sitio de donde se tome el injerto:

Esponjoso: Se toma por debajo de la cortical, principalmente de la cresta iliaca.

Compactos: Se toma con o sin perióstio de la cortical

- Según la procedencia del injerto:

Homo-injerto: Homólogo obtenido de seres de la misma especie en humanos. Su obtención principalmente es de cadáveres que reúnen las condiciones deseadas.

Auto-injerto: Obtenido en el momento de la intervención del mismo paciente. Extraído preferiblemente de cresta iliaca, costilla y tibia.

Hetero-injerto: Se obtiene de seres de diferentes especie.

- Según la forma de utilización:

Frescos: Se utilizan inmediatamente después de su obtención.

Preservados: Transcurre algún tiempo entre su obtención y su utilización.

Condiciones y características que se deben tener en cuenta para el éxito del injerto:

5.10.2.1. Condiciones de la Zona Donadora.

Anatomía y morfología debe parecerse en lo posible al tejido perdido. No debe ocasionar trastornos funcionales en la

zona donadora.

5.10.2.2. Condiciones de la Zona Receptora.

Se debe tener una estricta asepsia para evitar contaminación en el injerto y localización de focos de infección.

5.10.2.3. Condiciones del Injerto en Sí.

Ante todo debe estimular la osteogenesis. Debe ser lo más compatible posible histológicamente e inmunológicamente con el hueso huésped para que no haya rechazo. Debe ser rápidamente vascularizado.

5.10.3. Vestibuloplastia (Superior).

5.10.3.1. Indicaciones.

Se aconseja este procedimiento para pacientes con un pequeño reborde clínico y mucosa sana sobre el mismo sin fibrosis submucósica, hiperplasia, ni cicatrización excesiva. Una prueba para determinar si hay suficiente mucosa que soporta la extensión del surco consiste en empujar el espejo bucal superiormente en el surco labial. Si el labio superior se invierte o se lleva arriba fuertemente, existe mucosa insuficiente para realizar este tipo de vestibuloplastia.

5.10.3.2. Técnicas Quirúrgicas.

5.10.3.2.1. Anestesia.

Generalmente estos procedimientos que son largos y molestos para el paciente, es mejor usar anestesia general. Con anterioridad este paciente contará con todo tipo de exámenes para este caso ya que aunque no sea una cirugía de alto riesgo, la anestesia general si lo es y es mejor no arriesgar al paciente.

En la anestesia general se aplicará un inductor, el más usado tiopental, se le administrará gas (Elhetone) (Fluothane), se entubará por vía nasotraqueal, se le dará acetil colina 2 cc, se le aplicará xilocaína infiltrativa en la zona para lograr hemostasia y facilitar la disección.

5.10.3.2.2. Incisión.

Con un bisturí Bad-Parker hoja # 15, se hace una incisión en la línea media, de la espina nasal a la papila incisiva. A partir de esta incisión con tijeras de Metzemaum, se procede a disecar la submucosa distalmente a cada lado, separando los tejidos hacia abajo hasta la cresta del reborde y hacia arriba hasta restaurar una buena altura vestibular.

5.10.3.2.3. Disección.

Se liberará el tejido conectivo submucósico del periostio con un elevador de periostio, esto se hace estableciendo un plano supraperiostico y se logra mejor con tijeras de tejido blando.

Los tejidos liberados pueden ya volver a colocarse

superiormente para rellenar un defecto en la fosa del canino; la espina nasal anterior si es prominente o si interfiera en el asentamiento de la prótesis, se interviene con la incisión vertical inicial y se reseca con un osteotomo.

5.10.3.2.4. Sutura.

Con dexón 000 se cierran las incisiones, se irriga con suero fisiológico.

5.10.3.2.5. Férula.

Este paso deberá haber sido previsto con anterioridad y consiste en realizar una especie de plato base sobre un modelo del paciente el cual desgastamos el vestíbulo y extendemos allí el plato acrílico aproximadamente 3 o 5 mm, el cual evitará que los músculos y demás estructuras vuelvan a su posición original. La férula se fija en el maxilar superior con alambres perialveolares o suturas de nylon.

Debe recomendársele al paciente una buena limpieza, ya que se ha presentado casos en los cuales el paciente por mala higiene, presenta períodos largos de Cándiasis de difícil tratamiento.

5.10.4. Vestibuloplastia de Injerto de Mucosa Bucal.

5.10.4.1. Técnica en Maxilar Superior.

5.10.4.1.1. Anestesia.

Se puede realizar con anestesia general preferiblemente o

con local infiltrando la submucosa con lidocaina al 2% y solución de adrenalina al 1/100000 para distender tejidos, proporcionar hemóstasis y facilitar la disección.

5.10.4.1.2. Incisión.

Se realiza a través de la mucosa en la unión de la mucosa adherida y la mucosa libre, de un cojín malar a otro, con bisturí Bad-Parker hoja # 15.

5.10.4.1.3. Colgajo.

Se hace un colgajo supraperiostico, por disección cortante. Se lleva hacia arriba y hacia afuera de la fosa canina a la región del nervio suborbitario. En la línea media la incisión llega a la abertura piriforme, sin perforar la mucosa nasal. Como en la técnica anterior si la espina nasal anterior es prominente se elimina con osteotomo.

5.10.4.1.4. Sutura.

El margen liberado se sutura por arriba del periostio con daxon 0000, para delinear la nueva altura vestibular. Para evitar recaídas el operador puede utilizar injertos de mucosa para asegurar el colgajo en su nueva posición.

5.10.4.1.5. Obtención del Colgajo.

Se mide el tamaño de la mucosa donadora sobre el lugar que lo recibe, utilizando hoja de estaño esterilizada. Se inyecta

lidocaína. Se corta el contorno del injerto hasta la submucosa, pero sobre el periostio. Después de liberarlo en su base, se coloca sobre unas gasas humedecidas con solución salina fisiológica. Es importante controlar la hemorragia del paladar ya que se encuentran numerosos vasos, ésto se logra por medio de suturas o electrocauterización. A continuación se prueba el plato sobre extendido o la placa palatina.

Después de probar y medir el injerto, para cubrir el lecho que lo recibe, se recorta y se fija al periostio con dermalón # 000000, cuando se haya logrando meticulosamente hemostasis. Esta es la etapa más delicada y más larga de la operación, si el injerto tiende a levantarse, se colocan puntos de colchonero horizontales en la parte media del injerto para mantenerlo en su lugar.

El injerto se cubre con la placa acrílica revestida de cemento quirúrgico y se fija al maxilar superior con alambres perialveolares o sutura de nylon. Es importante no producir necrosis del injerto por presión excesiva.

5.10.4.1.6. Cuidado Postoperatorio.

La férula permanece intacta durante siete días, después de este período se comprueba la curación del sitio donador y la viabilidad del injerto. La mucosa estará cubierta por un coágulo blanco de células de descamación que al frotarse suavemente, presentará una superficie granulosa hemorrágica. Esto será evidencia de la viabilidad del injerto. En menos de dos semanas el injerto tomará su color normal. A las cuatro

semanas, se podrá hacer la prótesis definitiva.

5.10.4.2. Procedimiento para Maxilar Inferior.

Vestibuloplastia con injerto de mucosa bucal.

5.10.4.3. Indicaciones.

Esta indicado en pacientes con surco obliterado por altas inserciones musculares, extensa cicatrización local, extensa atrofia ósea del maxilar inferior con los nervios mentoneanos saliendo en la cresta del reborde, o extensión normal del surco de canino a canino por exodoncias prematuras o enfermedad periodontal.

5.10.4.3.1. Técnica.

El procedimiento se puede realizar con anestesia local, aunque como se ha dicho anteriormente, es mejor la anestesia general. Con local se infiltra lidocaína en el surco vestibular y en la mucosa lingual para edematizar el tejido y facilitar la vasoconstricción.

La incisión vestibular es igual a la técnica utilizada en maxilar superior. La incisión lingual se hace por dentro de la cresta alveolar, de un triángulo retromolar al otro. Se retrae la lengua, para poner en tensión el músculo milohioideo. Esto facilita la disección que se alterna roma y cortante, lo que hace protuir las fibras musculares en la incisión.

Se toma el injerto de zona de paladar, se procede de igual

manera, colocando el injerto sobre una gasa o suero fisiológico, para evitar que al llevarlo al sitio receptor no pegue.

Se sutura el injerto con dermalon 0000000, cuando se haya logrando una hemostasis aceptable.

Se coloca un plato acrílico sobre extendido, elaborado previamente, en un modelo de yeso, el cual profundizamos en el yeso 2 a 5 mm, es importante que éste plato acrílico lleve un relieve a nivel del nervio mentoniano. Se inserta el plato con un agente hemostático como el cemento quirúrgico, se fija por medio de alambre inoxidable con la ayuda de una aguja hipodérmica larga de calibre 17, la cual se dobla un poco y se pasa a través del lado lingual, de la piel del piso de la boca. Se introduce un alambre calibre 26 por el interior de la aguja desde el lado de la piel y se toma con una pinza hemostática dentro de la boca; entonces se retira la aguja, volviendo a introducir bucalmente en el vestíbulo, tratando de lograr el mismo orificio de salida en la piel, que en el primer paso. En seguida el alambre que está afuera se lleva por la aguja a cavidad bucal y se anuda sobre el plato acrílico. Como recordaremos, este plato nos evitará la emigración de inserciones musculares o su origen normal. La presión de este plato no debe ser excesiva se retirará a los siete días y se revisa la viabilidad del injerto; a las cuatro semanas se puede iniciar la elaboración de la prótesis.

5.10.5. Vestibuloplastia con Injerto de Piel Bucal y Descenso Completo del Piso de la Boca.

En ciertos tipos de procedimiento no se logra conseguir suficiente mucosa palatina, para cambiar el área del surco extendido y se usa injerto de piel sin vello, áreas como parte interna del muslo, región de nalgas y parte externa del abdomen.

5.10.5.1. Indicaciones.

En maxilares atróficos pero no demasiado delgados con frenillo e inserciones milohioideas altas, cubiertos por mucosa no queratinizante delgada, atrófica y móvil. El paciente típico es aquel con boca con ulceraciones a causa de la prótesis y con antecedentes de incapacidad de mover y retener una dentadura postiza inferior total en situaciones de tensión funcional. Habrá necesidad de hablar con el paciente y explicarle las secuelas de hiperestesia, parestesia o anestesia del nervio mentoniano, unidas a disfagia grave y dolor al deglutir que se asocia a operaciones realizadas en el piso de la boca. En lugar donador deberá tener especial cuidado, hasta que se caiga el apósito de gasa de malla fina, tres a cinco semanas después de la cirugía y que la piel nueva cubra el sitio donador.

5.10.5.2. Planeación Preoperatoria.

Esto variará de acuerdo al paciente, pero una buena preparación del paciente deberá hacerse en base a radiografías, para asegurarse del tamaño y forma del hueso basal, la posición de los agujeros mentonianos y la presencia y ausencia de rebordes afilados. Se prepara una impresión sobre un modelo

sobreextendida sobre la cual se confecciona una placa acrílica, que sobrepasa sin tocar el nervio mentoniano.

El día anterior a la cirugía, decadrón 4 mg intramuscular, se disminuye el corticosteroide a 2 mg dos veces al día y después se suspende en el tercer día del período postoperatorio. Esta administración eliminará la probabilidad de formación de además y la posibilidad de infección postoperatoria. Es de suponer que el paciente tenga los exámenes mínimos como Rx, sangre.

5.10.5.3. Técnica Quirúrgica.

Básicamente la primera parte de la técnica es suturar la vestibuloplastia simple, pero reiteraremos su totalidad.

5.10.5.3.1. Anestesia.

Se logra con anestesia general, pero el sitio del maxilar se infiltra con lidocaína para lograr buena vasoconstricción ya que la zona del piso de la boca es muy irrigada.

5.10.5.3.2. Incisión.

Se realizará con bisturí Bad-Parker hoja # 15, en la unión de la mucosa adherida y libre; de un triángulo retromolar al otro; se hacen dos incisiones externas relajantes, a través de las cuales se desarrolla un colgajo supraperióstico hacia afuera y hacia abajo, deteniéndose poco antes de la línea oblicua externa. Es importante la disección meticulosa del nervio

mentoniano. En ocasiones es necesario hacer descender el nervio debido a la presencia del agujero en la cresta, entonces se retira el nervio con un instrumento romo, mientras se hace descender el agujero con una fresa redonda # 6.

El surco anterior entre los agujeros mentonianos se ubica hacia los lados y hacia abajo, lo suficiente para cercenar los músculos canino y del mentón pero no en su totalidad, ya que si se hiciese así, el paciente mostraría después un labio inferior de aspecto flácido.

La segunda fase del procedimiento es en el piso de la boca en el cual se realiza una incisión en la mucosa, de un lado retromolar al otro. Se coloca el milohioideo en tensión y alternando la disección cortante y roma, se pueden hacer protuir las fibras musculosas en la incisión. Se pasan pinzas Kelly curvas bajo el músculo que se corta con tijeras cerca del maxilar, sin lesionar ni el nervio lingual ni el periostio, en la porción posterior de la incisión.

La disección restante de la pared faríngea externa a la inserción del geniogloso es roma y se realiza con el dedo enguantado. En la línea media se seccionan las fibras externas y superiores del músculo geniogloso, pero el fascículo muscular inferior se deja intacto para sostener la lengua. El periostio sobre la apófisis geni se corta verticalmente y se identifican las inserciones musculares; se anuda con Cat-gut crómico # 2-0 al fascículo que servirá como sutura de tracción, el fascículo se corta desde la inserción, las apófisis se reducen con

osteotomo y el periostio se cierra con sutura cr6mica.

5.10.5.3.3. Obtenci3n del Injerto.

Se prepara el 1rea de la parte externa del muslo. Se obtiene una porci3n de piel de 4 x 10 cm. laminado 0.49 a 0.625 cm con un dermatomo de Brawn o Padgett. Se coloca la piel sobre una gasa fina inmediatamente un ap3sito de malla fina y se cubre con un ap3sito de presi3n temporal durante el resto de la intervenci3n.

Se reducir1 al m3nimo el cuidado postoperatorio del sitio donador al exponer este a una l1mpara de calor seco, con p3rdida de ap3sito a las dos o tres semanas al producirse repitelizaci3n, bajo este.

5.10.5.3.4. Sutura especial.

Despu3s de tener el injerto listo dentro de la f3rula, los bordes liberados de los colgajos lingual y bucal se llevar1n a su nueva posici3n m1s baja, con puntos de sutura con mersilene o tendek # 2-0 cuidadosamente colocados en cabestrilla bajo el maxilar. Se pasan ocho puntos cerca del fasc3culo del geniogloso. Empezando por el lado externo hacia la l3nea media se pasa una lezna desde la piel que queda bajo el maxilar inferior hacia el piso de la boca, se enhebran ambos cabos de la sutura en el ojal de lezna que se lleva al borde inferior del maxilar inferior, entonces se pasa bucalmente al v3stibulo, donde se quita un cabo del ojo de la lezna. El cabo restante se

pasa a través de la mucosa del colgajo bucal, esto determina la colocación de una sutura en hamaca. Se anuda sobre un punto que sólo se quitará tirando hacia afuera con seda negra # 2-0 colocada en forma laxa en el surco gingival y enhebrado bajo todos los puntos en hamaca, esto facilitará su retiro en siete días.

Esta etapa puede omitirse, se usa daxon en lugar de mersilene o tendek. Los puntos en hamaca se someten a tensión, alternando la tracción con cada cabo terminal del material de sutura. Se tiran los tejidos bucal y lingual hacia abajo, profundizando así los vestíbulos. Se procederá a eliminar con tijeras de tejido fibroso excesivas inserciones musculares y tejido cicatrizado gingival, teniendo cuidado de no perforar el periostio.

5.10.5.3.5. Preparación Final del Lecho.

Mientras el cirujano coloca la piel en la férula, un asistente obtiene hemostasis del lecho, gracias a electrocauterización de los vasos sangrantes, presión y aplicación de agua helada.

Finalmente la férula contiene la piel se coloca sobre el sitio receptor y se mantiene con puntos circulares con mersilene o tendek # 2-0 (una anterior y otra posterior al agujero mentoniano), anudada circularmente sobre la férula. En ocasiones se puede mantener la férula con alambres de acero inoxidable perialveolares, técnica descrita en la

vestibuloplastia con injerto de mucosa bucal en el maxilar inferior.

5.10.5.3.6. Postoperatorio.

Edema e inflamación postoperatorios inmediatos, se controlan con decadrón, con apósitos de hielo y evitando alimentación por vía bucal hasta que la inflamación disminuya igual que el dolor. La alimentación con líquidos se inician a las 24 horas, progresando a una dieta rica en calorías y proteínas.

La férula se retira a los ocho días para comprobar la viabilidad del injerto y recortar el exceso de piel que no haya prendido. Se revestirán las antiguas dentaduras, realzando la periferia.

5.11. AUMENTO DE REBORDE.

5.11.1. Etiología.

En casos en que la atrofia o lesión de los maxilares ha sido tal que aunque se ha logrado extensión del reborde por medio del surcoplastia y el reborde es aún insuficiente habrá que pensar en procedimientos que aumenten el reborde. Este campo de la cirugía preprotésica había sido olvidada, debido a los fracasos continuos.

Tradicionalmente se han usado para aumentar el reborde cresta de hueso iliaco y las costillas, pero Bayine ha descrito

una técnica de regeneración ósea en la que se usa una malla de vitalio, conteniendo médula de hueso hematopoyético, incluido en un filtro Millipore reforzado con nylon. Aunque se han realizado numerosos tipos de injertos como cartílago aorta, hueso deshidratado y congelado, para restaurar rebordes, no se han obtenido buenos resultados.

Se ha preferido el injerto de cresta iliaca; parece que es más resistente a la infección, además, la presencia de grandes espacios en la sustancia del hueso esponjoso permite una vascularización rápida con supervivencia de muchas células del injerto.

Otro punto a través del injerto de cresta iliaca es que en experimentos realizados comparando el injerto de cresta con otro de costilla, en tres años la reabsorción es favorable al de cresta iliaca un 15%. La reabsorción del injerto de cresta es de 35% y el de costilla un 50%.

5.11.2. Técnica Quirúrgica.

5.11.2.1. Anestesia.

Se inyecta lidocaína al 2% con adrenalina para lograr hemostasis. Se coloca infiltrativamente.

5.11.2.2. Incisión.

Con un bisturí de Bad-Parker hoja # 15 se hace una incisión en la cresta de reborde de un lado retromolar al otro, teniendo cuidado de no cortar los nervios mentonianos; en caso de emerger

estos en posición alta sobre la cresta.

5.11.2.3. Colgajo.

Se levanta un colgajo mucoperiostico. Los nervios mentonianos se identifican y se liberan al entrar al labio, para evitar la tensión sobre estos durante la retracción.

Al mismo tiempo, otro equipo quirúrgico obtiene el injerto de hueso esponjoso, de la tabla interna del iliaco. El adulto puede fácilmente proporcionar un bloque de injerto de 8 x 3 cm y aproximadamente 25 a 30 ml de médula ósea esponjosa para depositarla en las articulaciones de los segmentos del injerto. Después de exponer el maxilar inferior, se desprende ampliamente el mucoperiostio, en el lado bucal se corta la inserción del músculo milohioideo en el sitio lingual; para liberar el tejido suficiente para ser ajustado sobre el injerto.

5.11.3. Técnica de Injerto Oseo.

Se secciona un bloque para el injerto, de la tabla iliaca en piezas de 1 a 1.5 cm con sierra Striker oscilante. Se prueba el ajuste de éstos y se contornean según sea necesario; la corteza se adelgaza pero no se quita completamente y se hacen fenestraciones en la corteza del maxilar inferior teniendo en cuenta de no penetrar el conducto dentario. El cierre se logra con dexon #000 tipo colchonero, teniendo la precaución de no ejercer mucha presión.

5.12. HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.

5.12.1. Etiología.

Se asocia comúnmente al uso prolongado de dentadura postiza, total o parcial mal adaptada. El llevar la dentadura día y noche, sin su higiene bucal adecuada, pueden permanecer alimentos mucho tiempo sobre la dentadura.

5.12.2. Características Clínicas.

La lesión se compone de numerosas proyecciones papilares rojas y edematosas, dispuestas muy cerca una de otra que abarcan casi la totalidad del paladar duro y le dan aspecto verrugoso. Las lesiones pueden extenderse hacia la mucosa alveolar. Pocas veces superan 1 ó 2 mm. El tejido puede estar inflamado, dando un aspecto un poco más rojo.

5.12.3. Histopatología.

El corte microscópico permite ver abundantes proyecciones verticales y pequeñas, compuesta cada una de epitelio escamoso estratificado paraqueratótico o a veces autoqueratótico y un núcleo central de tejido conectivo. En ocasiones se puede observar infiltrando celular inflamatorio.

5.12.4. Tratamiento Quirúrgico.

5.12.4.1. Anestesia.

Puede realizarse mediante anestesia local o general. La anestesia local por medio de infiltraciones de xilocaína con

epinefrina, ayudará a disminuir la hemorragia en un gran porcentaje. Al paciente se le administrará un sedante antes de la cirugía para que al terminar ésta, ya esté obrando éste.

5.12.4.2. Resección.

Por medio de unidad de electrocirugía totalmente rectificadora y un electrodo de asa, lo cual mediante continuas reacciones se irá retirando el tejido hiperplásico.

La profundidad de la resección se realiza hasta la submucosa. El color gris amarillento de la submucosa es una guía para lograr la profundidad adecuada de la resección. Debe evitarse la penetración del periostio para evitar fracturas óseas que retardarán la cicatrización. Se realizará una pequeña biopsia y se envía a Patología para confirmar el diagnóstico.

5.12.4.3. Férula.

Posteriormente, lograda una buena hemostasis, se colocará una férula o la misma prótesis, con un apósito como el cemento quirúrgico para reducir al mínimo el sangrado y el dolor postoperatorio.

Se hará control cada semana, se requerirán de cuatro a cinco semanas de cicatrización para hacer la nueva prótesis.

BIBLIOGRAFIA

- EMMETT R. COSTICH y RAIMOND P. WHITE. Cirugía bucal; México, Interamericana, 1974.
- KRUGER, Gustav O. Tratado de cirugía bucal; México, Interamericana, Segunda edición en español, 1974.
- ARCHER, Harry y otros. Cirugía Bucodental y atlas detallado de técnica quirúrgica; segunda edición, Buenos Aires, Editorial Mundial, 1958.
- RIES CENTENO. Cirugía bucal México, Interamericana, 1974.
- BIRNY, Herluf jens WINTHER, Erik. Atlas de cirugía oral; Barcelona, Salvat, 1977.
- SSHAFER, William G., MAYNARD, K. Hine, BARNET, M. Levy. Tratado de patología bucal; México, Interamericana, 1979.
- TIECKE, Richard W. Oral Pathology; B.S., D.D.S., M.S., F.A., C.D.
- GRAUT, BOLLEAU, J.C. Atlas de anatomía humana; An atlas of anatomy Baltimore, The William and Wilikins Co., 1963.
- McMinn, R.M.H. y HUTCHINCS, R.T. Atlas a color de anatomía humana; Chicago, year book medical, 1977.
- THOMA, Kurt H. D.M.D. Patología bucal; editorial hispanoamericana, México.
- TESTUD, L. Compendio de anatomía descriptiva; Barcelona, Salvat, 1967.
- ADRIANI, John. Anestesia regional de Labat; Primera edición en español, 1972.
- ATLAS DE PROTESIS TOTAL ITALIANO.
- MANUAL DE ANATOMIA. Departamento de morfología de la Universidad Javeriana.
- LABORATORIO LUTECIA DE COLOMBIA S.A. Exámenes de laboratorio; Edición No. 2, 1981.