



ACAPUN
INSTITUTE

INBDE



Cirurgía Oral

Cirurgía oral y maxilofacial contemporánea

-ACAPUN INSTITUTE-

CONTENIDO

Exodoncia: Descripción geral

- Incisión del tejido (pág. 3)
- Elevación del colgajo mucoperióstico (pág. 3)
- Retracción de los tejidos blandos (pág. 4)
- Sujeción de tejidos blandos (pág. 4)
- Control hemostático (pág. 5)
- Extracción de huesos (pág. 5)
- Irrigación (página 6)
- Extracción dentaria (pág. 6)
- Sutura de tejidos blandos (pág. 10)
- Checklist de la exodoncia (página 11)

Principios para el uso de botadores y fórceps (pág. 12)

Procedimientos para la exodoncia cerrada (página 15)

- Incisivos superiores (página 18)
- Caninos superiores (página 19)
- 1 premolar superior (página 20)
- 2 premolar superior (página 21)
- Molares superiores (página 22)
- Dientes inferiores delanteros (pág. 23)
- Premolares inferiores (página 24)
- Molares inferiores (página 25)

Colgajos de tejido blando (página 26)

- Técnica para realizar un colgajo mucoperióstico (página 28)
- Uso de la técnica abierta para la resolución de casos (p. 30)

Principios de sutura (pág. 32)

Frenectomía labial y lingual (pág. 35)

Clasificación de Le Fort y fractura de cóndilo (pág. 41)

Protocolos Farmacológicos (página 42)

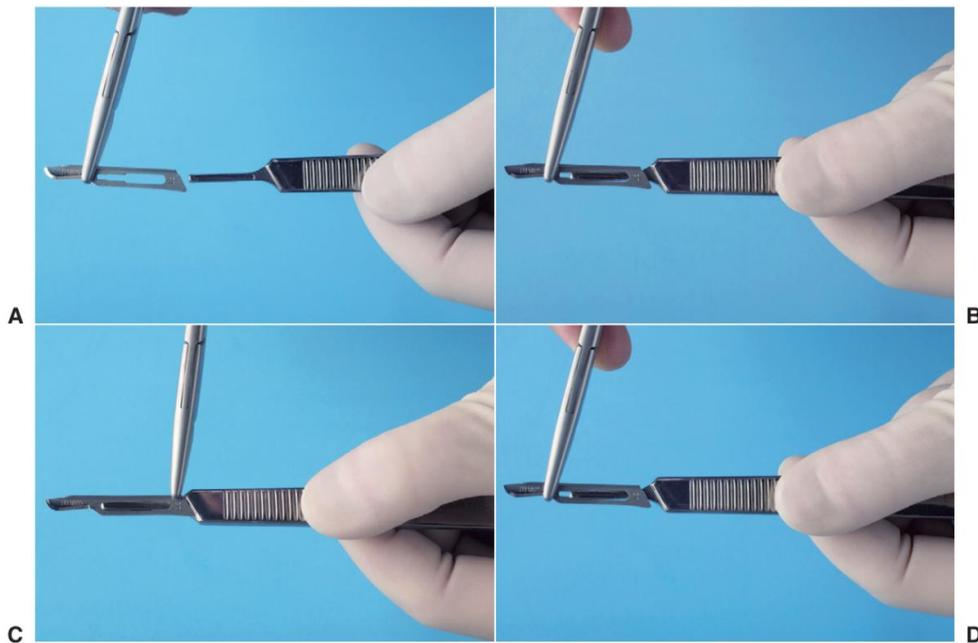
Principios del tratamiento de dientes retenidos (pág. 43)

Cirugía preprotésica (pág. 53)

EXTRACCIÓN: DESCRIPCIÓN GENERAL

INCISIÓN DEL TEJIDO

Muchos procedimientos quirúrgicos comienzan con una incisión. El instrumento básico para realizar estas incisiones es el **bisturí**, que consta de un mango reutilizable y una hoja afilada, estéril y desechable. La hoja de bisturí más utilizada en cirugía intraoral es la del número 15. La hoja de bisturí se monta con cuidado en el mango y se sujeta con un **portaagujas**. Después de su uso, debe desecharse inmediatamente en un contenedor resistente a objetos cortopunzantes, diseñada específicamente para este fin.



Cuando usa un bisturí para hacer la incisión, el cirujano casi siempre sostiene el mango como si fuera un bolígrafo. Se debe utilizar un movimiento **firme y continuo al hacer la incisión**. Los movimientos repetitivos y vacilantes aumentan la cantidad de tejido dañado dentro de la herida y la cantidad de sangrado, lo que dificulta la cicatrización de la herida. Por lo tanto, un movimiento **perpendicular firme** es lo ideal.

ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO

Cuando se realiza una incisión a través del periostio, lo ideal es separar el periostio del hueso cortical subyacente en una sola capa mediante un periostótomo. El instrumento más frecuentemente utilizado en cirugía oral es el **periostótomo n.º9 de Molt**. Este instrumento tiene una punta afilada y puntiaguda y una punta más ancha y arredondeada. La parte puntiaguda se utiliza para iniciar el

despegamiento perióstico y de las papilas interdental, y con la parte más ancha y redondeada se continua el levantamiento del periostio desde el hueso.



- La parte puntiaguda puede ser usada con movimientos de **palanca** para levantar el tejido blando. Esto se usa más comúnmente cuando se separa una papila gingival de la región interdental o de la mucosa adherida alrededor de un diente que será extraído.
- El **movimiento de empuje**, en el que la parte puntiaguda o la parte más ancha se fuerza debajo del periostio, separa el hueso subyacente.

RETRACCIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Un buen acceso y **una buena visibilidad** son esenciales para una cirugía excelente. Se ha diseñado una variedad de separadores para retraer las mejillas, la lengua y los colgajos mucoperiósticos para proporcionar **acceso y visibilidad** durante la cirugía. Los separadores también pueden ayudar a proteger los tejidos blandos de los instrumentos afilados.

El instrumento que se usa con más frecuencia para retraer la lengua durante la extracción dental de rutina es el **espejo bucal**. El espejo normalmente forma parte del kit básico de instrumentos, ya que tiene la función de permitir la visualización indirecta durante el examen y los procedimientos dentales. El espejo también se puede utilizar como separador de lengua o mejilla.

Separador de Minnesota: se utiliza para separar la mejilla y un colgajo mucoperióstico simultáneamente. Antes de hacer el colgajo, el separador separa suavemente la mejilla y, una vez que se ha separado el colgajo, el borde del separador se apoya sobre el hueso y luego se usa para separar el colgajo.



SUJECCIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Varios procedimientos en cirugía oral requieren que el cirujano sujete el tejido blando para incidirlo, controlar el sangrado o pasar la aguja de sutura.

- Las pequeñas y delicadas **pinzas para tejidos de Adson** se utilizan para estabilizar suavemente el tejido blando para la sutura o la disección.
- Las **pinzas de Stillies** (arriba) son más largas que las pinzas de Adson y se utilizan para sujetar el tejido en la región más posterior de la boca.
- Las **pinzas college** (abajo) tienen una forma angulada que se usa para sujetar objetos pequeños en la boca o la cubeta. La pinza college que se muestra aquí es una versión con cierre en el mango.



CONTROL HEMOSTÁTICO

Cuando cortamos tejidos, también se cortan pequeñas arterias y venas, lo que provoca sangrado. Para la mayoría de las cirugías dentoalveolares, mantener la presión sobre la herida suele ser suficiente para controlar el sangrado. En ocasiones, la presión no detendrá el sangrado de una arteria o vena más grande. Cuando esto ocurre, es útil un instrumento llamado **pinza hemostática**.



EXTRACCIÓN DE HUESOS

Pinzas gubia: El instrumento más utilizado para eliminar hueso en la cirugía dentoalveolar es la pinza gubia. Este instrumento tiene hojas afiladas que contactan al presionar los mangos, cortando o desgarrando el hueso.

Fresa y pieza de mano: Otro método para extraer hueso es con una fresa y una pieza de mano. Esta es la técnica que utilizan la mayoría de los cirujanos para extraer hueso durante las extracciones quirúrgicas. Las piezas de mano de alta velocidad y torque elevado con fresas de carburo eliminan el hueso de manera eficiente.



Lima para huesos: El alisado final del hueso antes de suturar el colgajo mucoperióstico en su lugar se logra preferentemente con una pequeña lima para huesos. Esta lima suele ser un instrumento de doble extremo, una pequeña y otra más grande. La lima para huesos no se puede usar de manera eficiente para eliminar grandes cantidades de hueso; en consecuencia, solo se utiliza para el alisado final. Los dientes de muchas limas para huesos están dispuestos de manera que solo extraen hueso con un movimiento de tracción.



SUJECIÓN DE PAÑOS DE CAMPOS QUIRÚRGICOS EN POSICIÓN

Cuando se colocan paños alrededor del paciente, se pueden mantener en su lugar con pinzas de campo. Este instrumento tiene un mango con cierre y aros digitales para el pulgar y otro dedo.



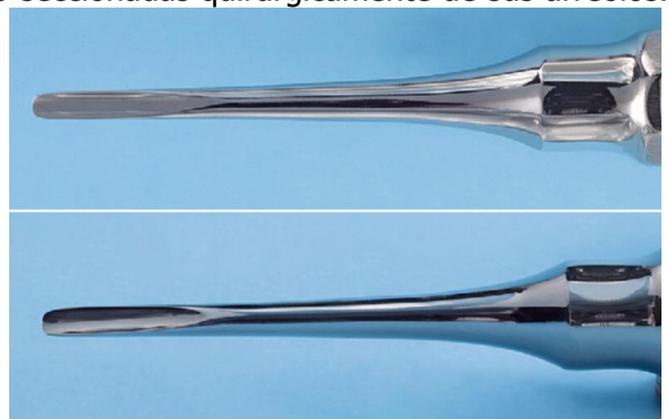
IRRIGACIÓN

Cuando se utiliza una pieza de mano y una fresa para eliminar hueso, es esencial que el área se riegue con un flujo constante de solución irrigadora, generalmente solución salina estéril o agua estéril. La irrigación enfría la fresa y evita el sobrecalentamiento. Para la irrigación se suele utilizar una jeringa de plástico grande con una aguja roma de calibre 18.

EXTRACCIÓN DENTARIA

Botadores Dentales: Uno de los instrumentos más importantes en los procedimientos de extracción de dientes son los botadores dentales. Este instrumento se utiliza para luxar dientes (aflojarlos) del hueso circundante. Aflojar los dientes antes de aplicar los fórceps, facilita las extracciones. También se utilizan botadores para expandir el hueso alveolar. A través de la expansión de la tabla ósea vestibulocervical, el cirujano facilita la exodoncia de un diente que presenta una trayectoria limitada y obstaculizada para la extracción. Finalmente, los botadores también se utilizan para extraer raíces fracturadas o seccionadas quirúrgicamente de sus alvéolos. Los tres tipos básicos de botadores son: (1) el **tipo recto**, (2) el **tipo triangular** o Cryer, y (3) el **tipo de pico**.

Botador recto: Es el botador más utilizado para dislocar los dientes. Los botadores rectos más anchos se utilizan para desplazar las raíces de sus alvéolos y se emplean para luxar dientes que están

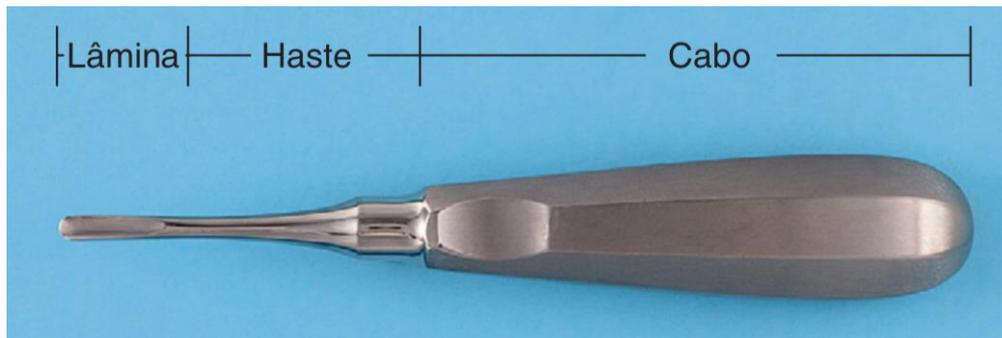


más separados o cuando el botador recto más pequeño se vuelve ineficaz.

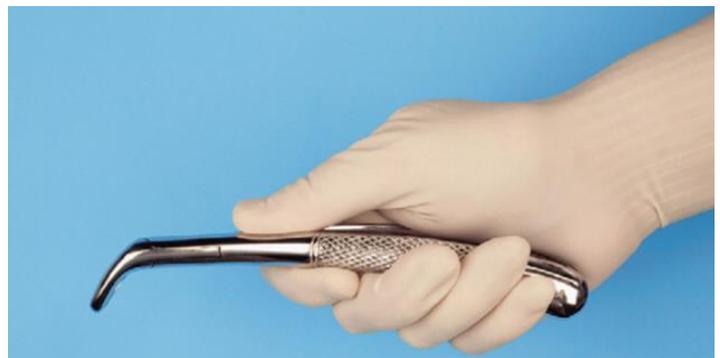
Botador triangular: Están disponibles en pares, para la izquierda y para la derecha. Indicado cuando una raíz fracturada permanece en el alveolo dental y el alvéolo adyacente está vacío. Un ejemplo típico sería cuando se fractura un primer molar mandibular, quedando la raíz distal en el alveolo y habiendo sido removida la raíz mesial con la corona. La punta del botador triangular se coloca dentro del alvéolo, con el tallo apoyado en la tabla ósea vestibular. A continuación, se gira el botador con una rotación en eje de rueda, con el extremo puntiagudo del mismo encajado en el cemento de la raíz distal remanente; luego se gira el botador y se libera la raíz.



Botador de pico: Se utiliza para eliminar raíces. Este instrumento se utiliza como palanca en la raíz alveolar de un diente fracturado. Suele ser necesario taladrar un orificio en la raíz con una fresa (punto de apoyo de la palanca), de aprox. unos 3 mm de profundidad, a nivel de la cresta ósea. Luego se coloca en el orificio, y utilizando la tabla ósea vestibular como fulcro, se eleva la raíz del alvéolo dental.



Fórceps para extracción: Las valvas del fórceps de extracción es lo que más varía entre fórceps diferentes. La valva está diseñada para adaptarse a la raíz dentaria junto a su unión a la corona. Hay que recordar que las valvas de los fórceps están diseñadas para adaptarse a la estructura radicular del diente, y no a su corona. Los fórceps utilizados para la extracción de dientes mandibulares se sujetan con la palma de la mano sobre el fórceps. Los fórceps utilizados para la extracción de dientes maxilares se sujetan con la palma de la mano debajo del mango.



Fórceps

Recomendación

Imagen

Fórceps 150

Incisivos, caninos y premolares superiores



Fórceps 18R

Molares superiores derechos



Fórceps 18L

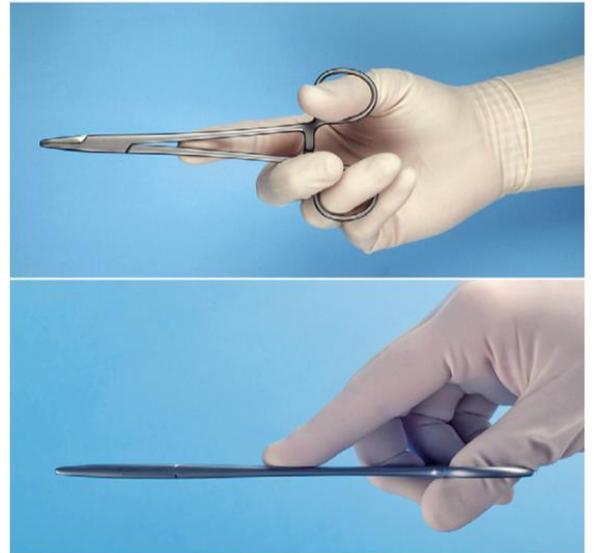
Molares superiores izquierdos



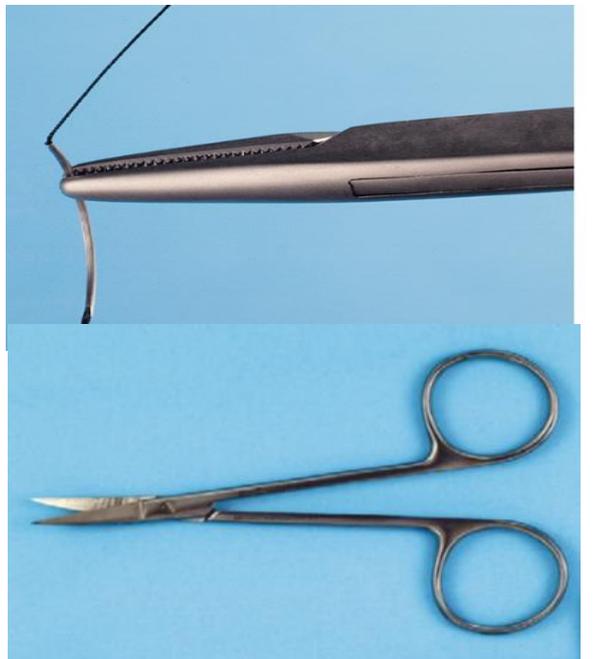
<p>Fórceps 151</p>	<p>Incisivos, caninos y premolares inferiores</p>	
<p>Fórceps 17</p>	<p>Molares inferiores</p>	
<p>Fórceps 16</p>	<p>Molares inferiores con extensa destrucción coronal</p>	

SUTURA DE TEJIDOS BLANDOS

Portaagujas: El portaagujas es un instrumento con un mango con mecanismo de cierre y un extremo corto y romo. La cara activa de la punta del portaagujas tiene unas ranuras cruzadas para permitir la sujeción de la aguja de sutura. La pinza hemostática tiene ranuras paralelas en su cara activa, lo que reduce el control sobre la aguja y la sutura. Por lo tanto, la pinza hemostática es un mal instrumento para suturar. El pulgar y el dedo anular se colocan en los aros del mango. El dedo índice se mantiene a lo largo del portaagujas para estabilizarlo y dirigirlo. El segundo dedo ayuda a controlar el mecanismo de cierre.

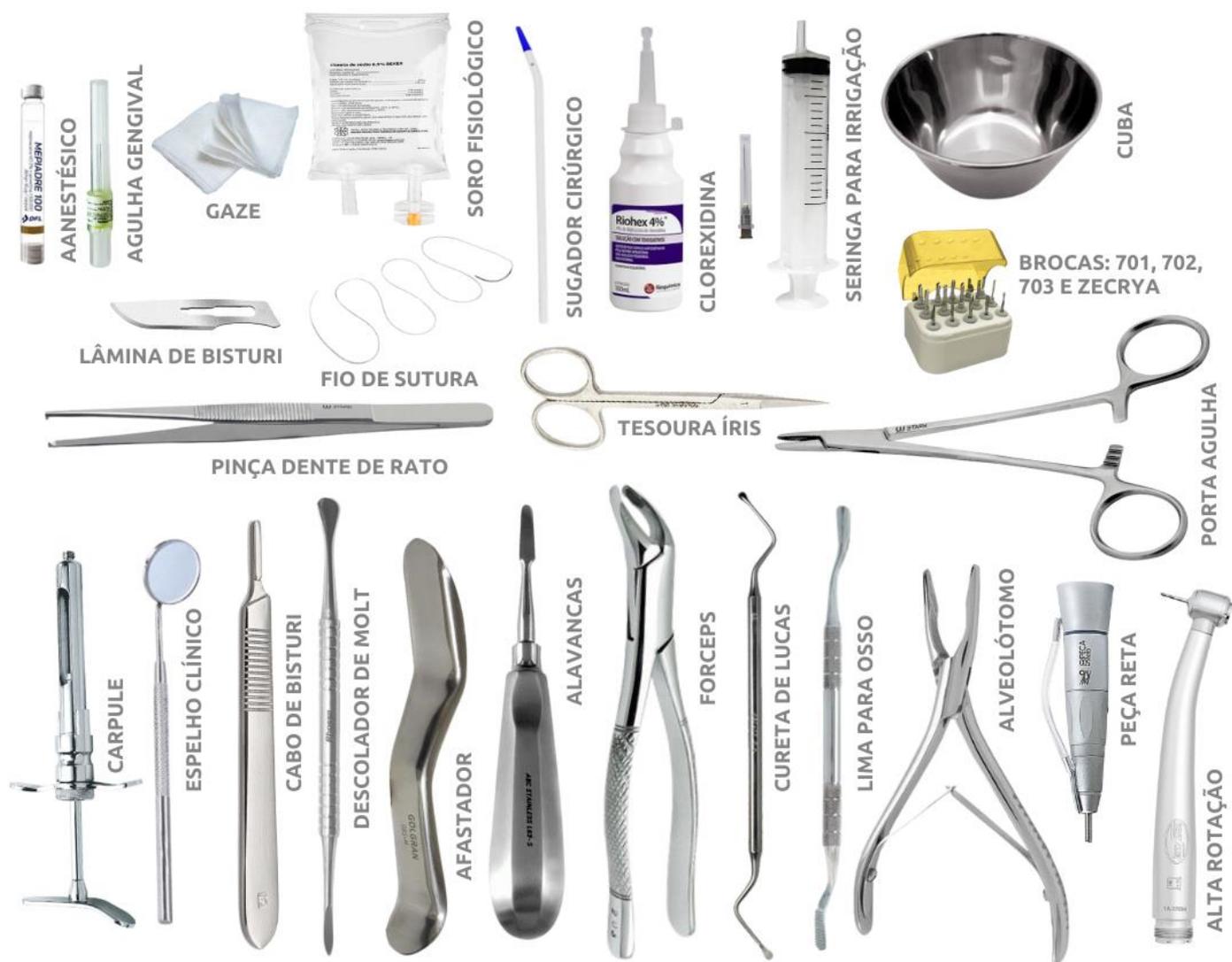


Aguja de sutura curva: Se sujeta aproximadamente a 2/3 del recorrido desde la punta hasta la base de la aguja. Esto permite que quede expuesta suficiente parte de la aguja para atravesar el tejido, al mismo tiempo que permite que el soporte de la aguja sostenga la aguja en su punto más fuerte, evitando que se doble.



Tijeras: Las tijeras de sutura suelen tener bordes cortantes cortos, ya que su único propósito es cortar suturas. Las tijeras más utilizadas en cirugía oral son las tijeras Dean. Otros tipos de tijeras están diseñadas para cortar tejidos blandos, como las tijeras para iris.

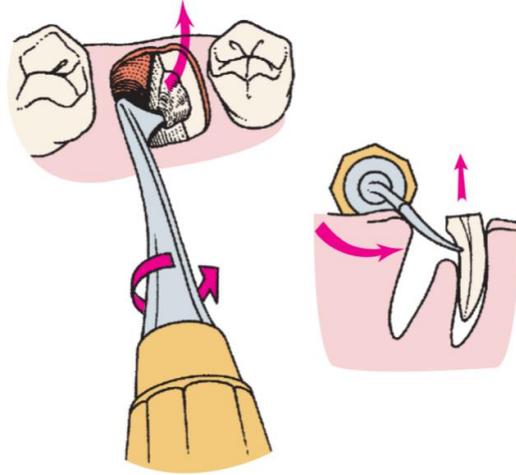
CHECKLIST DA EXODONTIA



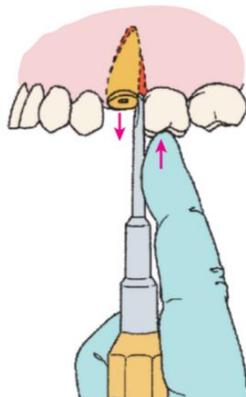
PRINCIPIOS PARA EL USO DE BOTADORES Y FÓRCEPS

BOTADORES

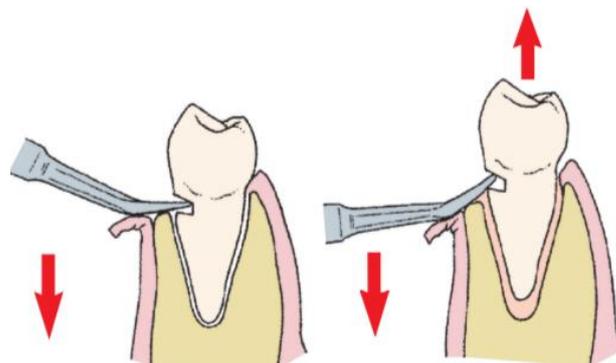
Botador triangular que se usa realizando un movimiento de rotación a modo de palanca (rueda y eje) para extraer el diente de su alveolo.



Un pequeño **botador recto** que se usa como cuña para desplazar la raíz de un diente de su alvéolo.



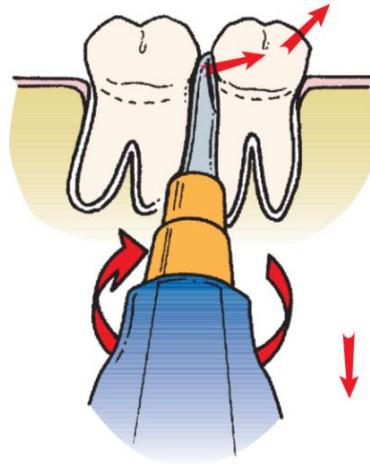
Al remover este premolar mandibular, se hizo un **punto de apoyo sobre el diente, lo que crea una situación de palanca de primer orden.**



-ACAPUN INSTITUTE-

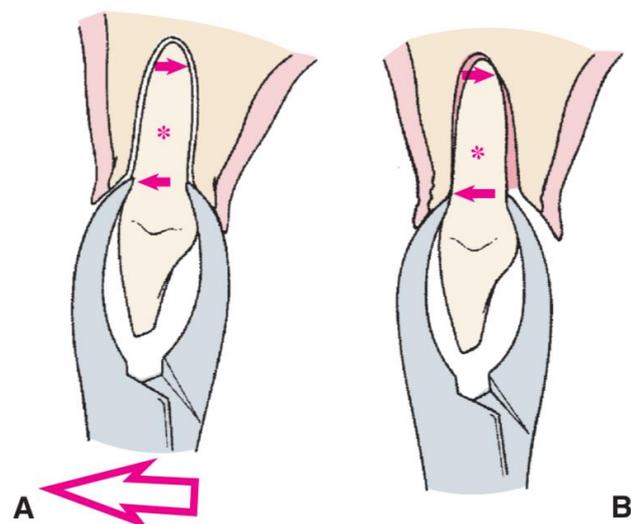
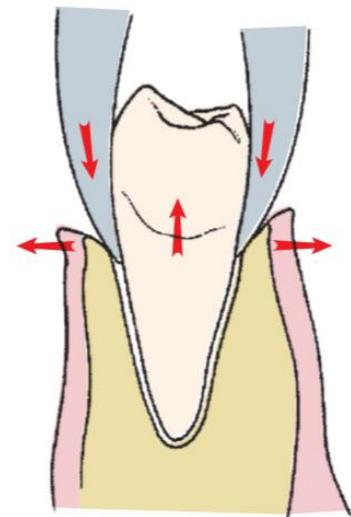
12

El mango del **botador pequeño recto**, girado de modo que la cara oclusal de la hoja esté colocada hacia el diente. El mango también se desplaza apicalmente para ayudar en la elevación de los dientes.

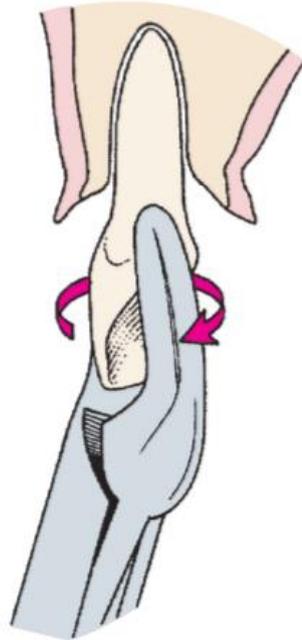


Los dos propósitos del uso de fórceps son: (1) expansión del alvéolo óseo con el uso de valvas con forma de cuña del fórceps y los movimientos del propio diente con los fórceps; (2) Extracción del diente del alvéolo. Las Fórceps pueden aplicar cinco movimientos principales para luxar los dientes y expandir el alvéolo óseo.

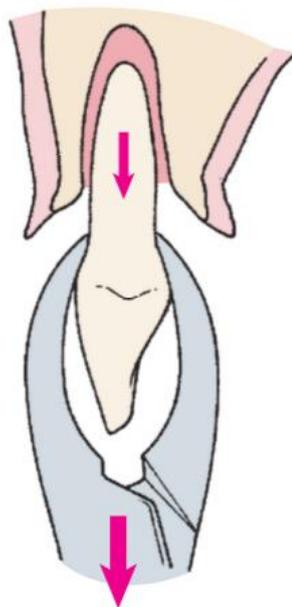
- La primera es **la presión apical**, el alveolo dental se expande insertando las puntas operativas en el espacio del ligamento periodontal.
- El segundo es **la fuerza vestibular**, la presión vestibular provoca la expansión de la tabla vestibular, particularmente en la cresta del reborde. Aunque la presión vestibular genera fuerzas de expansión en dicha cresta, es importante recordar que también genera presión lingual en el ápice. Por lo tanto, una fuerza excesiva puede fracturar el hueso vestibular o causar una fractura del tercio apical de la raíz.
- En tercer lugar, la presión palatina o lingual es similar al concepto de presión vestibular.



- En cuarto lugar, **la presión de rotación**, como su nombre lo indica, hace girar el diente, lo que provoca cierta expansión interna del alveolo. Los dientes con raíces cónicas únicas (como los incisivos superiores y los premolares superiores) y las raíces que no están curvadas tienen más probabilidades de ser luxados con esta técnica.



- Finalmente, **las fuerzas de tracción** son útiles para sacar el diente del alveolo una vez que se ha logrado la expansión ósea adecuada. Las fuerzas de tracción deben limitarse a la parte final del proceso de extracción y deben ser cuidadosas.



PROCEDIMIENTOS PARA LA EXODONCIA CERRADA

La técnica cerrada también se conoce como técnica simple. La técnica abierta también se conoce como técnica quirúrgica o de colgajo. La técnica cerrada es la técnica más utilizada y proporciona las consideraciones básicas para casi todas las extracciones. La técnica abierta se usa cuando el clínico cree que se requerirá una fuerza excesiva para extraer el diente, cuando falta una cantidad sustancial de la corona o está cubierta por tejido, o cuando el acceso a la raíz del diente es difícil, como cuando corona frágil está presente.

Desprendimiento de la inserción de tejido blando en la porción cervical del diente: Con un instrumento afilado, como una hoja de bisturí o el extremo cortante del periostótomo n°9 de Molt, se retira el tejido blando del diente. Se siente una pequeña cantidad de presión en esta etapa, pero sin la sensación de dolor agudo o incomodidad.



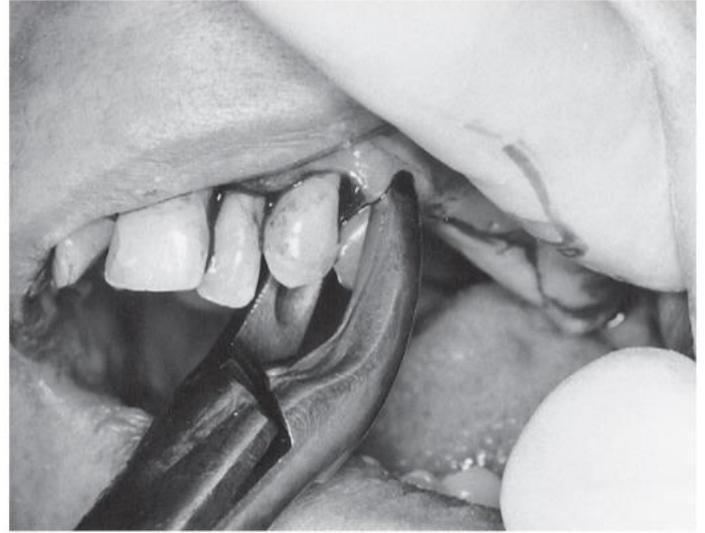
Luxación del diente con un botador: Para la expansión y dilatación del hueso alveolar y desgarrar del ligamento periodontal, es necesario que el diente se luxa de distintos modos. El botador recto se inserta perpendicularmente al diente dentro del espacio interdental, después del desprendimiento de la papila interdental. Luego se gira para que la parte inferior de la hoja descansa sobre el hueso alveolar y la parte superior u oclusal de la hoja se gire contra el diente que se extrae. El giro lento, fuerte y vigoroso del mango mueve el diente en dirección posterior, lo que resulta en cierta expansión del hueso alveolar y rotura del ligamento periodontal.



Adaptación del fórceps al diente: A continuación, se eligen los fórceps adecuados para el diente que hay que extraer. Las valvas de los fórceps deben estar diseñadas para adaptarse anatómicamente al diente, apical a la línea cervical, es decir, en la superficie de la raíz. Luego se adaptan los fórceps lo más apicalmente posible para sujetar la raíz del diente.

Luxación del diente con fórceps: El cirujano comienza a luxar el diente utilizando los movimientos ya comentados. La mayor parte de la fuerza se dirige al hueso más delgado y, por lo tanto, más débil. Por lo tanto, en el maxilar superior y todos los dientes mandibulares, excepto los molares, el principal movimiento es vestibular (p. ej., hacia la capa más delgada de hueso). El cirujano usa una fuerza lenta y constante para desplazar el diente vestibularmente, en lugar de

una serie de movimientos pequeños y rápidos que hacen poco para expandir el hueso. El movimiento es calculado y lento, y gradualmente se fortalece. A medida que el hueso alveolar comienza a expandirse, el fórceps se vuelve a colocar apicalmente con un movimiento deliberado y firme.



Extracción del diente del alveolo: Una vez que el hueso alveolar se ha expandido lo suficiente y el diente se ha dislocado, se puede usar una fuerza de tracción ligera, generalmente dirigida hacia vestibular. La fuerza de tracción debe minimizarse ya que es el último movimiento que se utiliza una vez que el proceso alveolar se expande lo suficiente y el ligamento periodontal se corta por completo.

CUIDADOS POST-EXTRACCIÓN CON EL ALVÉOLO DENTAL

Una vez que se ha extraído el diente, es necesario cuidar adecuadamente el alvéolo. Esto **sólo debe ser desbridado si es necesario**. Si se visualiza una **lesión periapical** en la radiografía periapical y no hay granuloma adherido al diente cuando se extrae, la región periapical debe **rasparse cuidadosamente** con una cureta periapical para eliminar el granuloma o el quiste. Si se ven residuos en el alvéolo, como cálculos dentales, amalgamas o fragmentos de dientes, se deben retirar suavemente con una cureta o la punta de succión. Sin embargo, **si no hay lesión periapical, ni detritos, no se debe raspar el alveolo**.

Compresión de las tablas óseas: Los bordes vestibular y lingual expandidos deben volver a comprimirse a su configuración inicial. Se debe aplicar presión digital a las paredes vestibular y lingual para comprimir, suave pero firmemente de regreso a sus posiciones originales.

Hueso afilado: Por último, el hueso debe ser palpado por la mucosa para detectar la presencia de proyecciones óseas afiladas. Si existe, la mucosa debe reflejarse y los bordes afilados alisarse con cuidado con una lima para huesos o recortarse con una gubia.

Control del sangrado: El control inicial de la hemorragia se logra usando una gasa húmeda de 5 × 5 cm colocada sobre el alvéolo. La gasa debe colocarse de forma que, cuando el paciente muerda, encaje en el espacio que antes ocupaba la corona del diente.



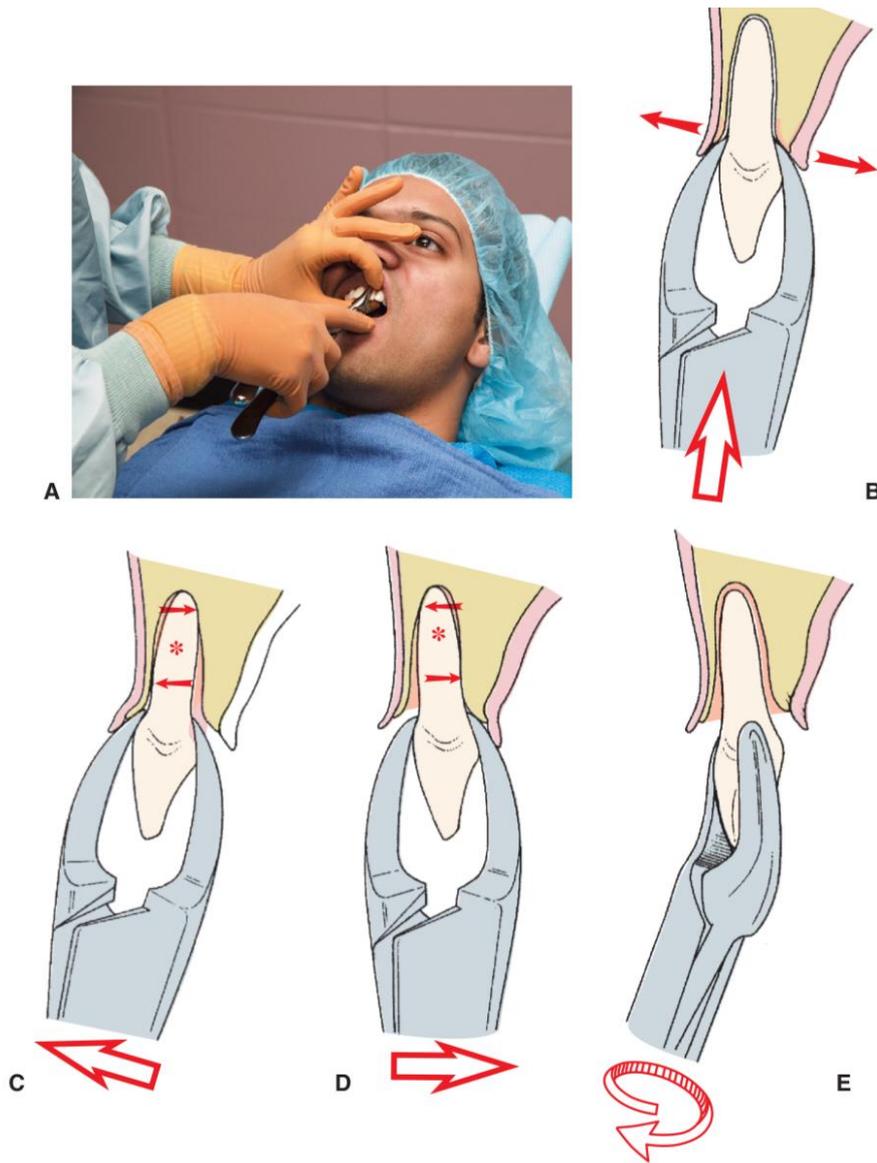
PAPEL DE LA MANO OPUESTA

Cuando se utilizan fórceps y botadores para luxar y extraer dientes, es importante que la mano opuesta del cirujano tenga un papel activo en el procedimiento. Para el cirujano diestro, la mano izquierda tiene una variedad de funciones. La mano izquierda se encarga de **separar los tejidos blandos** de la mejilla, los labios y la lengua para proporcionar una visión adecuada del área de la cirugía. No solo ayuda a **proteger otros dientes** de los fórceps en caso de que se salga repentinamente del alveolo, sino que también **estabiliza** la cabeza del paciente durante el proceso de extracción.

PAPEL DEL ASISTENTE DURANTE LA EXTRACCIÓN

Durante la extracción, el asistente desempeña una variedad de roles importantes que contribuyen a que la experiencia quirúrgica sea atraumática. Ayuda **al cirujano a visualizar** y obtener acceso al área quirúrgica **al alejar el tejido blando** de las mejillas y la lengua para que el cirujano pueda tener una visión clara del campo operatorio. Otra actividad auxiliar importante es **aspirar sangre, saliva y solución de irrigación** durante el procedimiento quirúrgico. Esto evita la acumulación de líquido y permite una visualización adecuada del campo operatorio.

INCISIVOS SUPERIORES



A- Los incisivos maxilares se extraen con el fórceps nº150. La mano izquierda sujeta la apófisis alveolar.

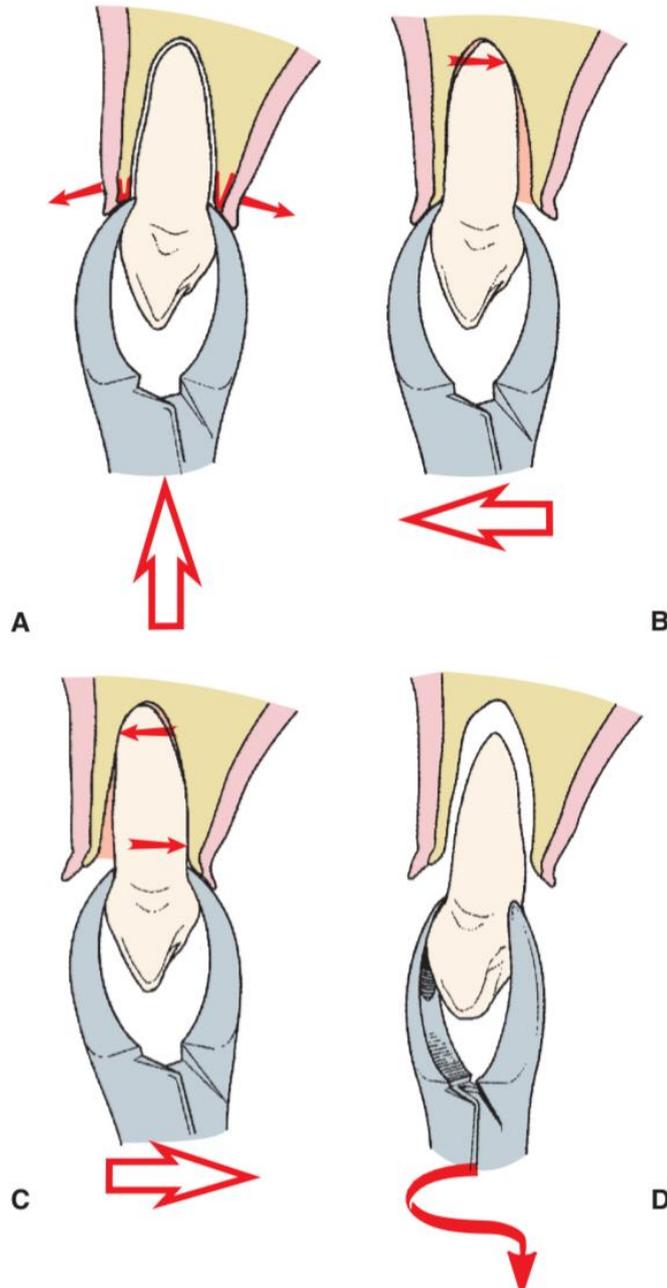
B- Los fórceps se colocan lo más cerca posible del ápice.

C- La luxación comienza con fuerza vestibular.

D- Se utiliza una pequeña fuerza lingual.

E- El diente se extrae en sentido vestibular e incisal con un movimiento de rotación y tracción.

CANINOS SUPERIORES



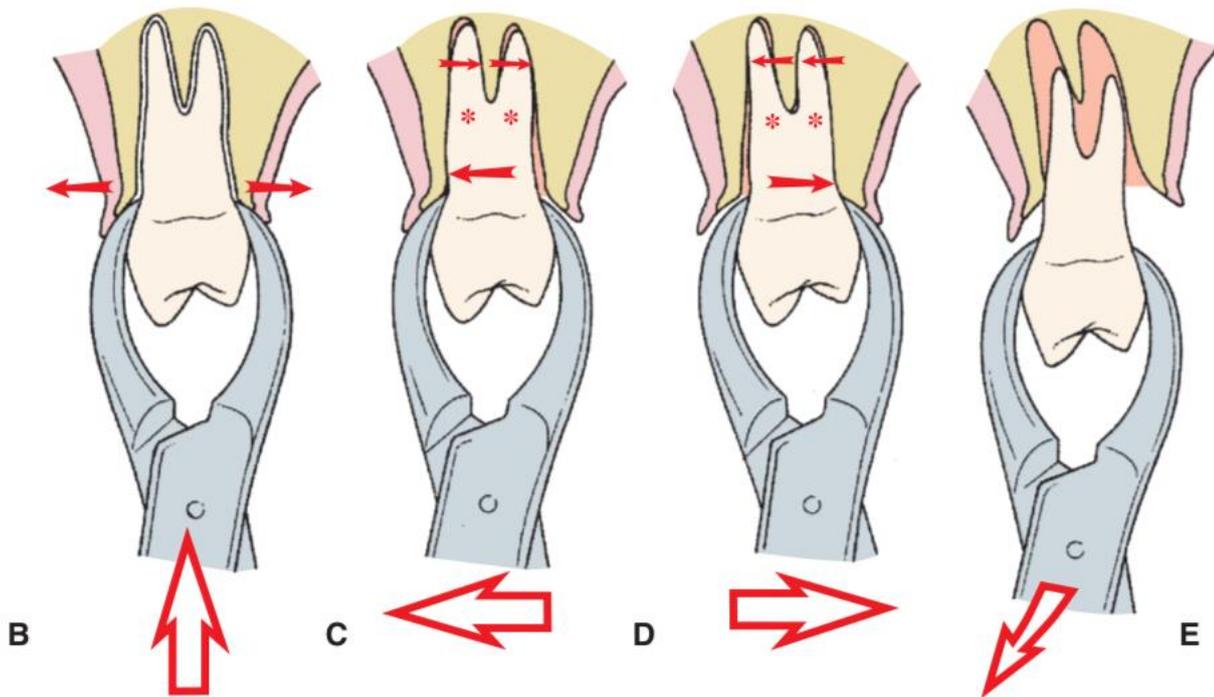
A- La posición del fórceps y la mano para la extracción del canino superior es similar a la de los incisivos. Los fórceps se colocan lo más apicalmente posible.

B- El movimiento inicial es en sentido vestibular.

C- Se aplica una pequeña cantidad de fuerza lingual.

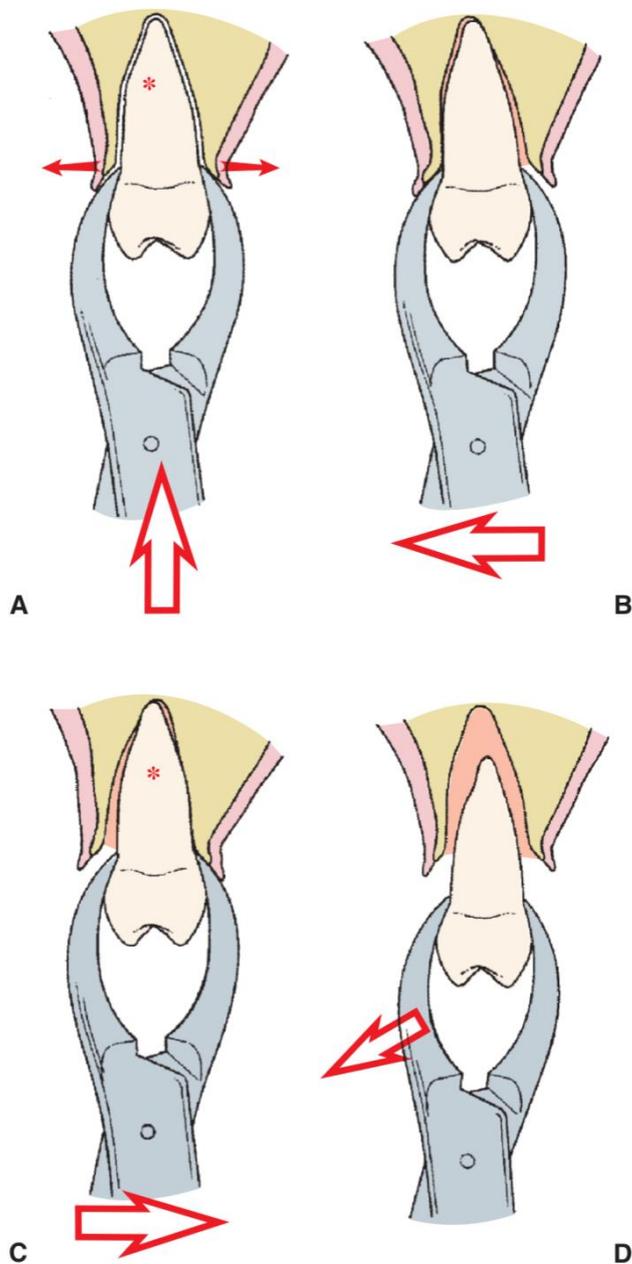
D- El diente se extrae en dirección vestibuloincisal con una pequeña fuerza de rotación.

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR



- A- Los premolares maxilares se extraen con el fórceps nº 150. La posición es similar a la que se usa para los dientes anteriores.
- B- Primero se aplica una presión apical firme para bajar el centro de rotación tanto como sea posible y expandir el hueso crestal.
- C- La presión vestibular se aplica inicialmente para expandir la cortical vestibular. Los ápices radiculares se empujan hacia lingual y, como consecuencia, están sujetos a fracturas.
- D- La presión palatina se aplica con menos vigor que la presión vestibular.
- E- El diente se extrae en dirección vestibulooclusal con una combinación de fuerzas vestibulares y de tracción.

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR



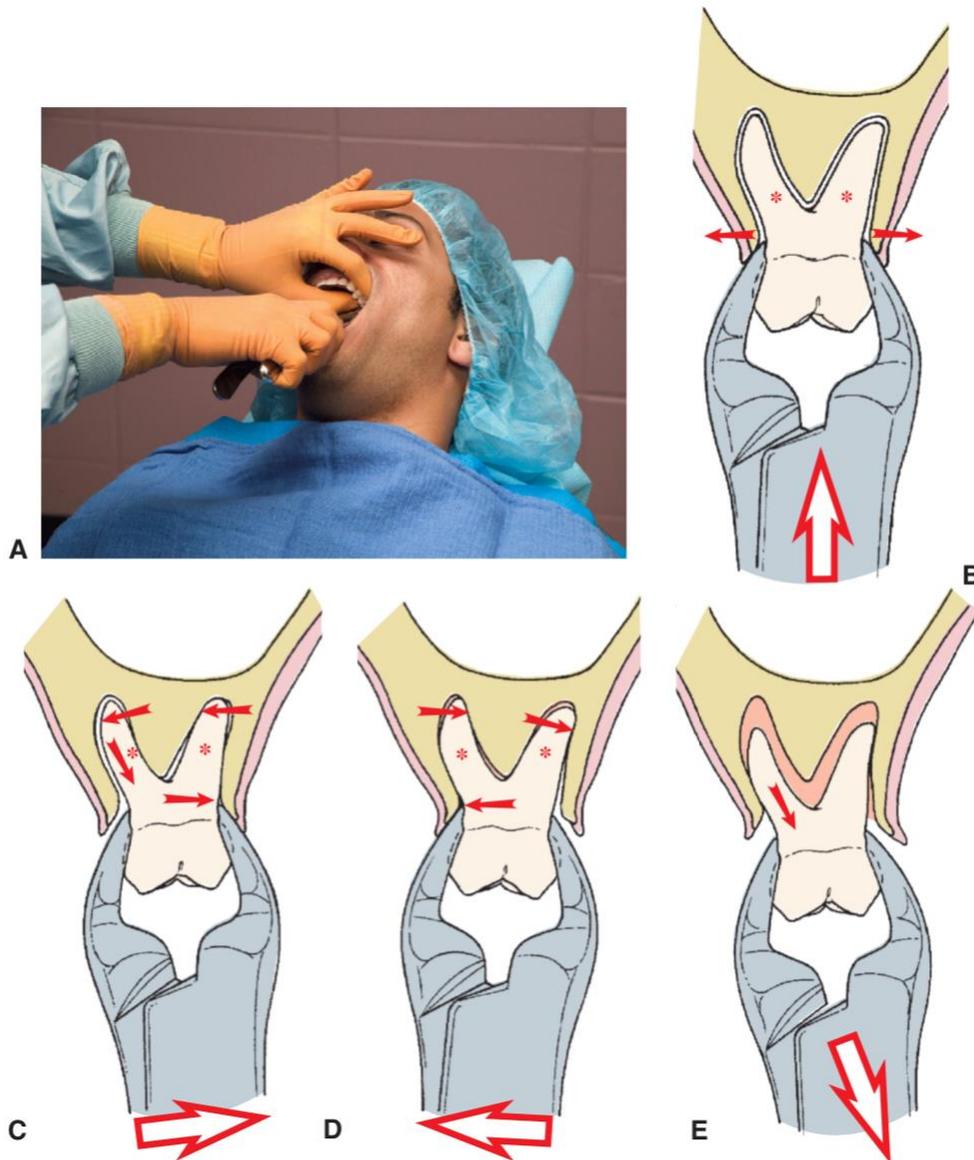
A- Al extraer el segundo premolar superior, el fórceps se coloca lo más apicalmente posible.

B- La luxación comienza con la presión vestibular.

C- Se utiliza poca presión vestibular.

D- El diente se extrae en dirección vestibulooclusal.

MOLARES SUPERIORES



A- Extracción de los molares maxilares. El tejido blando de los labios y la mejilla se separa y la apófisis alveolar se sujeta con la mano opuesta.

B- Las valvas de los fórceps se colocan lo más apicalmente posible.

C- La luxación comienza con una fuerte presión vestibular.

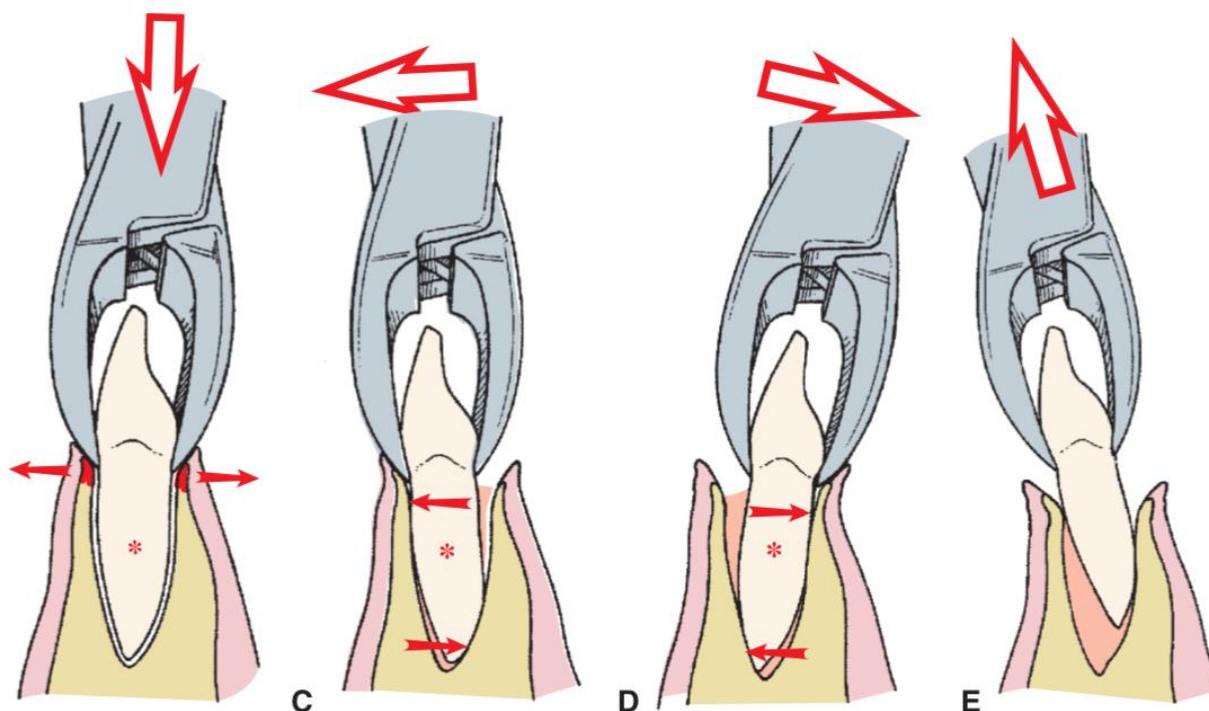
D- La presión lingual se usa con moderación.

E - El diente se extrae en dirección vestibuloclusal.

DIENTES INFERIORES DELANTEROS



A



C

D

E

A- Al extraer los dientes inferiores delanteros, se utilizan los fórceps n°151. El asistente retrae la mejilla y proporciona aspiración.

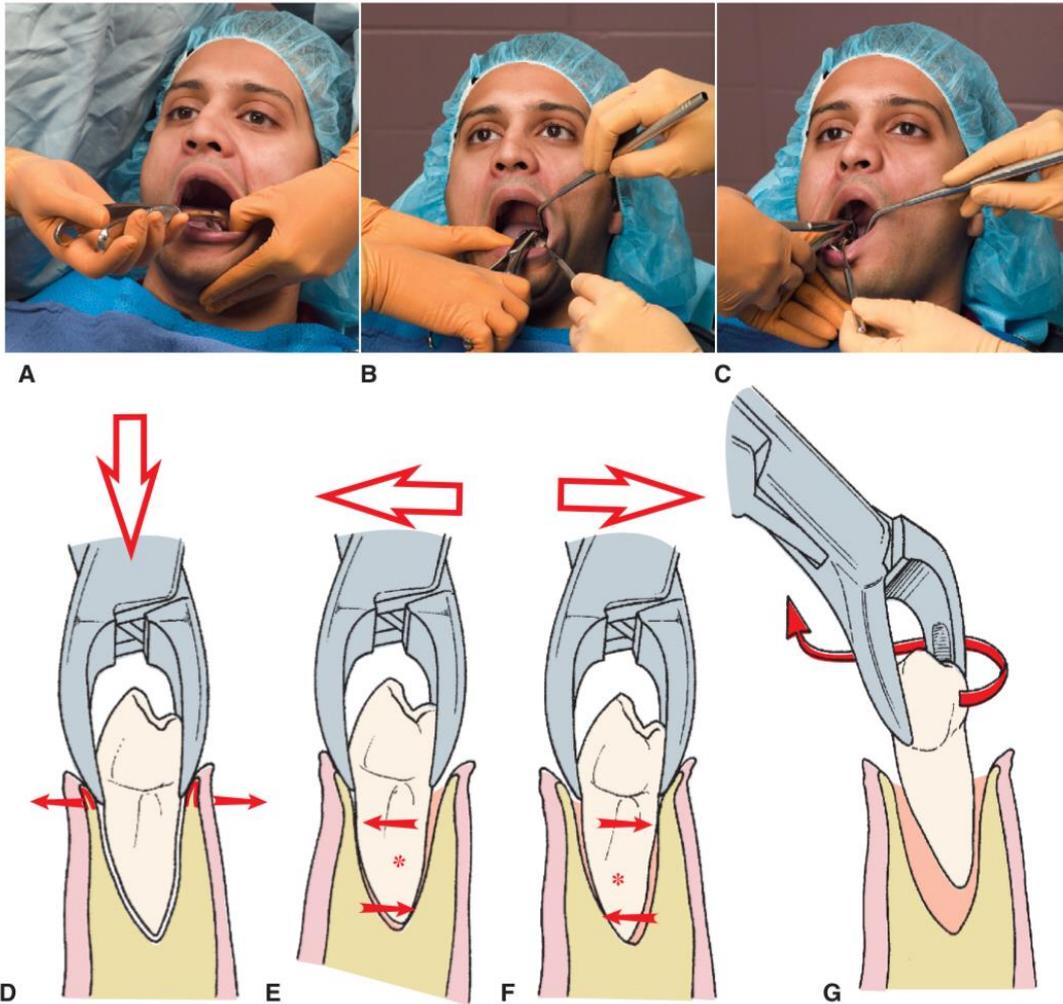
B- El fórceps se coloca lo más apicalmente posible.

C- Se utiliza una presión vestibular moderada para iniciar el proceso de luxación.

D- La fuerza lingual se usa para expandir aún más el hueso.

E - El diente se extrae en dirección vestibulo-incisal.

PREMOLARES INFERIORES



A- Extracción del premolar inferior. Se estabiliza la mandíbula, se retrae el tejido blando y se coloca el fórceps n°151.

B- La posición de la mano se modifica ligeramente para la técnica detrás del paciente. También se pueden utilizar fórceps de estilo inglés.

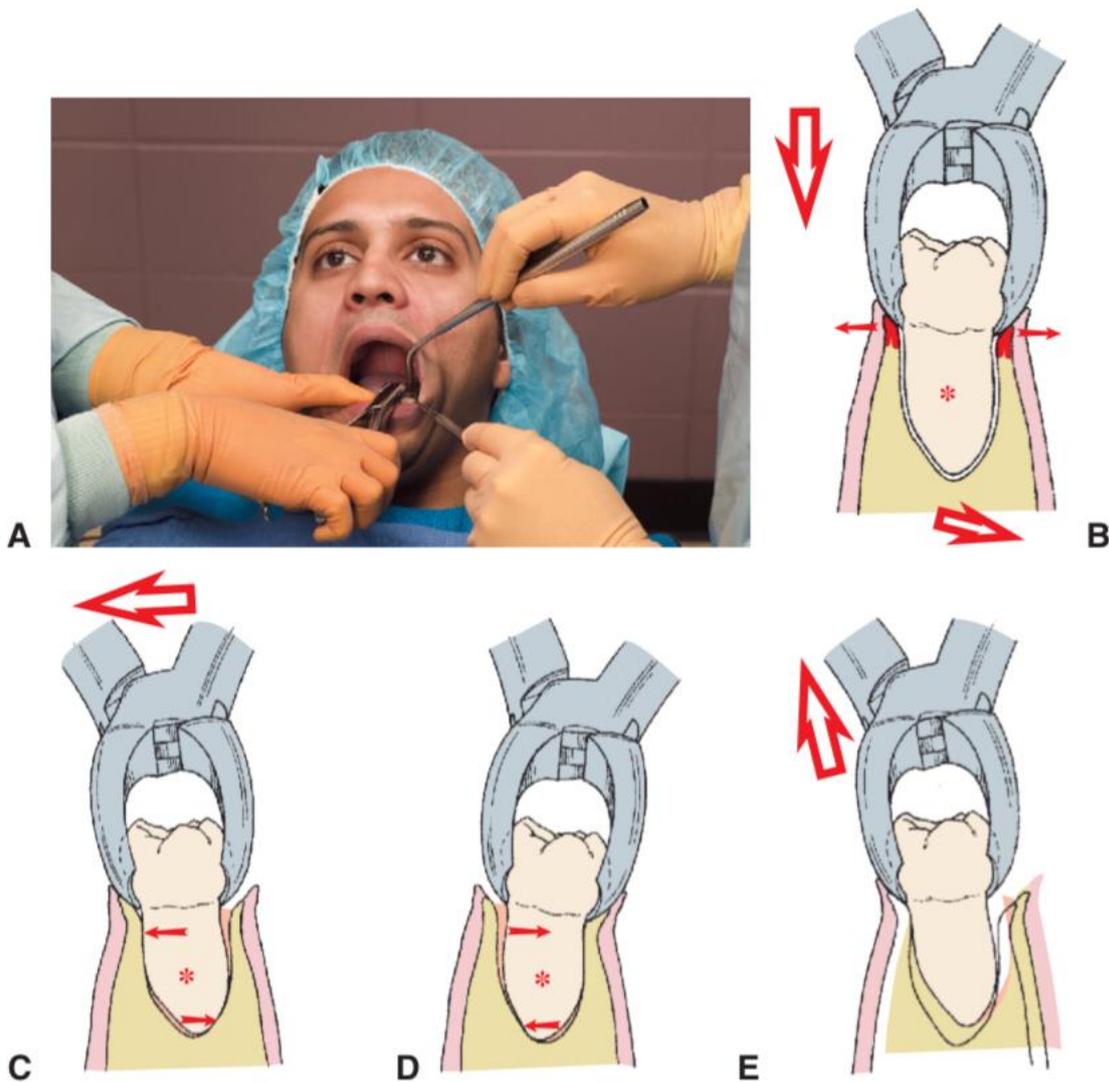
D- Los fórceps se colocan lo más apicalmente posible para cambiar el centro de rotación e iniciar la expansión del hueso crestal.

E- Los fórceps ejercen una presión vestibular para comenzar el proceso de luxación.

F- Se utiliza una ligera presión lingual.

G- Se extrae el diente con fuerza de tracción y rotación.

MOLARES INFERIORES



A- Los molares inferiores se extraen con los fórceps número 17 o número 23. La posición de las manos del cirujano y del asistente son las mismas para ambos fórceps.

B- El fórceps n.º 17 se colocan lo más apicalmente posible.

C- La luxación del molar se inicia con un fuerte movimiento vestibular.

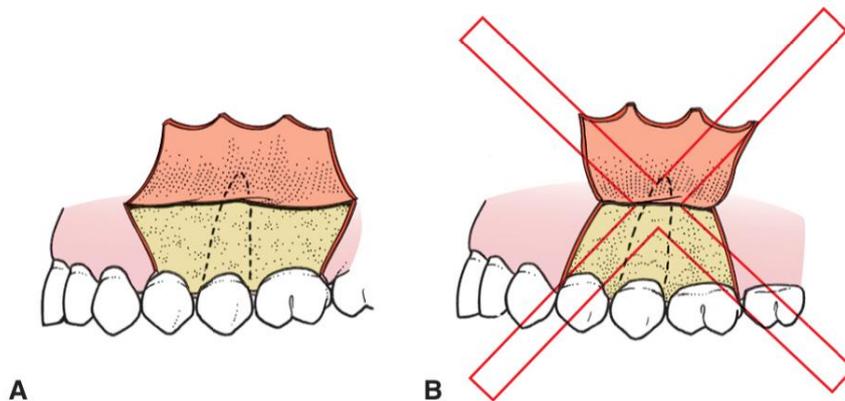
D- Se utiliza una fuerte presión lingual para continuar con la luxación.

E - El diente se extrae en dirección vestibuloclusal.

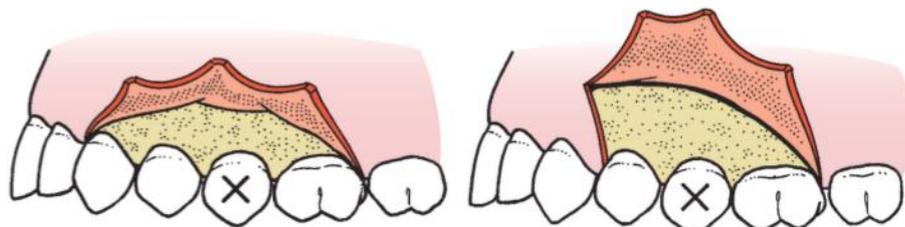
COLGAJOS DE TEJIDO BLANDO

Base del colgajo: Cuando se determina el colgajo, su base debe ser más ancha que el margen gingival libre para mantener un aporte sanguíneo adecuado. Esto significa que todas las áreas del colgajo deben tener un trayecto de vascularización ininterrumpido para evitar la necrosis isquémica de todo el colgajo o de partes del mismo.

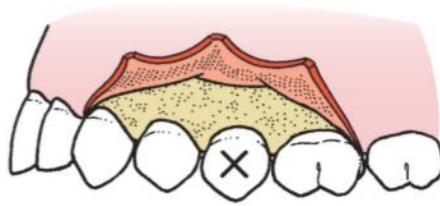
Despegamiento del colgajo: debe haber suficiente despegamiento del colgajo para permitir que el retractor mantenga el colgajo sin tensión. Las incisiones sanan más rápido que el tejido desgarrado. Por tanto, una incisión recta y larga, con adecuada separación del colgajo, cicatriza más rápido que una pequeña, con desgarro del tejido, que cicatriza lentamente por segunda intención.



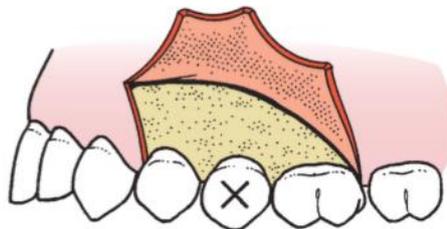
Tamaño del colgajo: Para que un colgajo envolvente tenga el tamaño adecuado, su longitud en dirección anteroposterior generalmente se extiende desde dos dientes anteriores hasta un diente posterior al área de la cirugía. Si se realiza una incisión relajante, debe extenderse desde un diente anterior a uno posterior al área de la cirugía. El colgajo debe ser mucoperióstico de espesor completo. Esto significa que debe incluir la mucosa, la submucosa y el periostótomo. Para tener suficiente acceso a la raíz del segundo premolar, el colgajo envolvente debe extenderse anteriormente al lado mesial del canino y posteriormente al lado distal del primer molar. Si se utiliza una incisión de alivio (p. ej., un colgajo triangular), el colgajo se extiende mesial al primer premolar.



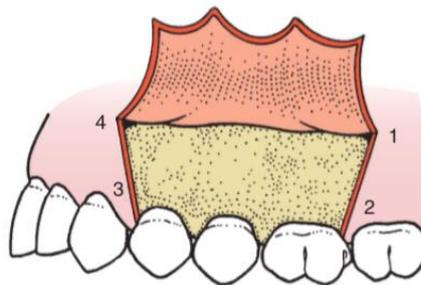
Incisión sulcular: La incisión más común es la sulcular, que produce el colgajo envolvente. Se realiza una incisión en el surco gingival hasta la cresta ósea a través del periostótomo y se repliega apicalmente un colgajo mucoperiostico de espesor total.



Incisión vertical de descarga: Si la incisión sulcular tiene una incisión relajante vertical, es un colgajo triangular. Esta incisión proporciona un mayor acceso con una incisión sulcular más corta. Cuando se necesita un mayor acceso en dirección apical, especialmente en la región posterior de la boca, muchas veces es necesaria esta incisión.

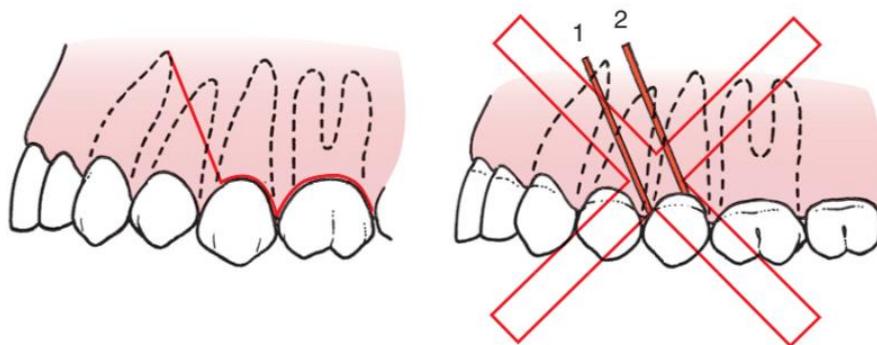


Colgajo cuadrado: Es una incisión envolvente con dos incisiones relajantes. Aunque este colgajo proporciona un acceso sustancial en áreas que tienen una dimensión anteroposterior limitada, rara vez está indicado. Cuando son necesarias incisiones relajantes, suele ser suficiente un colgajo triangular.

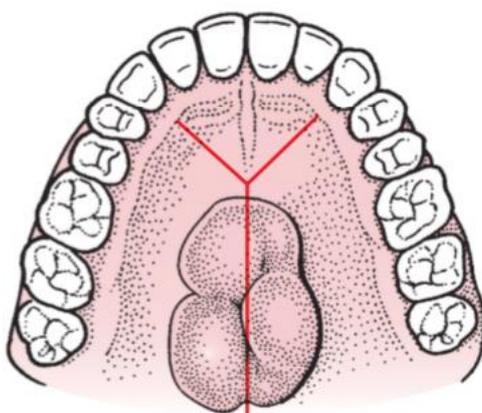


Posición correcta para terminar la incisión de vertical de descarga: Es en la arista del diente (en esta figura a continuación, ángulo mesiovestibular). Asimismo, la incisión no atraviesa la eminencia canina. El cruce de esta eminencia ósea aumenta el riesgo de dehiscencia de la herida. Estas dos incisiones se hicieron incorrectamente. (1) La incisión cruza la prominencia sobre el canino, lo que aumenta el riesgo de cicatrización tardía. La incisión a través de la papila produce un daño innecesario. (2) La incisión cruza la encía adherida directamente sobre la cara vestibular del

diente, lo que muy probablemente resulte en un defecto del tejido blando y una deformidad periodontal.

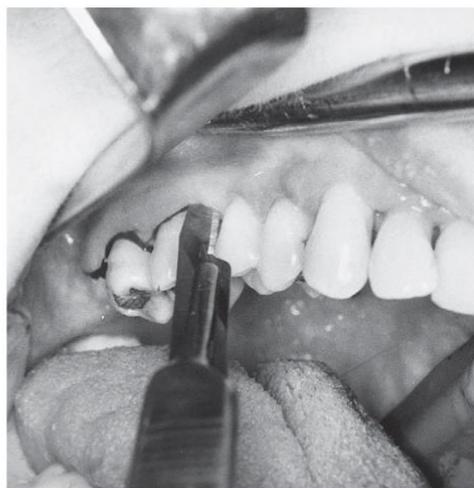
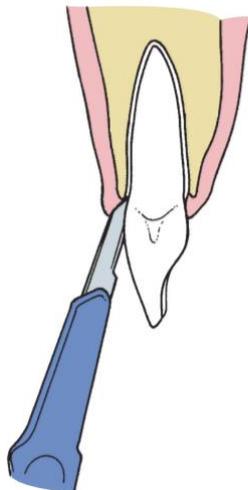


Incisión en Y: Es útil en el paladar para un acceso adecuado en la extracción del torus palatino. Los dos brazos anteriores sirven como incisiones de alivio para proporcionar un mayor acceso.

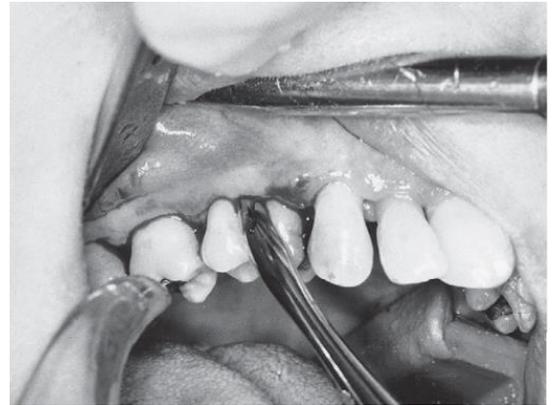
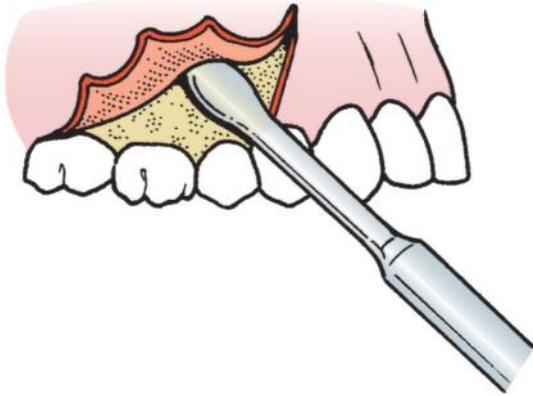


TÉCNICA PARA REALIZAR UN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO

Incisión en los tejidos blandos: para permitir el desprendimiento del colgajo. La hoja n.º 15 se usa en un mango de bisturí n.º 3, sujetado como un bolígrafo. La hoja forma un ligero ángulo con el diente y la incisión se realiza de atrás hacia adelante en el surco gingival, tirando del filo hacia el operador. Se utiliza una fuerza suave y continua, manteniendo el borde cortante de la cuchilla en contacto con el hueso durante la incisión.



Levantamiento del colgajo: Comienza en la papila. El borde cortante del desprendimiento de periostótomo n.º 9 comienza la disección. Se introduce debajo de la papila en el área de la incisión y se rota lateralmente para alejar la papila del hueso subyacente. Esta técnica se utiliza a lo largo de toda la encía libre. Si hay dificultad para despegar el tejido en un punto determinado, es porque probablemente la incisión esté incompleta, y esa zona debe volver a incidirse. Una vez despegado todo el margen libre del colgajo con el borde cortante del desprendimiento perióstico, se utiliza el extremo mayor para desplegar el colgajo mucoperióstico en la medida deseada.

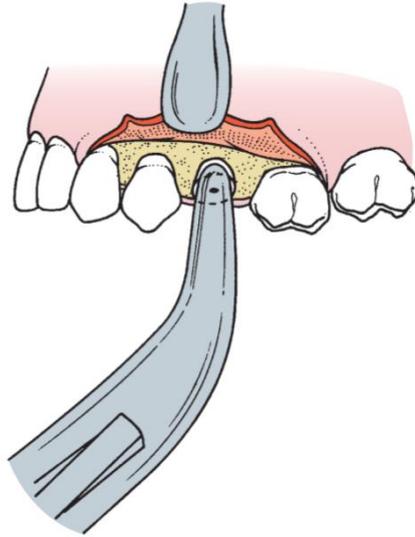


El **separador de Seldin** o el **separador de Minnesota** o de **Austin** se coloca en el lugar adecuado y se sujeta firmemente contra el hueso. De esta forma, el cirujano puede concentrarse principalmente en el campo quirúrgico y no en el retractor, y hay menos posibilidades de lesionar inadvertidamente el colgajo.

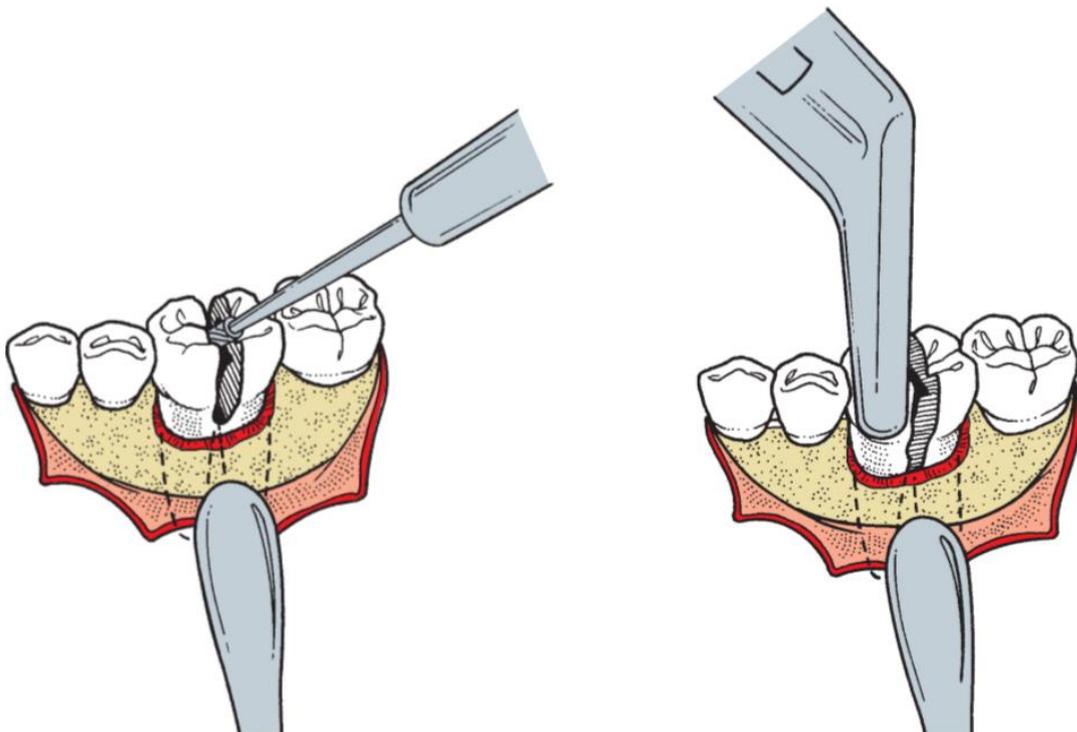


USO DE LA TÉCNICA ABIERTA PARA LA RESOLUCIÓN DE CASOS.

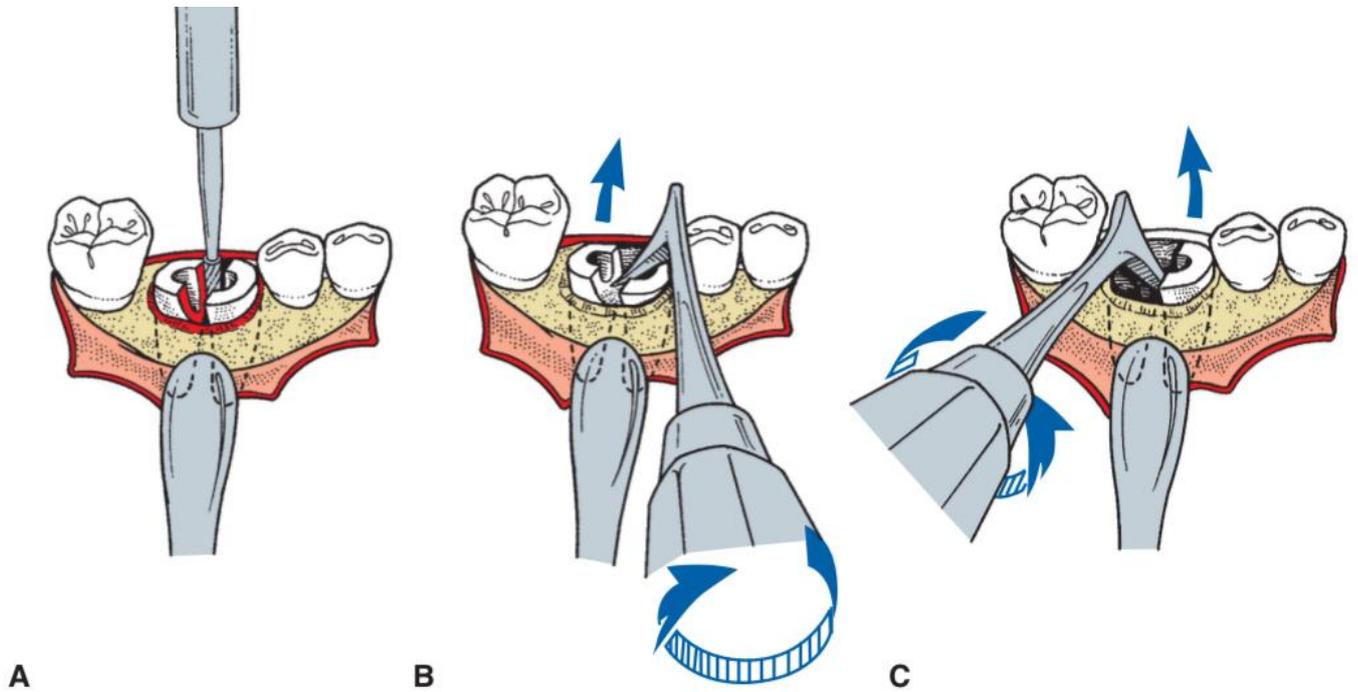
Se puede separar un pequeño colgajo envuelto para exponer una **raíz fracturada**. Bajo visión directa, los fórceps se pueden colocar más apicalmente dentro del ligamento periodontal.



Si el **molar inferior** es difícil de extraer, se puede **seccionar** y transformar en uno de raíz única. Se levanta una incisión envolvente y se extrae una pequeña cantidad de hueso de la cresta alveolar para exponer la bifurcación. La fresa se utiliza para seccionar el diente en dos mitades, mesial y distal. Los fórceps universales inferiores se utilizan para extraer las dos porciones corona-raíz del diente por separado.



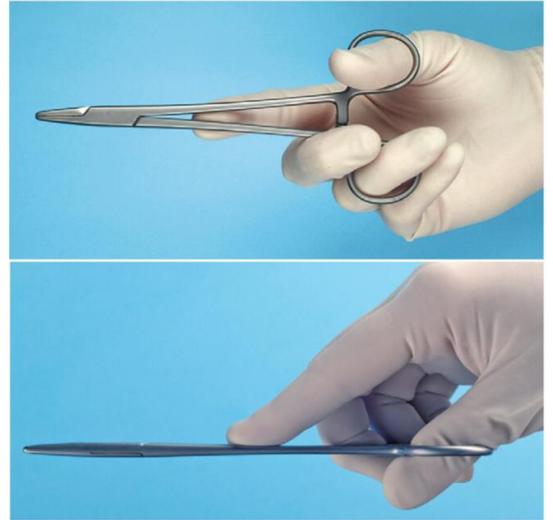
Cuando la **corona del molar inferior no está presente debido a una fractura o caries**, se retira un pequeño colgajo envolvente y se extrae una pequeña cantidad de hueso de la cresta alveolar. Luego se usa la fresa para seccionar el diente en dos raíces individuales. Después de haber utilizado un botador recto pequeño para movilizar las raíces, se utiliza el botador Cryer para elevar la raíz distal. La punta del botador se coloca en un surco preparado por el taladro y se gira para liberar la raíz. El otro par de botador de Cryer se usa luego para liberar la raíz restante, usando el mismo tipo de movimiento de rotación.



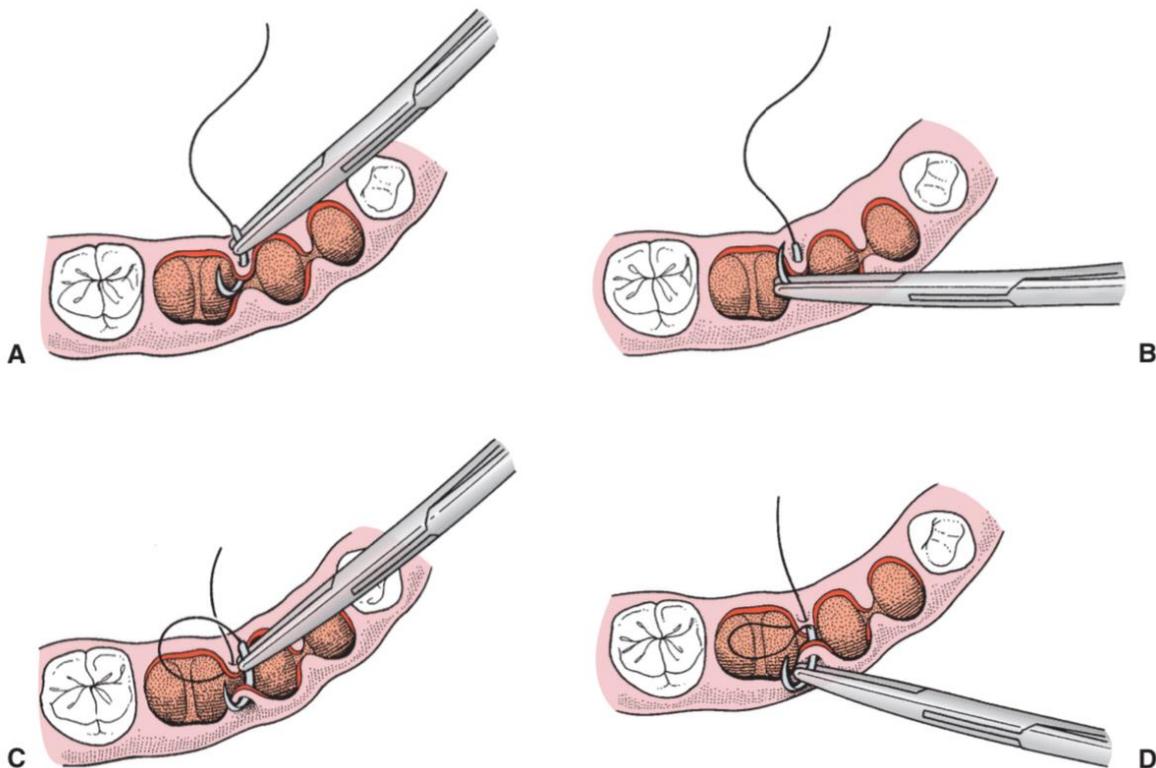
PRINCIPIOS DE SUTURA

Una vez finalizado el procedimiento quirúrgico y correctamente irrigada y desbridada la herida, se debe volver a colocar el colgajo en su posición original o llevarlo a una nueva posición, si es necesario, mediante una sutura. Los instrumentos necesarios incluyen un portaagujas, una aguja, una aguja de sutura y material de sutura.

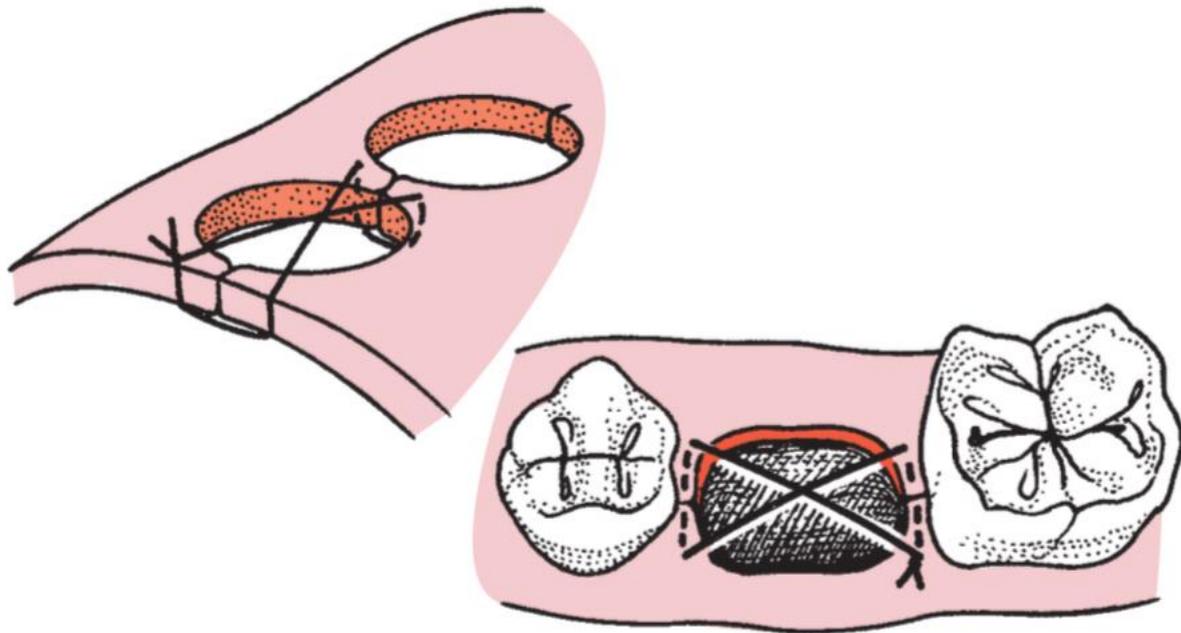
Portaagujas: Sujete el portaagujas con los dedos pulgar y anular. El dedo índice se extiende a lo largo del instrumento para brindar estabilidad y control.



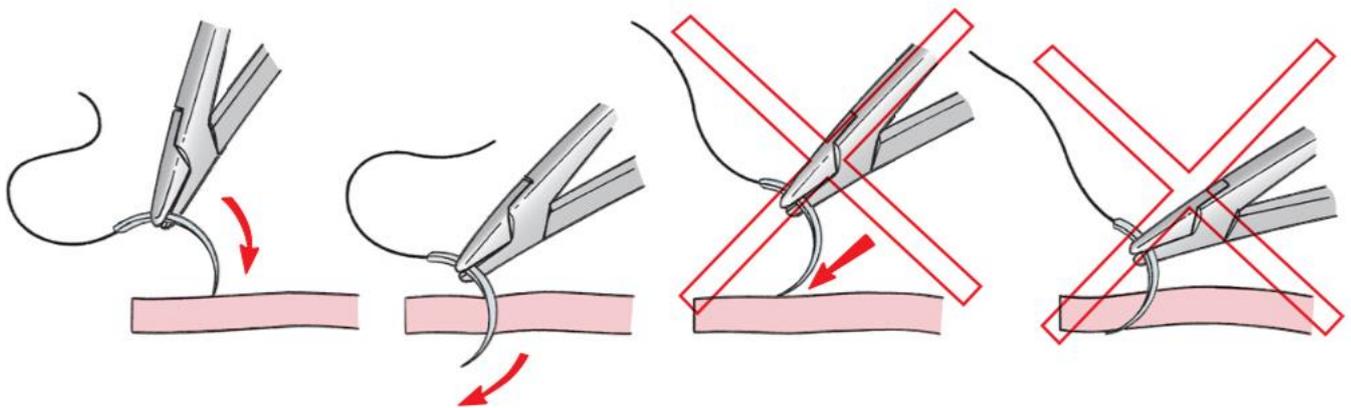
Paso del hilo: Al acercar el colgajo, primero se pasa el hilo por el tejido móvil (habitualmente vestibular); la aguja se recoloca en el porta y se pasa a través del tejido adherido de la papila lingual. Si los dos márgenes de la herida se cierran juntos, el cirujano experimentado puede insertar la aguja en ambos bordes en un solo pase. Sin embargo, en la mayoría de los casos, es mejor utilizar la técnica de dos pases.



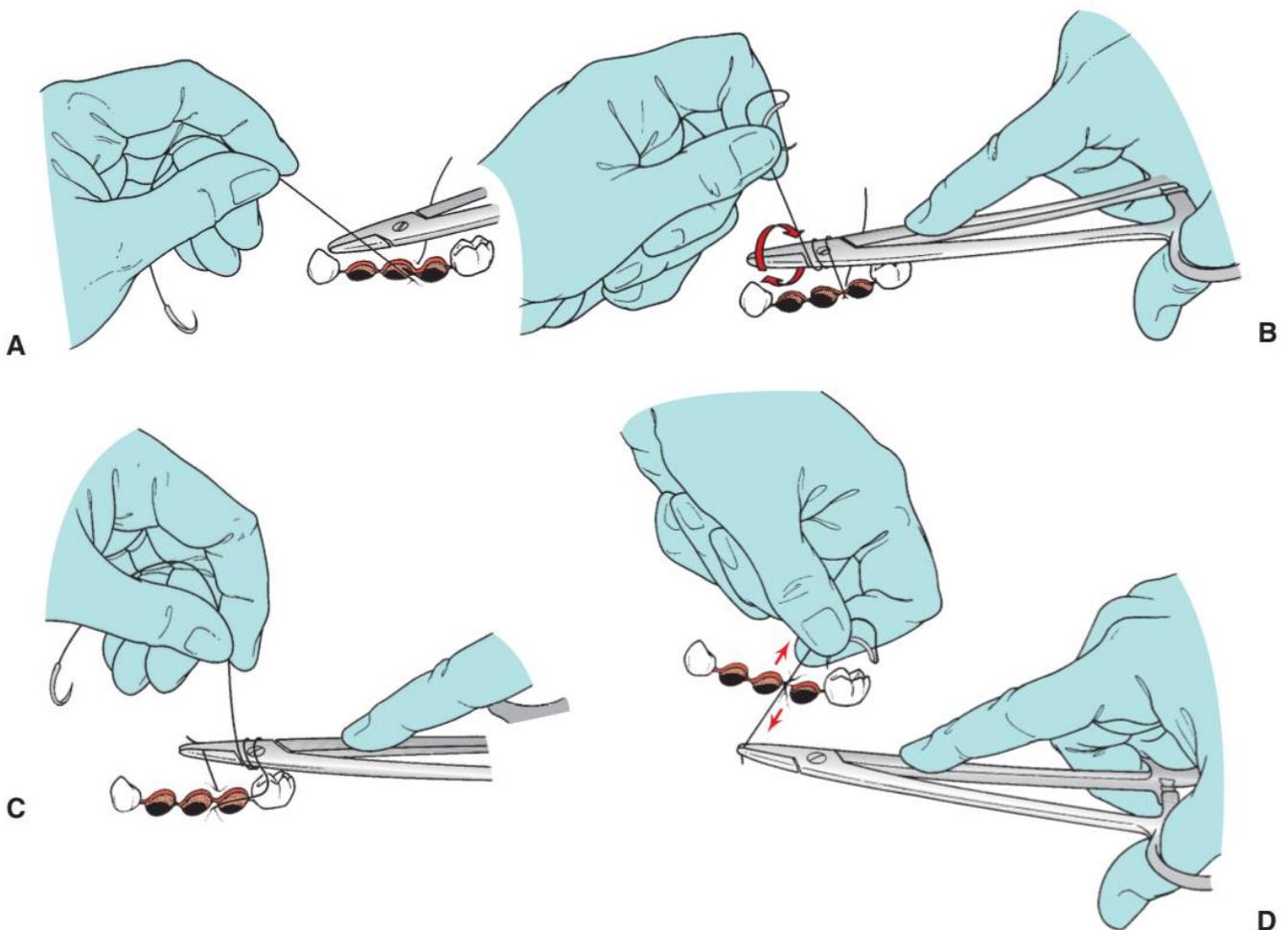
Sutura en ocho ("X"): ocasionalmente se coloca sobre la parte superior del alvéolo para ayudar en la hemostasia. Esto se realiza comúnmente para ayudar a mantener la celulosa oxidada en el alveolo del diente.



Ángulo de la aguja: al pasar la aguja a través del tejido, debe penetrar la superficie de la mucosa en ángulo recto para hacer un orificio mínimo en la mucosa.



Planitud del hilo: el cirujano debe recordar que el propósito del nudo es simplemente unir los tejidos y, por lo tanto, el hilo de sutura no debe apretarse demasiado. Las suturas demasiado apretadas causan isquemia de los márgenes del colgajo y dan como resultado necrosis tisular con laceración de la sutura.



A- Se tira del hilo de sutura a través del tejido hasta que solo quede una pequeña cantidad de hilo (aproximadamente de 1 a 2 cm de largo). El portaagujas se sostiene horizontalmente con la mano derecha al preparar el nudo.

B- La mano izquierda da entonces dos vueltas con el extremo largo de la sutura alrededor del portaagujas en el sentido de las agujas del reloj para hacer dos bucles de sutura.

C- A continuación, el cirujano abre el portaagujas y sujeta el extremo corto de la sutura muy cerca del extremo.

D- Se tira de los extremos de la sutura para apretar el nudo. Bajo ninguna circunstancia se debe tirar del portaagujas hasta que el nudo esté casi apretado para evitar estirar esa parte de la sutura.

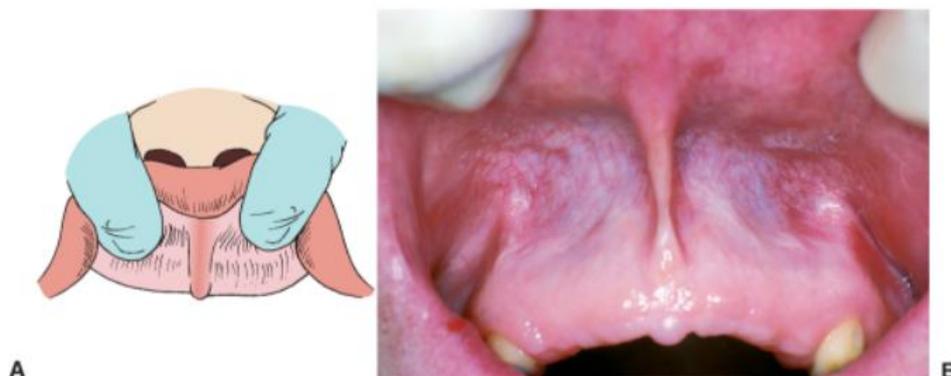
FRENECTOMIA LABIAL Y LINGUAL

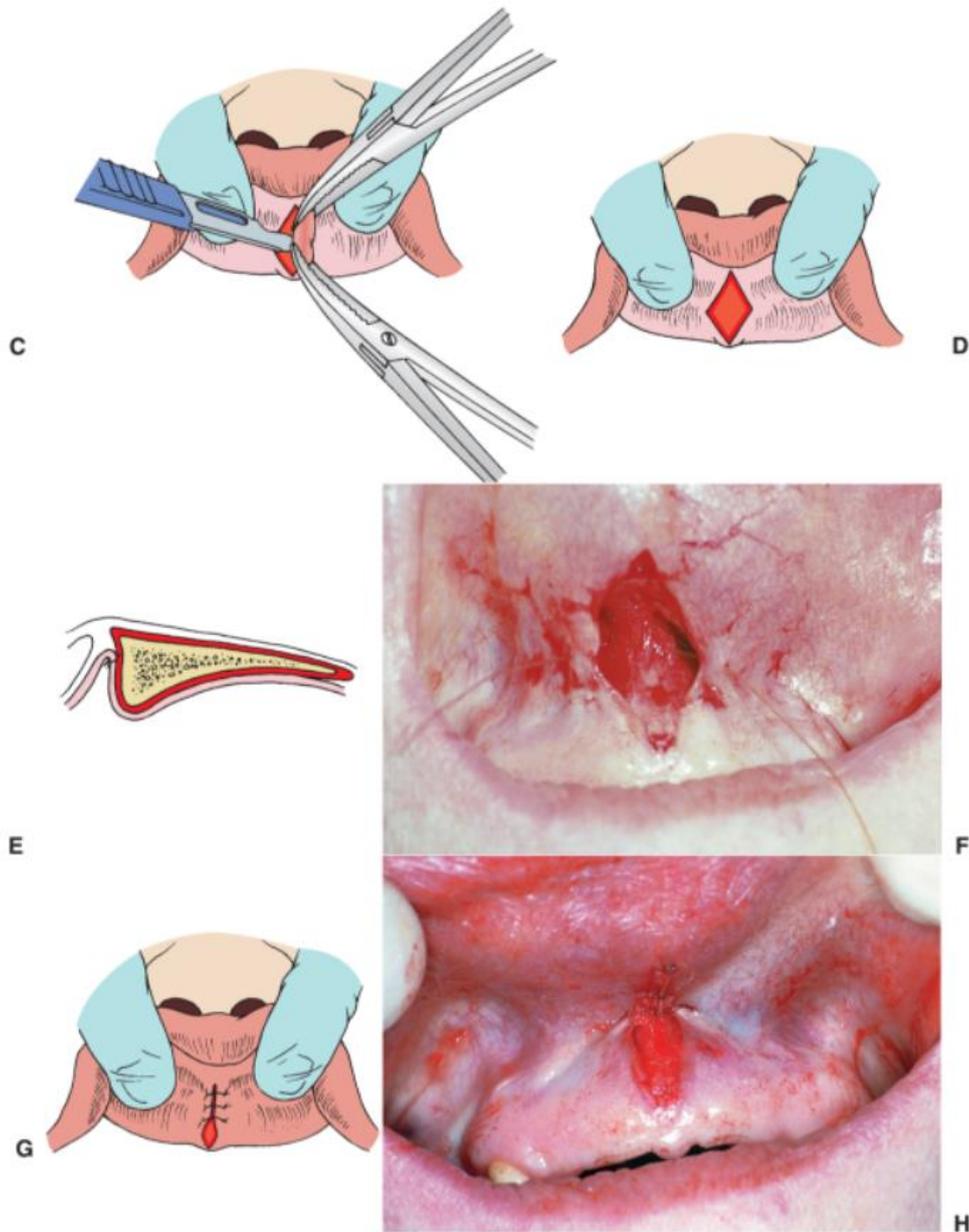
Técnicas e indicaciones: Muchas técnicas quirúrgicas son efectivas para retirar el inserto de los frenillos: (1) la técnica simple de extirpación; (2) la técnica de la Z-plastia, (3) vestibuloplastia localizada con epitelización secundaria y (4) frenectomía con láser. La extirpación simple y Z-plastia son eficaces cuando el tejido mucoso y fibroso es relativamente estrecho. A menudo se prefiere la vestibuloplastia localizada con epitelización secundaria cuando el inserto del frenillo tiene una base ancha. Las técnicas láser son versátiles para la creación de la extirpación local y remoción de tejido mucoso excesivo e inserción de tejido fibroso, lo que permite una epitelización secundaria.

Anestesia infiltrativa local: Con frecuencia es suficiente una infiltración de anestésico local para el tratamiento quirúrgico de la inserción del frenillo. Se debe tener cuidado para evitar la infiltración excesiva de solución anestésica directamente en el área del frenillo, ya que esto puede dificultar la anatomía de la región que ha de ser visualizada en el momento de la extirpación. En todos los casos debe contarse con la ayuda de un asistente que debe elevar y evertir el labio durante el procedimiento.

Técnica de extirpación simple

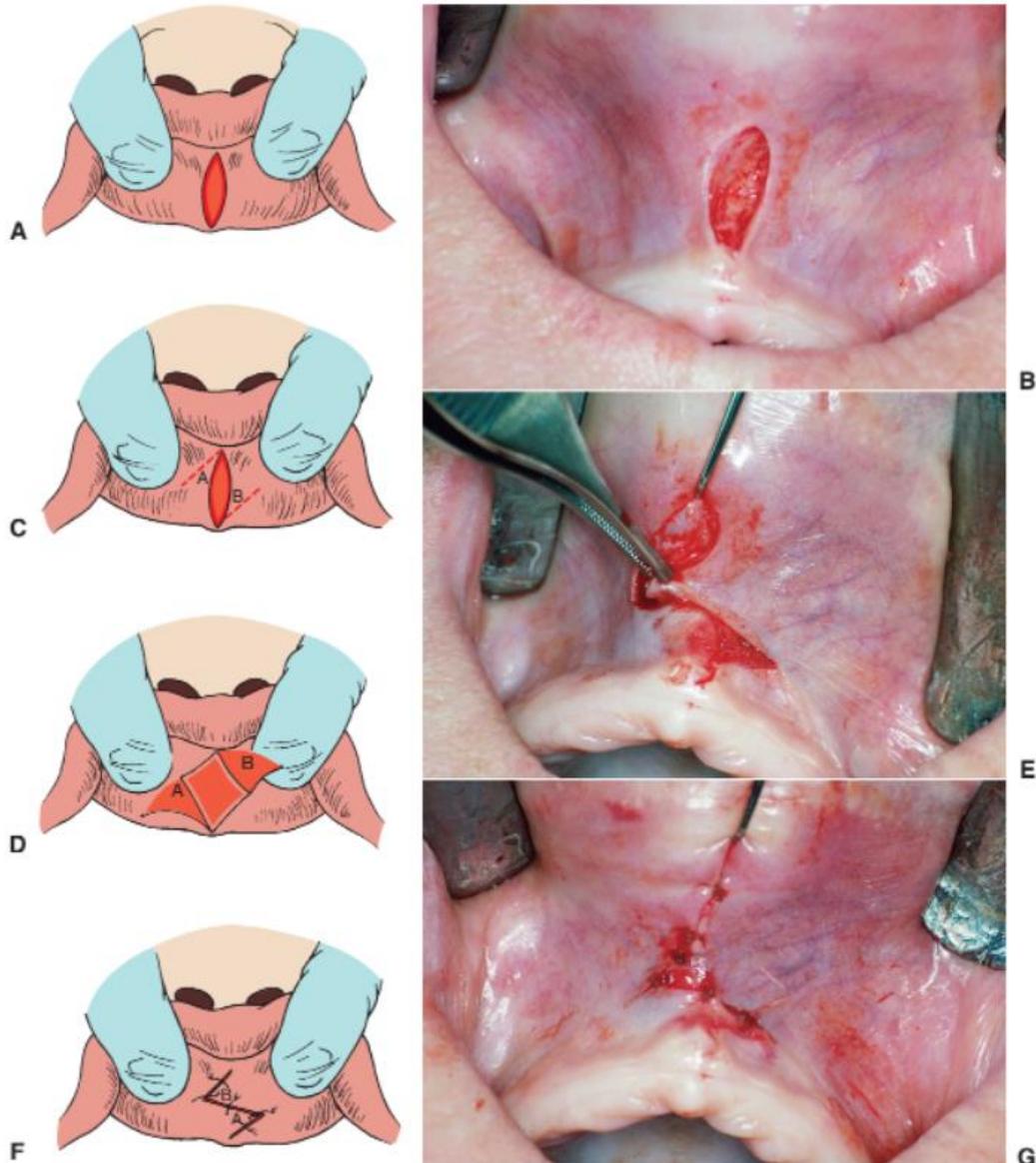
- A y B. Eversión y exposición de la zona de inserción del frenillo.
- C y D. Extirpación cerca de los márgenes laterales del frenillo. Se retira el tejido, exponiendo el periostio subyacente.
- E y F. Colocación de sutura a través de los bordes de la mucosa y el periostio, que cierra el margen de la mucosa y sutura la mucosa al periostio en la parte inferior del vestíbulo.
- G y H. Sutura de la herida. La remoción de tejido en áreas adyacentes a la inserción mucosa a veces impide el cierre primario completo en el aspecto más bajo del margen de la herida.





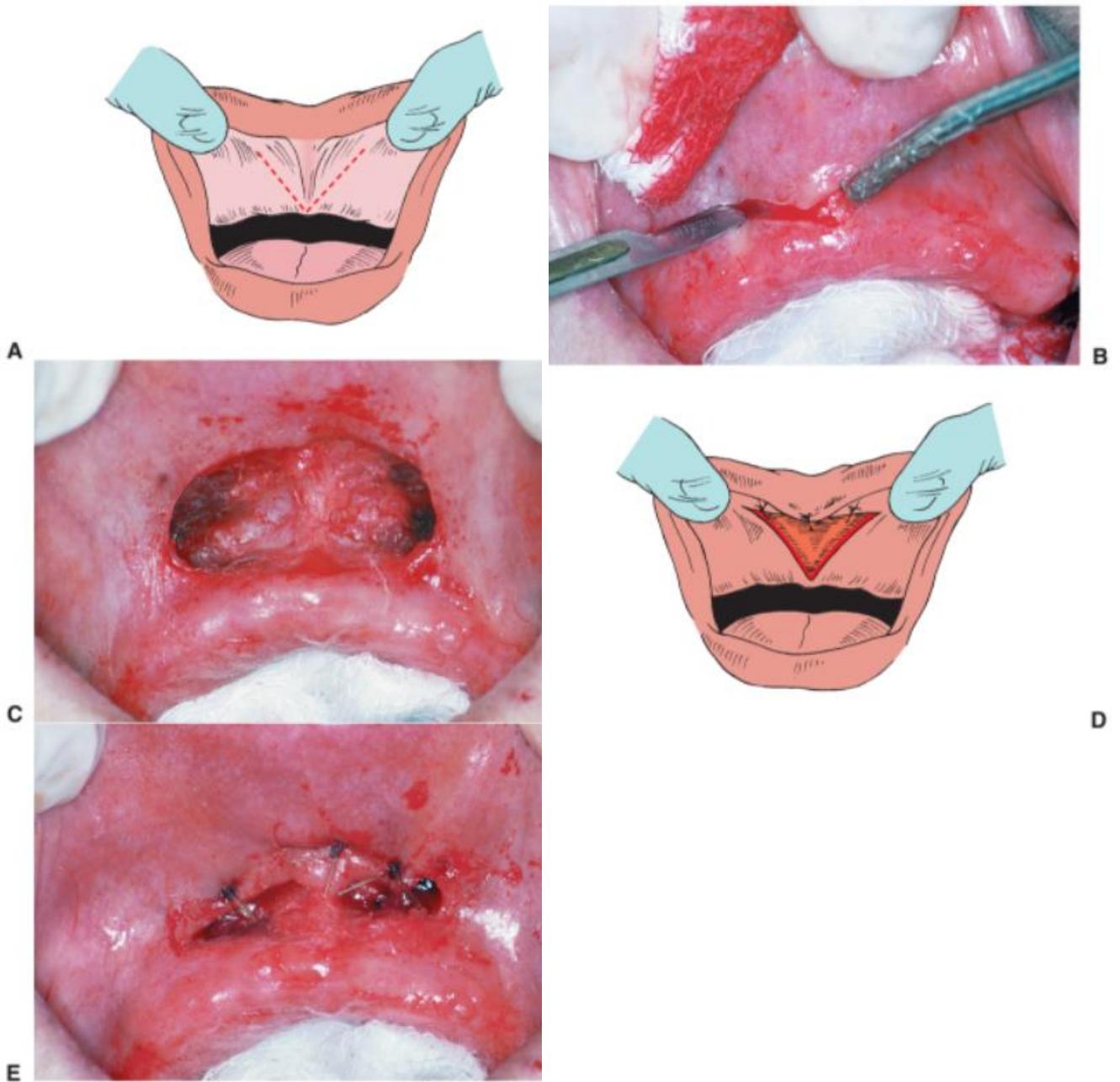
Técnica de Z-Plastia

- A y B. Pequeña incisión elíptica de la mucosa y el tejido conjuntivo laxo subyacente.
- C a E. Se debilitan los colgajos y se rotan hasta la posición deseada.
- F y G. Cierre con suturas interrumpidas.



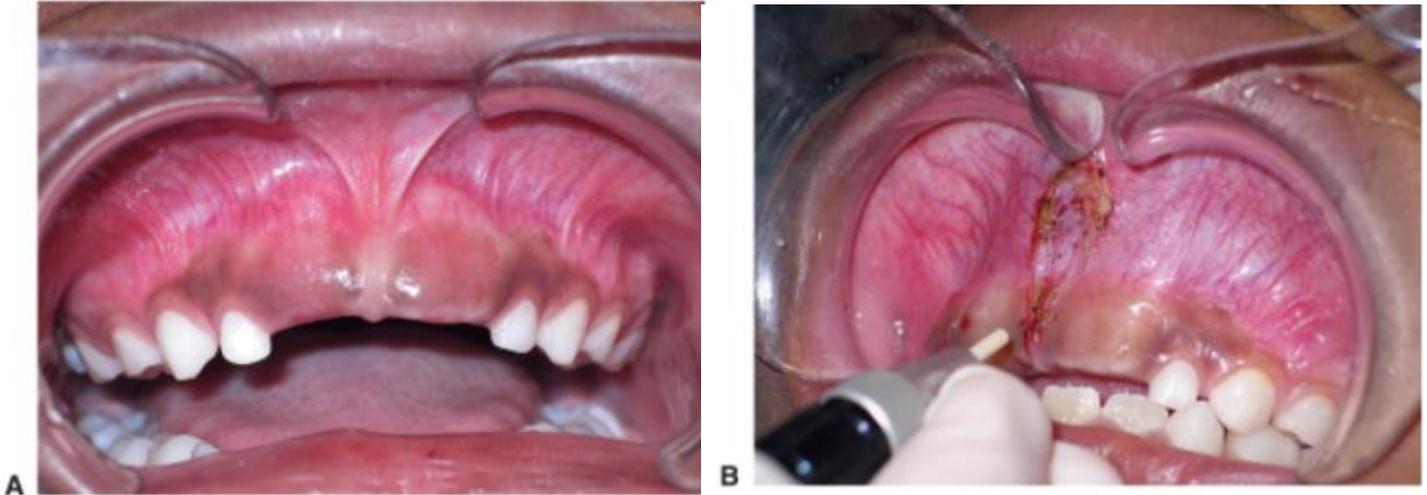
Liberación del frenillo de amplia base

- A y B. Incisión tipo V ancha realizada en la porción más inferior de inserción del frenillo en la zona del reborde alveolar.
- C. Se completa la disección supraperióstica, liberando mucosa y fibrosa de las inserciones del frenillo.
- D. Diagrama de márgenes mucosos suturados al periostio.
- E. Márgenes de la mucosa suturados al periostio en la profundidad del vestíbulo.



Extirpación con láser del frenillo

- A. Frenillo de base amplia en la parte anterior de la maxila.
- B. Ablación supraparióstica de la mucosa e inserciones fibrosas densas. La cicatrización se produce por epitelización secundaria.

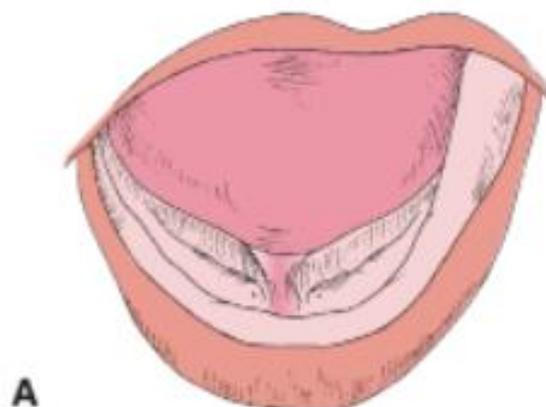


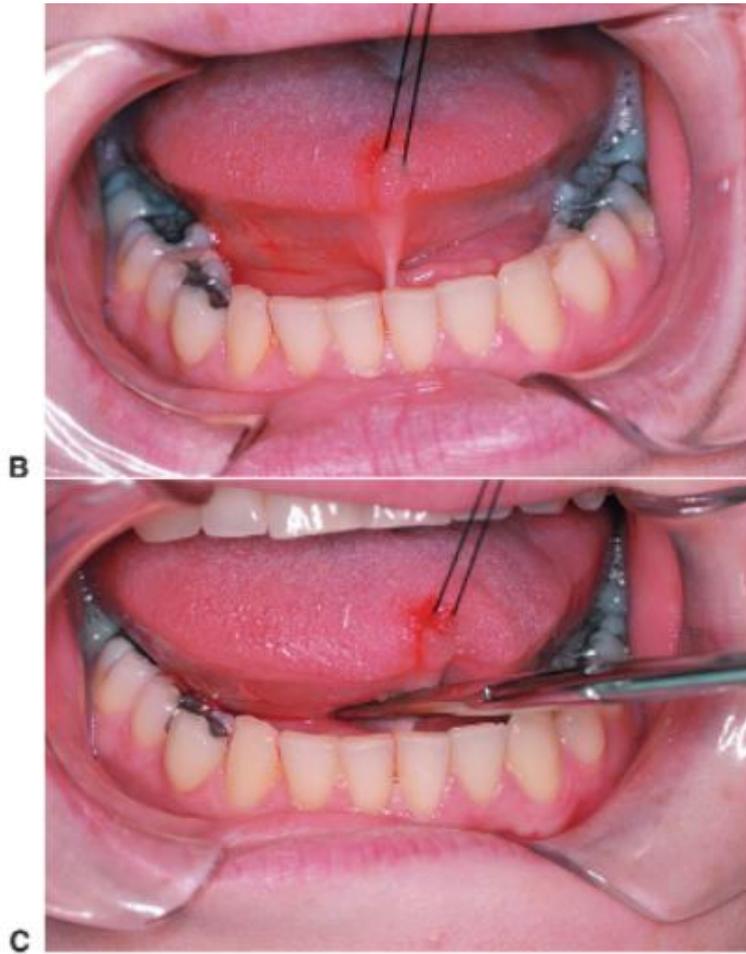
FRENECTOMÍA LINGUAL

Una inserción anormal del frenillo lingual suele consistir en mucosa con tejido conjuntivo fibroso denso y, en ocasiones, fibras superiores del músculo geniogloso. Esta inserción une la punta de la lengua a la superficie posterior del reborde alveolar del maxilar inferior. El bloqueo del nervio lingual bilateral y la anestesia infiltrativa local en la región anterior proporcionan una anestesia adecuada para la frenectomía lingual. La punta de la lengua se controla mejor con tracción sobre una sutura.

Liberación del frenillo lingual

- A. Inserción del frenillo que conecta la punta de la lengua con la superficie lingual de la mandíbula. En pacientes desdentados, el movimiento de la lengua desplaza la prótesis.
- B. Sutura de tracción situada en la punta de la lengua.
- C. Pinzas hemostáticas utilizadas para comprimir el área del frenillo durante 2 o 3 minutos, lo que permite una mejor hemostasia.

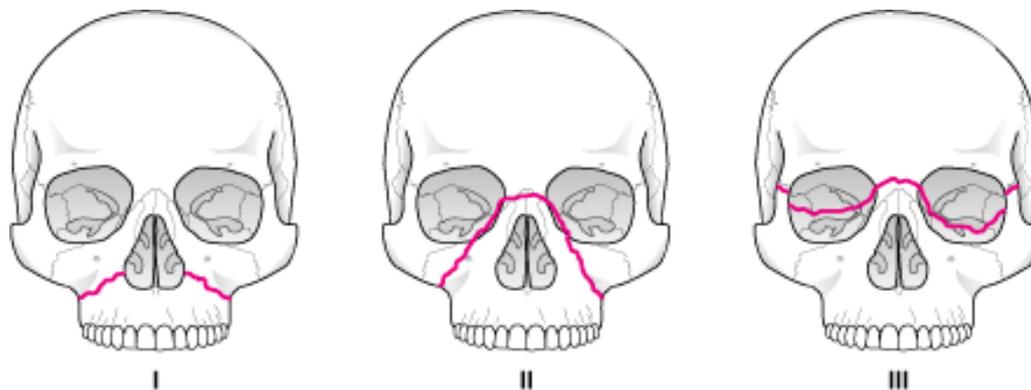




CLASIFICACIÓN DE LE FORT Y FRACTURA DE CÓNDILO

Clasificación de Le Fort de las fracturas del tercio medio facial

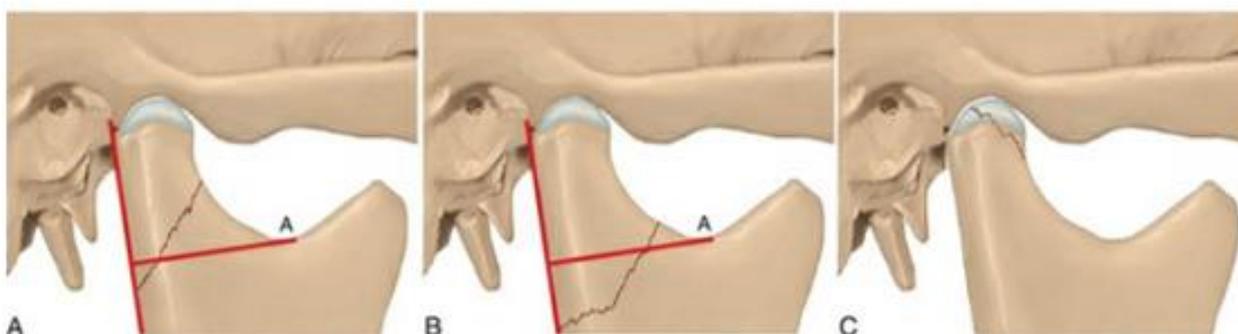
- I- Mandíbula solamente;
- II- Reborde infraorbitario;
- III- Desprendimiento completo del macizo medio facial del cráneo (disociación craneofacial).



Fractura condílea: Los signos y síntomas de la fractura de cóndilo son: dolor, limitación de los movimientos mandibulares, alteración de la oclusión dentaria, asimetría facial (por desviación del mentón hacia el lado fracturado) y retroposición mandibular (en fracturas bilaterales). La mayoría de las fracturas de cóndilo se tratan de forma incruenta mediante bloqueo maxilomandibular, fisioterapia elástica, observación junto con dieta líquida o una combinación de ambas. La fijación interna rígida ha sido más utilizada en relación a la osteosíntesis con alambre de acero, ya que promueve la consolidación ósea primaria sin necesidad de bloqueo maxilomandibular postoperatorio.

Clasificación

- A- Fractura de la parte superior del cóndilo o del cuello;
- B- Fractura baja o subcondílea;
- C- Fractura intracapsular (diacapitular).



PROTOS FARMACOLÓGICOS

Medicação Pré OP (+/- 60min antes)

1. Redução de Ansiedade: Diazepam 05/10mg ou Midazolam 7,5/15mg
2. Profilaxia Antibiótica Vs. Profilaxia Cirúrgica (2G/1G/500mg* Amoxicilina)
3. Controle de Edema (04mg Decadron)

Medicação Pós OP (+/- 60min antes)

Nível 1 - Analgesia

Dipirona 500mg 06/06 – 48 horas ou em caso de dor.

Paracetamol 750 06/06 – 48 horas ou em caso de dor.

Nível 2 - Analgesia Anti-inflamatória

Ibuprofeno 600mg 08/08 horas

Nimesulida 100mg 12/12 + Dipirona 500mg ou Paracetamol 750mg

Nível 3 - Analgesia/Anti-inflamatório/Antibiótico

Amoxicilina 875mg 12/12 h ou 500 mg 08/08h por 05 a 07 dias

Decadron 04 mg 08/08h por 02 ou 03 dias

Dipirona 1G 06/06 ou Toragesic 10mg 08/08

Para: Pedro Álvares Cabral

R//

Amoxicilina ----- 875mg ----- 01 cx

Tomar 01 comp de 12/12 horas por 07 dias

Nimesulida ----- 100mg----- 01cx

Tomar 01 comp de 12/12 horas por 03 dias

Dipirona ----- 500mg ----- 01 ct

Tomar 01 comp de 06/06 horas por 48 horas ou em caso de dor

Periogard ----- 01cx

Enxaguar a boca 03 vezes o dia ou após as principais refeições (deixar agir por 01 minuto)

ORIENTAÇÕES CIRURGIA ORAL

- Dieta Líquida e Pastosa fria nos primeiros 04 dias
- Não baixar cabeça e evitar esforços físicos
- Não pegar peso
- Evitar exposição ao sol por 48 horas
- Higiene Oral com clorexidina 0,12mg 03x ao dia
- Escovação leve (não passar a escova sobre o local operado)
- Compressa de gelo na face nos primeiros 02 dias
- Em caso de sangramento abundante morder um gaze por 20 minutos
- Se o sangramento persistir entrar em contato conosco

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO DE DIENTES RETENIDOS

Diente retenido: Es aquel que no ha logrado erupcionar en la arcada dentaria en el tiempo esperado. El diente queda retenido debido a los dientes adyacentes, la capa de hueso denso, el exceso de tejido blando o una anomalía genética que impide la erupción.

Indicaciones para la extracción de dientes retenidos

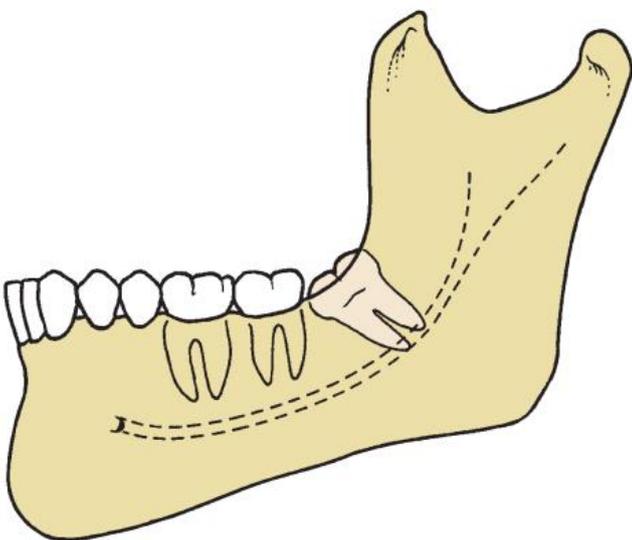
- Prevención de la enfermedad periodontal
- Prevención de la caries dental
- Prevención de pericoronitis
- Prevención de la reabsorción radicular
- Dientes retenidos bajo una prótesis dental
- Prevención de quistes y tumores odontogénicos
- Tratamiento del dolor de origen desconocido
- Prevención de fracturas de mandíbula
- Facilitación del tratamiento de ortodóntico.
- Cicatrización periodontal óptima

Contraindicaciones para la extracción de dientes retenidos

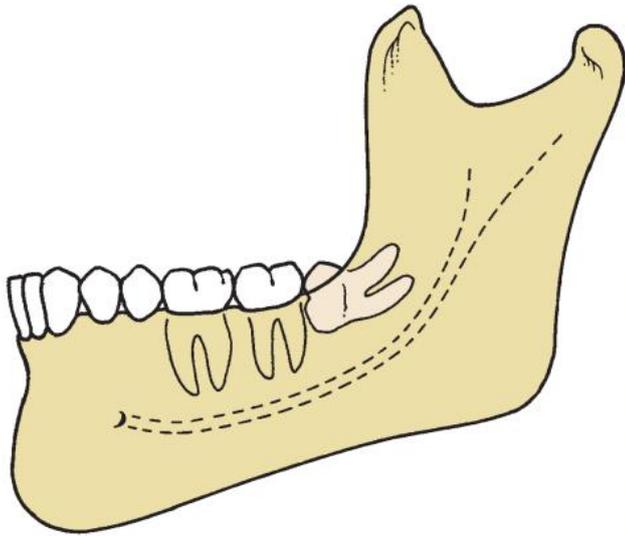
- Edades extremas
- Estado de salud deteriorado
- Probable daño excesivo a las estructuras adyacentes

Clasificación según la angulación

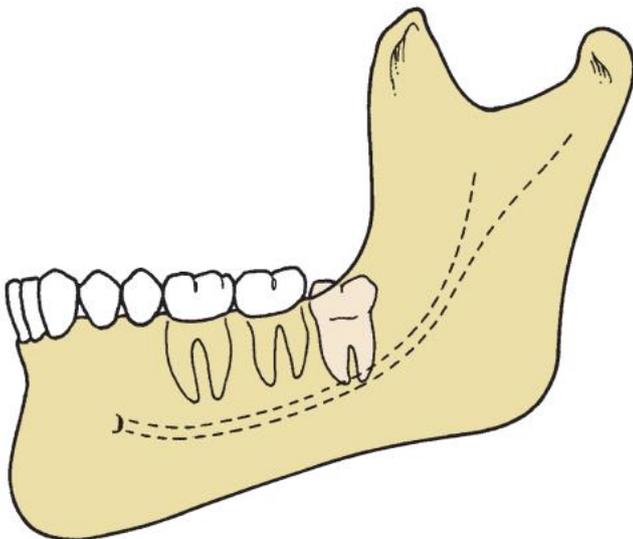
Retención Mesoangular — la retención más común y fácil de extraer.



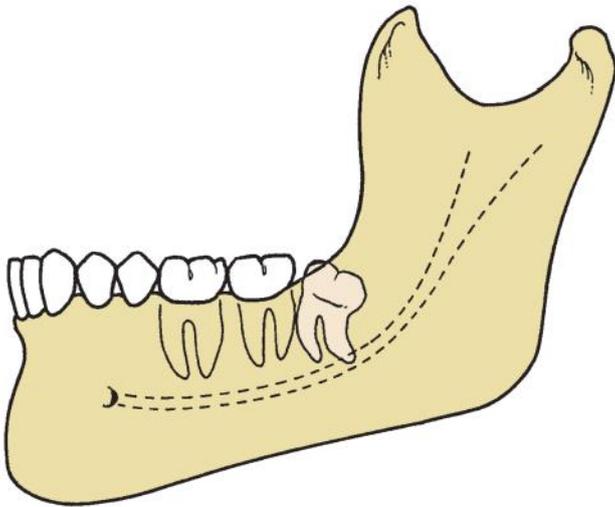
Retención horizontal: poco común y más difícil de extraer que la mesioangular



Retención vertical: la segunda más frecuente y la segunda más difícil de extraer.

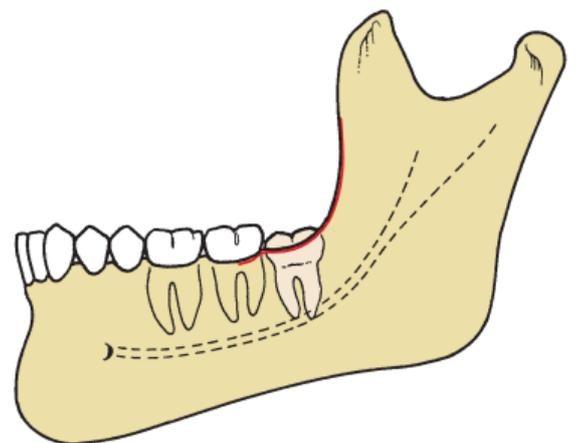


Retención distoangular: Poco común y la más difícil de extraer de los cuatro tipos.

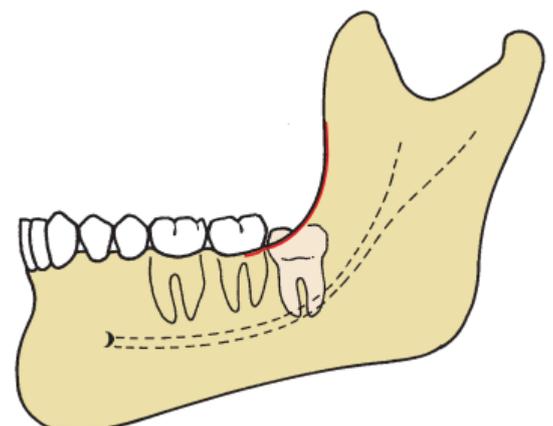


Calificación de Pell y Gregory : Hay dos clasificaciones, una en Relación con el borde anterior de la rama de la rama ascendente, se le asignan las clases 1, 2 y 3 de Pell y Gregory y la otra en Relación con el Plano Oclusal se denomina clasificación A, B y C de Pell y Gregory.

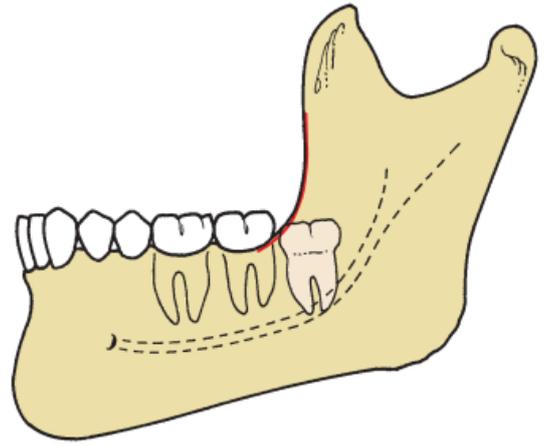
Clase 1: El tercer molar inferior tiene suficiente espacio anteroposterior (es decir, por delante del borde anterior de la rama) para erupcionar.



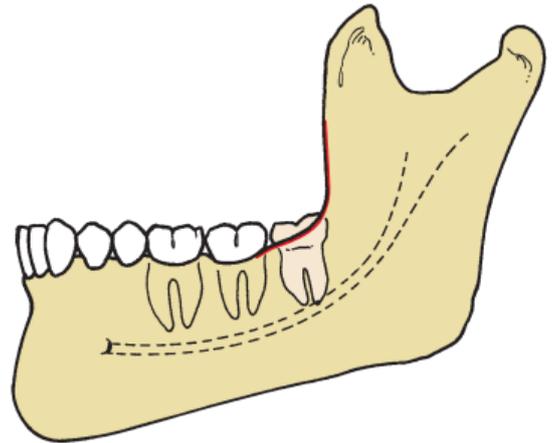
Clase 2: Aproximadamente la mitad está cubierta por la porción anterior de la rama de la mandíbula.



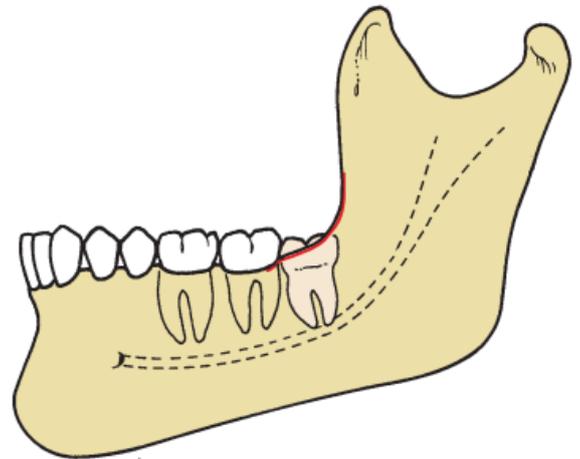
Clase 3: El tercer molar retenido está completamente incluido en el hueso de la rama ascendente.



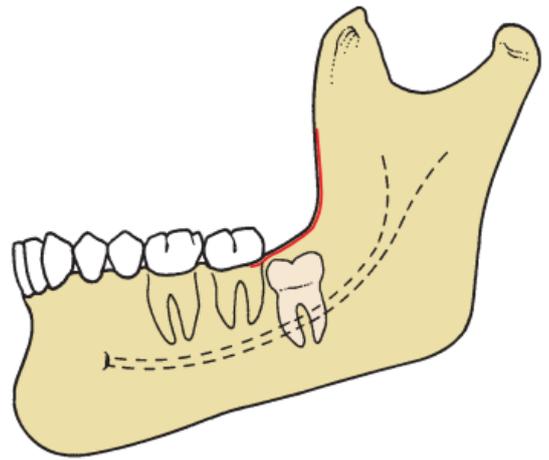
Clase A: El plano oclusal del diente retenido está al mismo nivel que el plano oclusal del segundo molar.



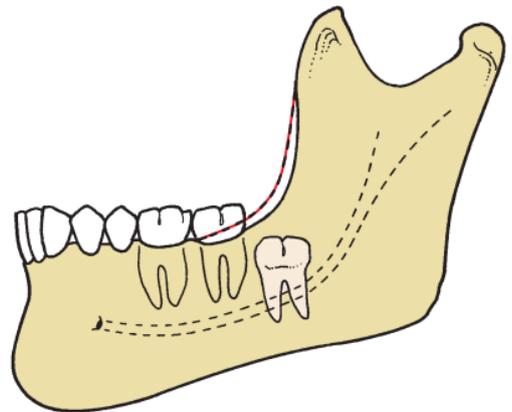
Clase B: El plano oclusal del diente retenido está entre el plano oclusal y la línea cervical del segundo molar.



Clase C: El diente retenido está por debajo de la línea cervical del segundo molar.



Relación con el Nervio Dentario Inferior: Una de las secuelas potenciales de la extracción de los terceros molares retenidos es la lesión del nervio dentario inferior. Si el ápice del diente parece estar conducto dentario inferior en la radiografía, el cirujano debe tener especial cuidado para evitar la lesión del nervio. Se recomienda la tomografía computarizada para ayudar en las decisiones de planificación.



Factores que facilitan la cirugía por retención

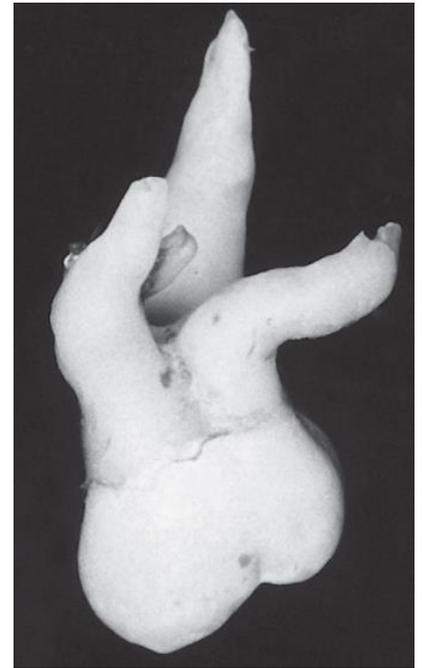
1. Posición mesioangular
2. Rama de clase 1 de Pell y Gregory
3. Profundidad de la clase A de Pell y Gregory
4. Raíces con unos o dos tercios formados
5. Raíces cónicas fusionadas
6. Ligamento periodontal ancho
7. Folículo grande
8. Hueso elástico
9. Separación del segundo molar
10. Separación del nervio dentario inferior
11. Retención en partes blandas

Factores que dificultan cirugía por retención

1. Posición distoangular
2. Rama de clase 2 o 3 de Pell y Gregory
3. Profundidad de clase B o C de Pell y Gregory
4. Raíces largas y finas

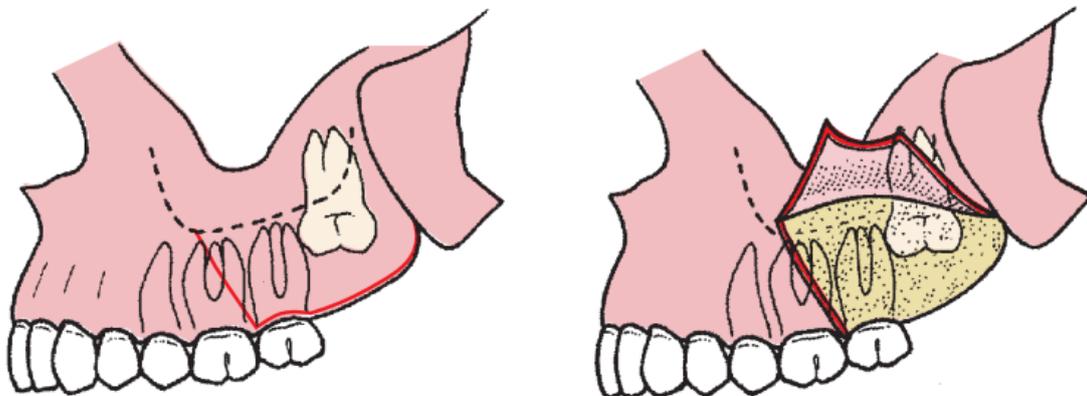
5. Raíces curvas divergentes
6. Ligamento periodontal estrecho
7. Folículo pequeño
8. Hueso denso, no elástico
9. Contacto con el segundo molar
10. Proximidad al conducto dentario inferior
11. Retención ósea completa

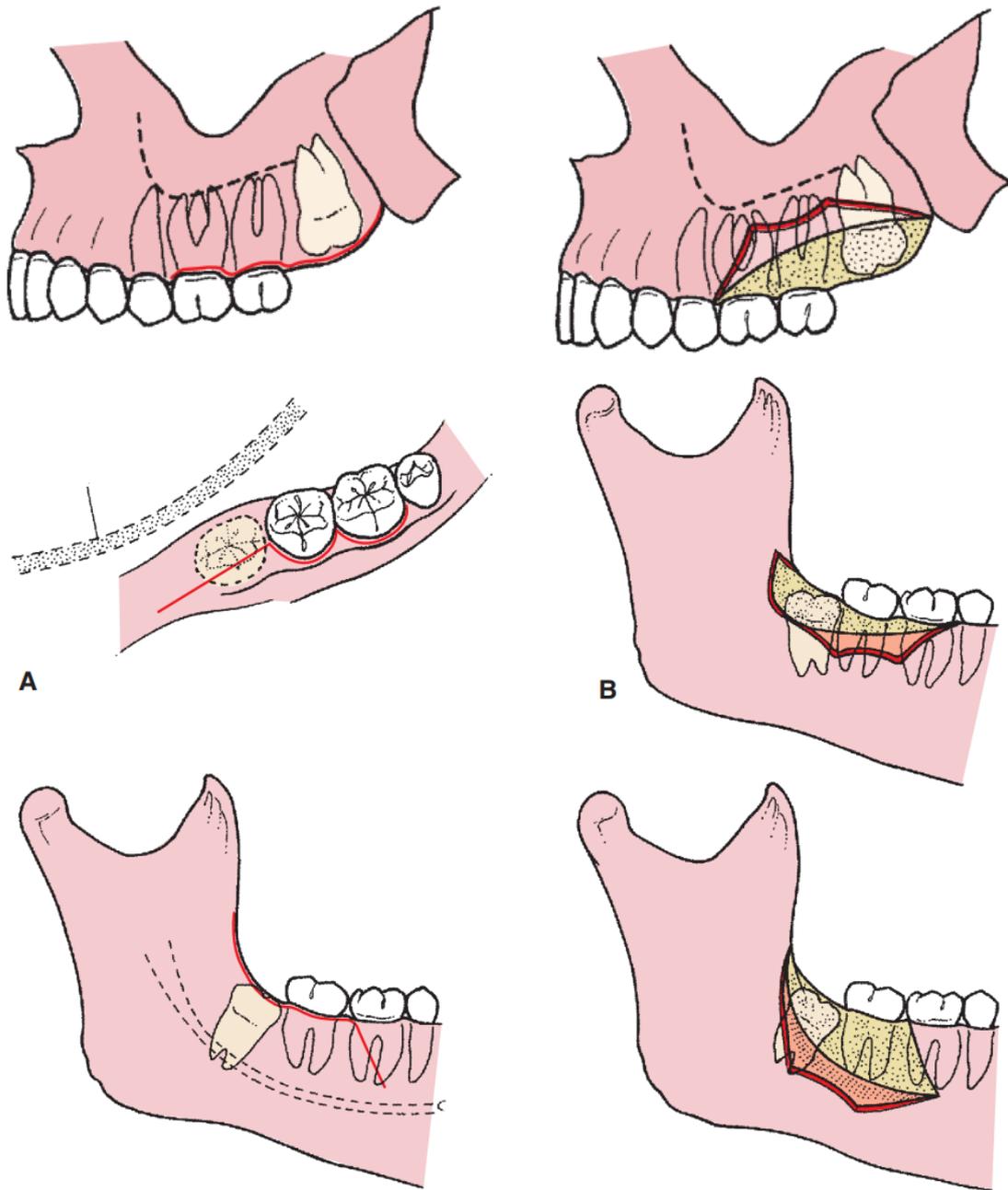
Raíz fina no fusionada con curvatura inadecuada: El factor más común que causa dificultad en la extracción del tercer molar maxilar es una raíz fina, no fusionada, con curvatura errática. La mayoría de los terceros molares superiores tienen raíces fusionadas cónicas. Sin embargo, el cirujano debe examinar cuidadosamente la radiografía preoperatoria para asegurarse de que no haya un patrón radicular inusual.



Canino superior: Después de los terceros molares inferiores y superiores, el diente más comúnmente retenido es el canino superior. Si el dentista decide que hay que extraer el diente, debe determinar si el diente está colocado en sentido vestibular, hacia el paladar, o en el centro de la apófisis alveolar. Si el diente se sitúa en la cara vestibular, puede levantarse un colgajo de tejidos blandos para permitir la eliminación del hueso que lo recubre y el diente. Sin embargo, si está en el lado palatino o en una posición vestibulolingual intermedia, su extracción será mucho más difícil. Por lo tanto, cuando se evalúa la extracción de un canino superior retenido, la valoración más importante para el cirujano es la posición vestibulolingual del diente.

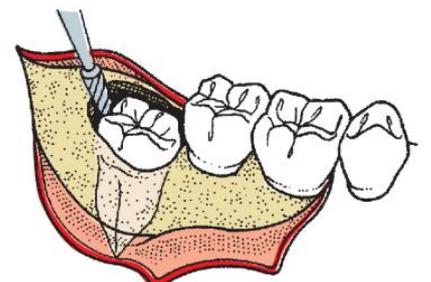
Levantamiento suficiente del colgajo como para tener accesibilidad: La facilidad de extraer un diente retenido depende de su accesibilidad. Para lograr el acceso a la zona y visualizar el hueso que recubre el diente y que debe eliminarse, el cirujano debe levantar el colgajo mucoperióstico adecuado. El colgajo debe ser de una dimensión aceptable para permitir la colocación y estabilización de separadores y los instrumentos para eliminar el hueso.





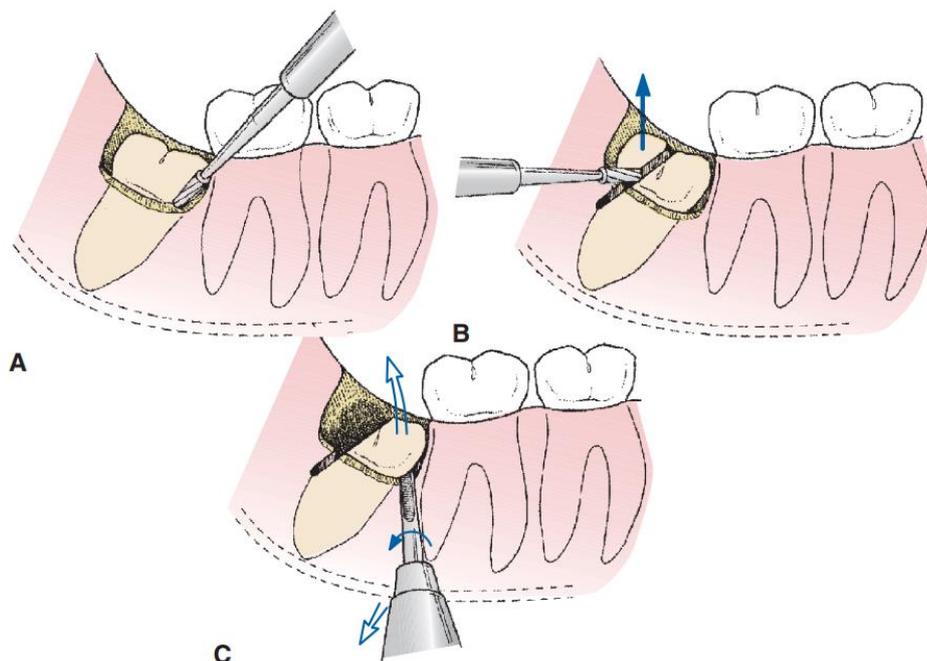
Sobre: En la mayoría de las situaciones, el colgajo "en sobre" es la técnica preferida. El colgajo en forma de sobre sutura más rápido y cicatriza mejor que el colgajo triangular (colgajo en forma de sobre con una incisión de descarga). Sin embargo, si el cirujano necesita mayor acceso a las áreas más apicales del diente, lo que podría estirar y desgarrar el colgajo "en sobre", debe pensar en el empleo de un colgajo triangular.

Eliminación del hueso superpuesto: El cirujano debe tomar una decisión con respecto a la cantidad de hueso que se va a extraer. En algunas situaciones, el diente puede seccionarse con un taladro y extraerse sin extraer el hueso. En la mayoría de los casos, sin embargo, se requiere cierta remoción de hueso.



Odontosección: Cuando se ha eliminado suficiente hueso alrededor del diente. La odontosección permite extraer por separado las porciones del diente mediante botadores a través de la abertura proporcionada por la eliminación del hueso.

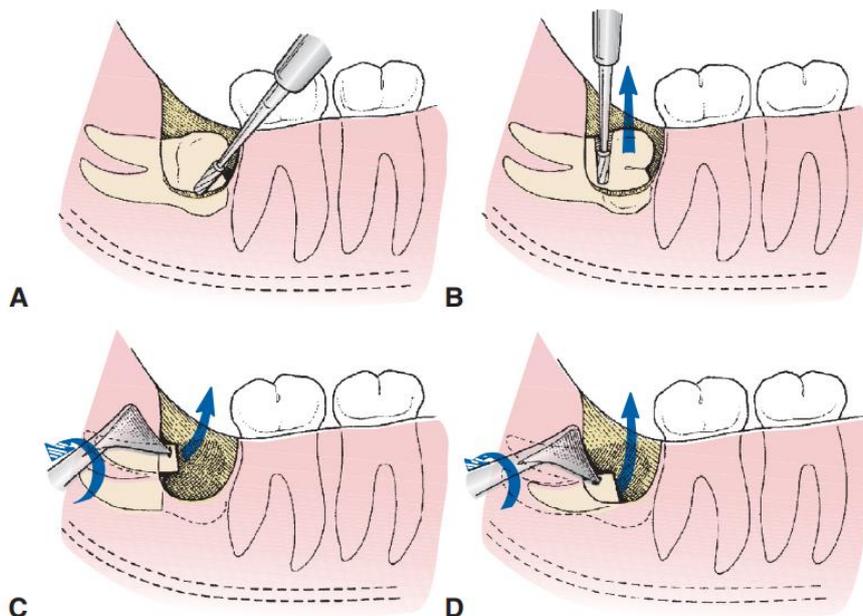
Extracción de diente seccionado con botador: Una vez que se ha eliminado suficiente hueso para exponer el diente y este se ha seccionado correctamente, se extrae de la apófisis alveolar con botadores dentales. Una diferencia importante entre la extracción de terceros molares mandibulares retenidos de un diente de cualquier otro sitio de la boca es que casi no se produce luxación del diente para expandir la cortical vestibular o lingual. En su lugar, se elimina el hueso y se secciona el diente para despejar el camino para su extracción.



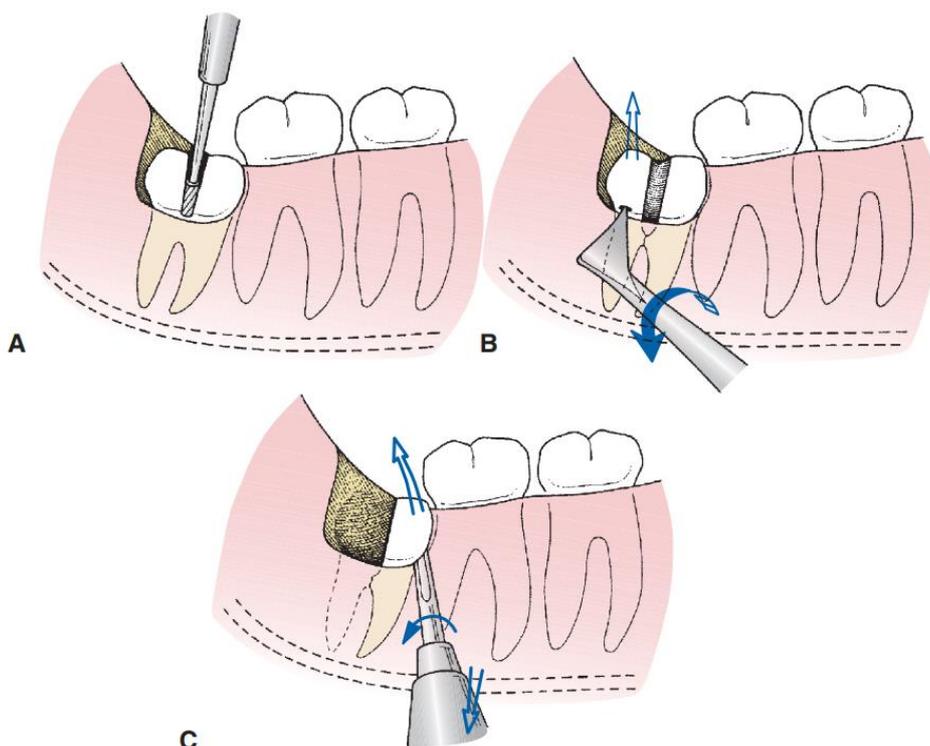
Retención mesioangular: Se retira el hueso vestibulodistal para exponer la corona del diente hasta la línea cervical. Luego se separa la cara distal de la corona del resto del diente. Ocasionalmente, es necesario dividir todo el diente en dos partes en lugar de seccionar solo la porción distal de la corona. Una vez extraída la porción distal de la corona, se puede insertar un botador recto pequeño en la cara mesial de la corona expuesta quirúrgicamente para extraer el resto del diente, como se muestra. Alternativamente, se puede colocar un punto de apoyo cerca de la base de la corona cerca de la cara mesial del diente y usar un pico de Crane para extraer el diente (no se muestra).

Retención horizontal: Durante la extracción, el hueso que recubre el diente (es decir, el hueso en la cara distal y vestibular del diente) se elimina con una fresa. Luego se secciona la corona de las raíces del diente y se extrae del alvéolo. Luego, las raíces se eliminan juntas o de forma independiente con un movimiento de rotación mediante el elevador de Cryer. Las raíces pueden

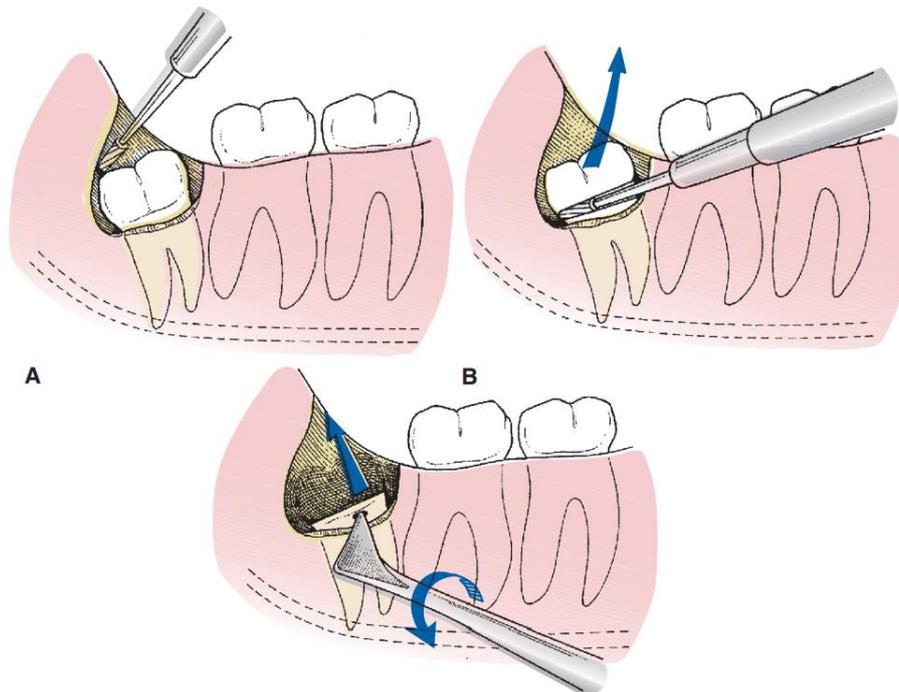
requerir la separación en dos partes, ocasionalmente se hace un punto de apoyo en la raíz que permite la inserción del elevador de Cryer. La raíz mesial del diente se extrae del mismo modo.



Retención vertical: Cuando se extrae una retención vertical, se elimina el hueso de la cara oclusal, vestibular y distal de la corona y el diente se divide en una porción mesial y una distal. Si el diente tiene una raíz única fusionada, se divide la parte distal de la corona de manera similar a la descrita para la retención mesioangular. La cara posterior de la corona se extrae primero insertando el botador de Cryer en un pequeño punto de apoyo en la porción distal del diente. Luego se utiliza un botador recto apical n°301 para extraer la parte mesial del diente mediante un movimiento de rotación y palanca.



Retención distoangular: El hueso oclusal, vestibular y distal se extrae con una fresa. Es importante recordar que debe retirarse más hueso en la cara distal que en las retenciones verticales o mesioangulares. Se secciona la corona del diente con una fresa y se extrae la corona con un botador recto. Se coloca un punto de apoyo en la porción restante de la raíz y se extraen las raíces mediante un botador de Cryer con un movimiento de rueda y eje. Si las raíces divergen, puede ser necesario, en algunos casos, separarlas en porciones independientes.



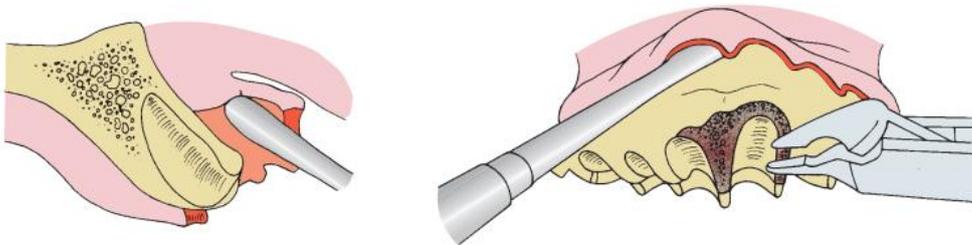
Preparación de la sutura de la herida: La lima para huesos se usa para pulir los bordes afilados y ásperos del hueso, particularmente donde el botador ha estado en contacto. Todos los fragmentos de hueso en partículas y los desechos se eliminan de la herida. Una vez que se sujeta el folículo, se levanta con una presión lenta y firme, y se separa del tejido duro y del tejido blando circundante. Se debe realizar una irrigación final y una inspección minuciosa antes de cerrar la herida.

CIRUGÍA PREPROTÉSICA

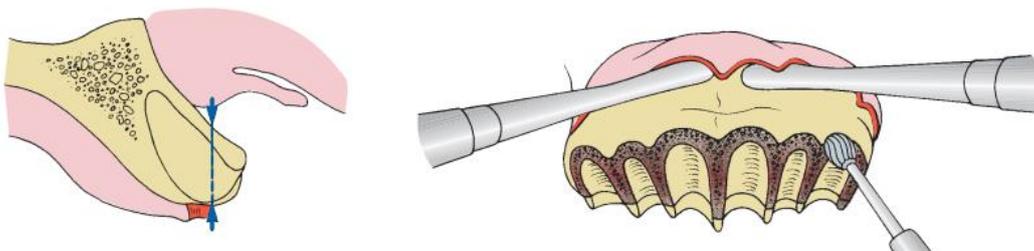
ALVEOLOPLASTIA SIMPLE ASOCIADA A LA EXTRACCIÓN DE MÚLTIPLES DIENTES

Compresión de las paredes del alvéolo: La forma más simple de alveoloplastia consiste en comprimir las paredes laterales del alveolo dental después de una extracción simple. En muchos casos de extracción dental única, la compresión digital del sitio de extracción ya promueve un contorno adecuado del hueso subyacente, siempre que no se encuentren irregularidades manifiestas del contorno del hueso en el área después de la extracción. Cuando existan múltiples irregularidades, con frecuencia se requiere un recontorneado más extenso.

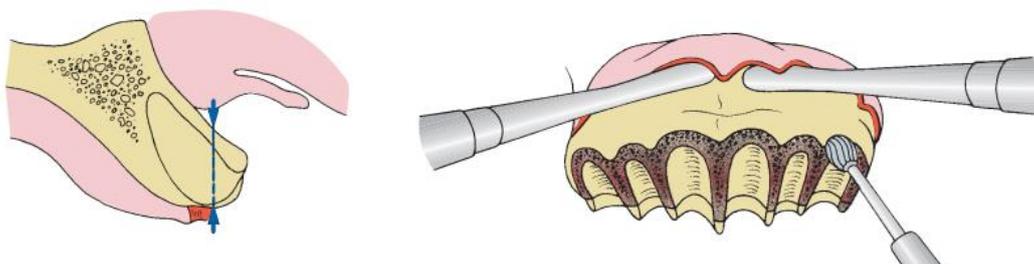
Colgajo: Las áreas específicas que requieren el recontorneado alveolar deben exponerse utilizando un colgajo tipo sobre. Una incisión mucoperióstica a lo largo de la cresta del reborde, con adecuada extensión anteroposterior del área a exponer y el colgajo retraído, permite una adecuada visualización y acceso al reborde alveolar.



Recontorneado: Dependiendo del grado de irregularidad del área del reborde alveolar, el recontorneado se puede realizar con una gubia, lima de hueso, o con una fresa de hueso en una pieza manual, aislada o combinada.

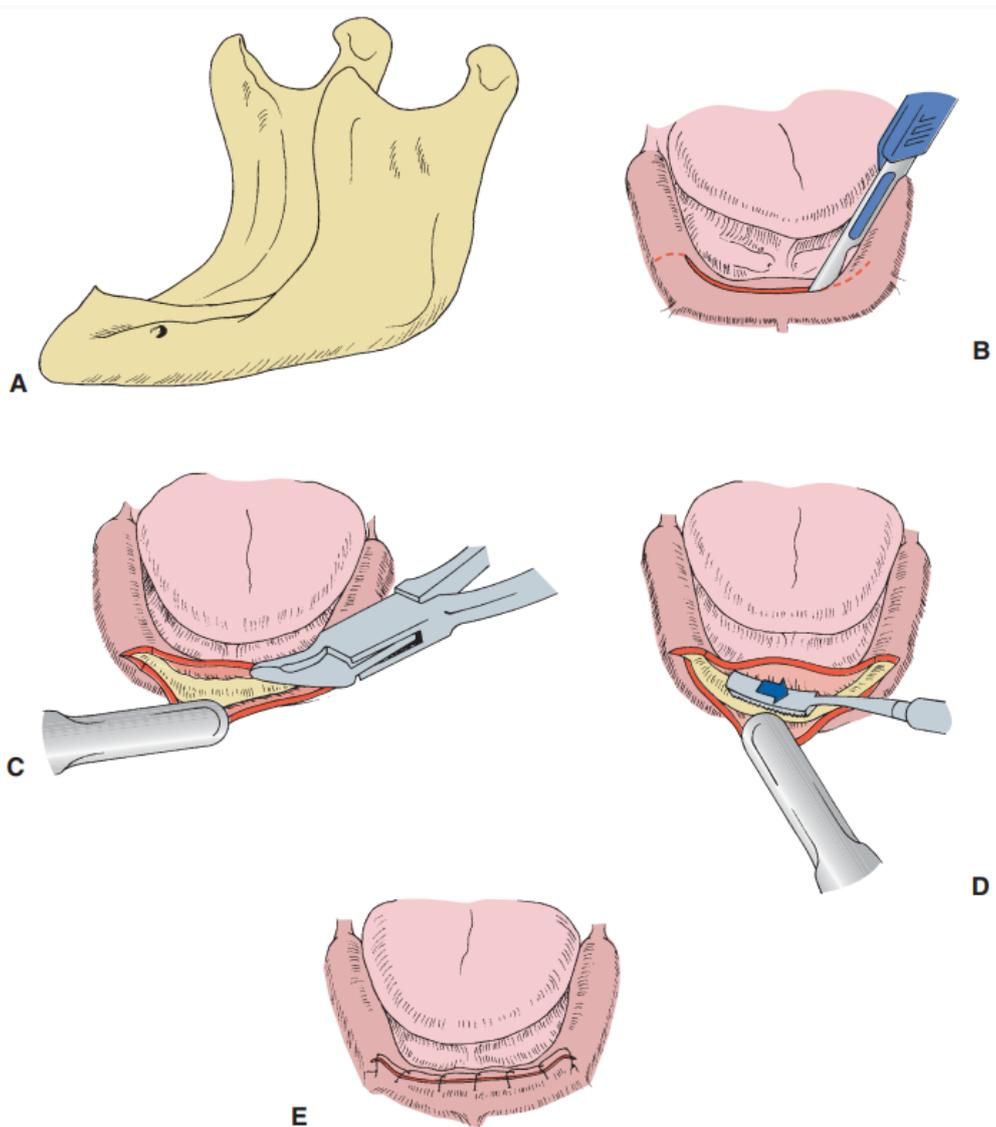


Reaproximación del colgajo: Después del recontorneado se debe reaproximar el colgajo por presión digital y palpar el reborde para asegurarse de que se han extraído todas las irregularidades. Después de una abundante irrigación para eliminar todos los residuos, los márgenes de los tejidos pueden reaproximarse con suturas continuas o discontinuas. La sutura reabsorbible suele utilizarse

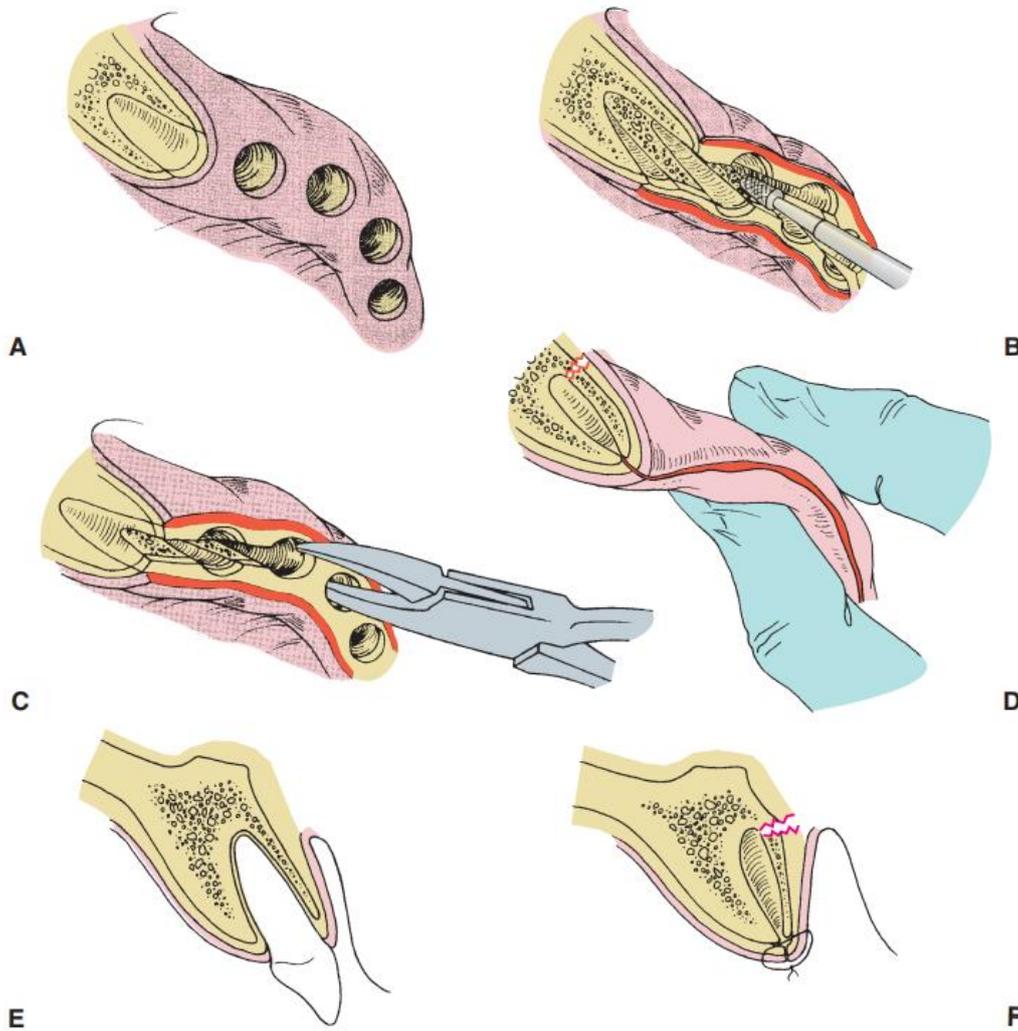


para aproximar el tejido y aumentar la resistencia a la tracción a lo largo de los márgenes de la herida.

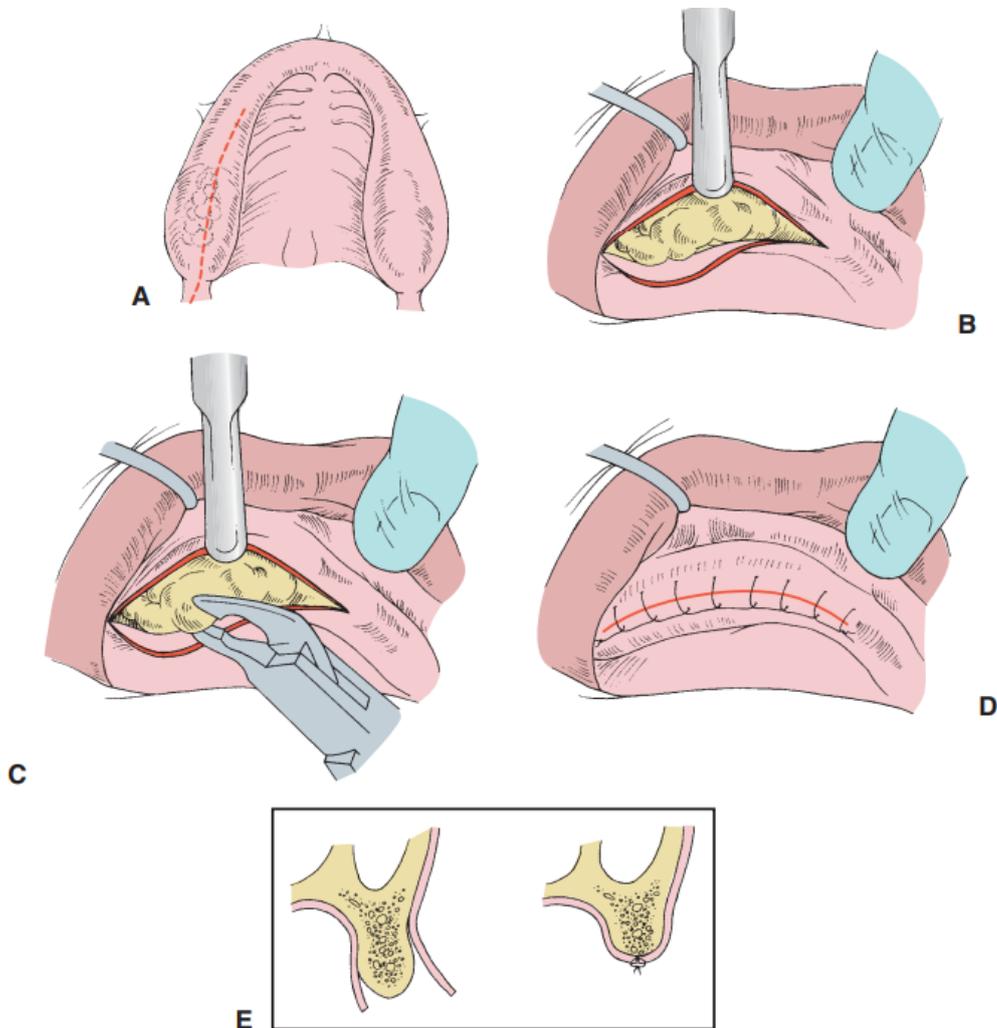
Recontorneado de un reborde afilado como un cuchillo: Incisión crestal se extiende 1 cm más allá de cada extremo del área a remodelar (ocasionalmente se requieren incisiones verticales de relajación en el extremo posterior de la incisión inicial). Las pinzas de gubia se utilizan para eliminar la gran masa de proyección ósea afilada. La lima para huesos se usa para eliminar cualquier irregularidad menor (también se puede usar una fresa ósea y la pieza de mano para este propósito).



Alveoloplastia intraseptal: Elevación mínima del colgajo mucoperióstico, seguida de la extracción del hueso intraseptal mediante fresas de fisura y pieza de mano. Las pinzas de gubia se utilizan para eliminar el hueso intraseptal. La presión de los dedos se usa para fracturar la corteza labial en dirección palatina. Con la fractura de la corteza labial desde el proceso alveolar hacia el paladar, se puede eliminar la depresión labial sin reducir la altura vertical de la cresta alveolar.

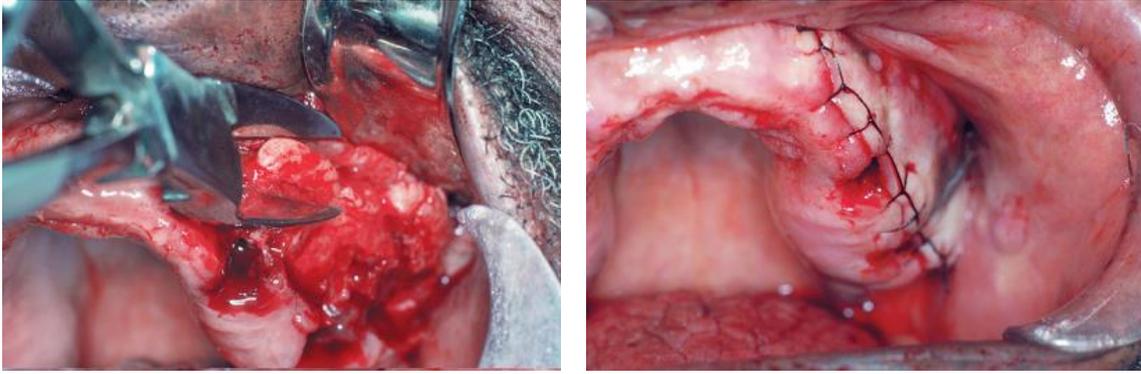


Reducción de la tuberosidad ósea: Incisión que se extiende a través de la cresta alveolar distalmente hasta la extensión superior del área de la tuberosidad. La elevación del colgajo mucoperióstico permite una exposición adecuada de todas las áreas de exceso de hueso. Pinzas de gubia utilizadas para eliminar el exceso de hueso. Acercamiento de tejidos con la técnica de sutura continua. Reducción ósea vertical y sustitución del colgajo mucoperióstico. (En algunos casos, la eliminación de grandes cantidades de hueso produce un exceso de tejido blando, que se puede eliminar antes de suturar para evitar la superposición).

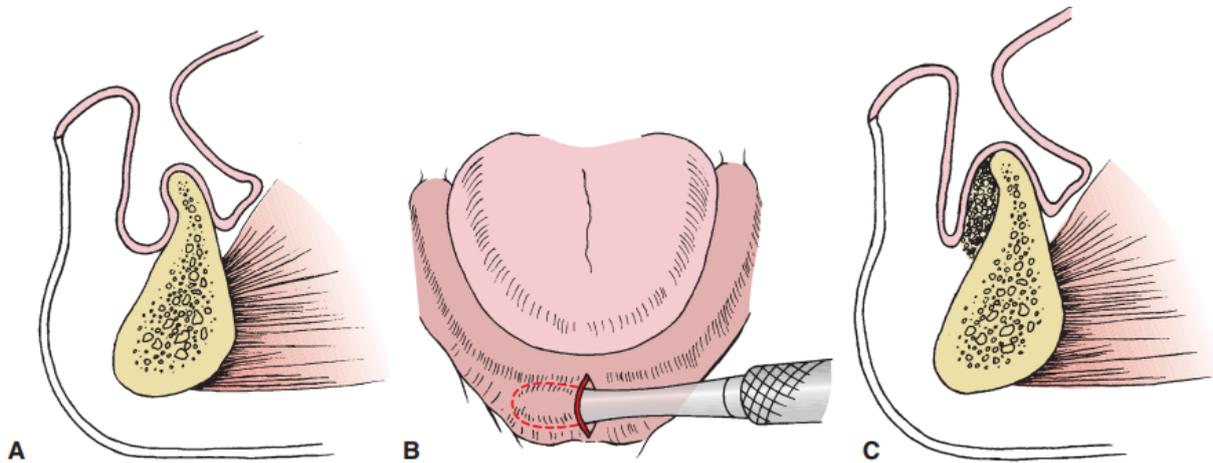


Extirpación de exostosis bucal: Irregularidades macroscópicas en la superficie bucal de la cresta alveolar. Después de la extracción, la incisión se extiende sobre la cresta de la cresta alveolar. Exposición y eliminación de la exostosis bucal con pinzas de gubia. Cierre de tejidos blandos mediante técnica de sutura continua.

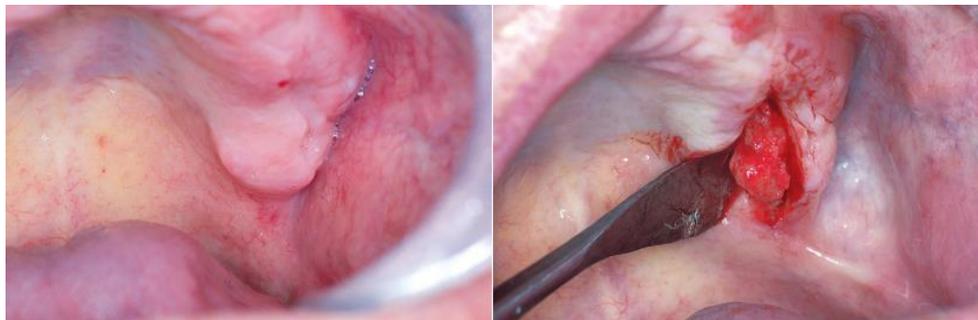




Extirpación de una concavidad bucal en la mandíbula: Vista de la sección transversal de la porción anterior de la mandíbula que, si se corrige mediante la extirpación del hueso labiocortical, daría lugar a un reborde con bordes afilados. Se hace una incisión vertical y se produce un túnel subperióstico en la profundidad del área de la concavidad. Vista transversal después de haber rellenado el defecto con material de injerto. Este material queda contenido dentro de los límites del túnel subperióstico.

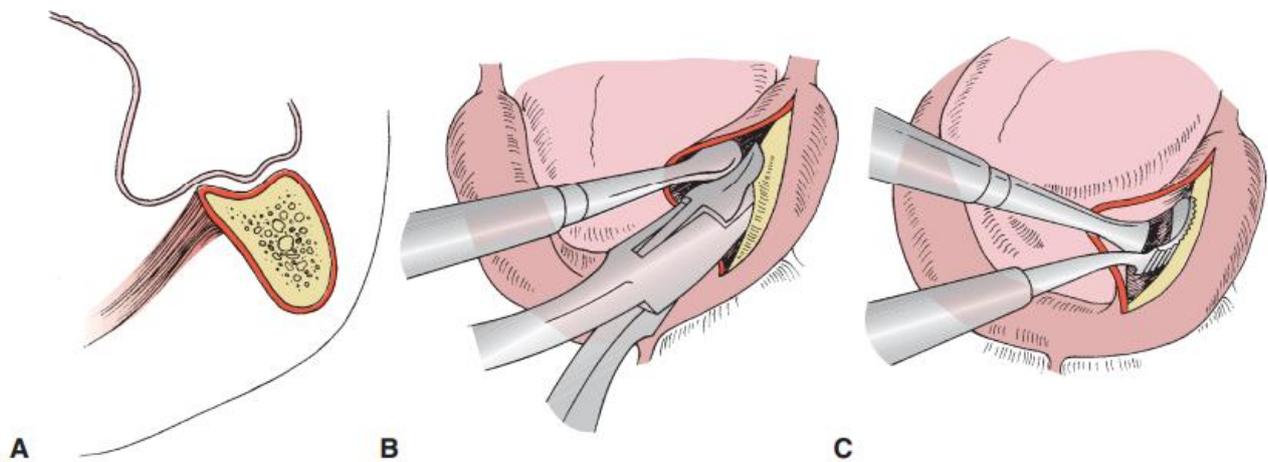


Extirpación de exostosis ósea palatina: Incisión crestal y reflexión del colgajo mucoperióstico para exponer la exostosis palatina. Uso de lima ósea para extirpar el exceso de hueso. Cierre de tejidos blandos.

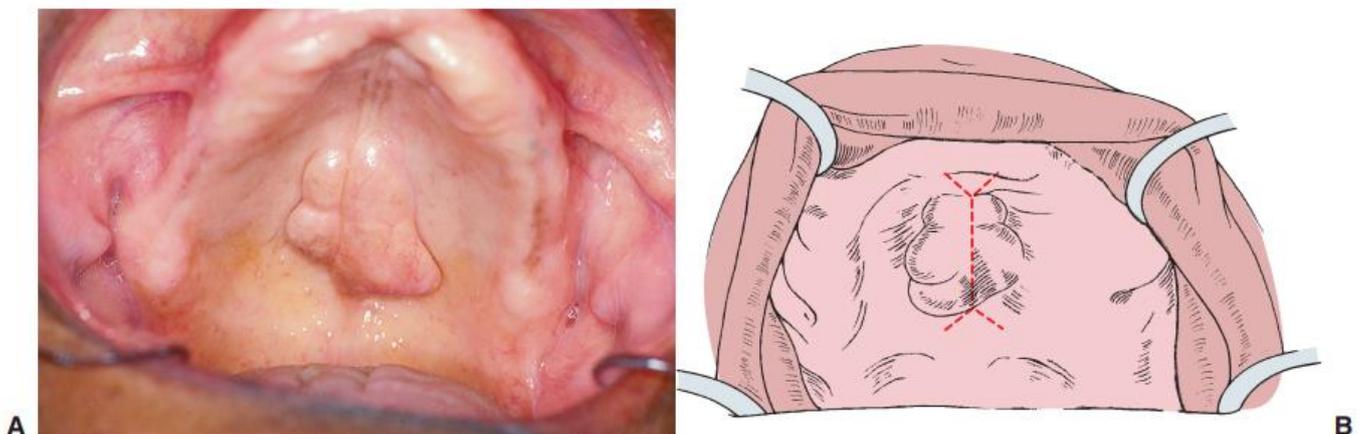


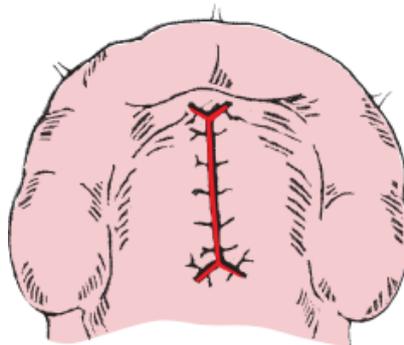
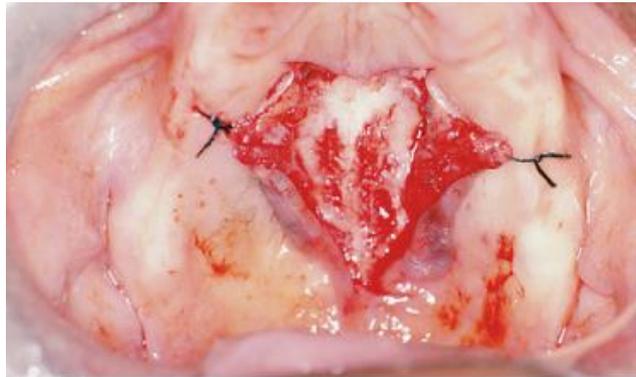
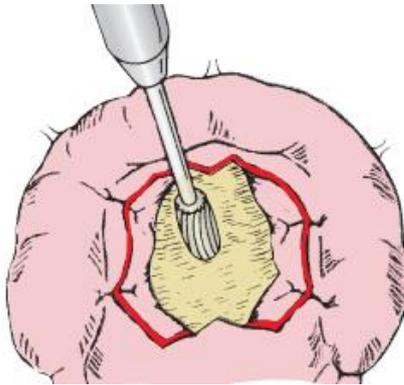
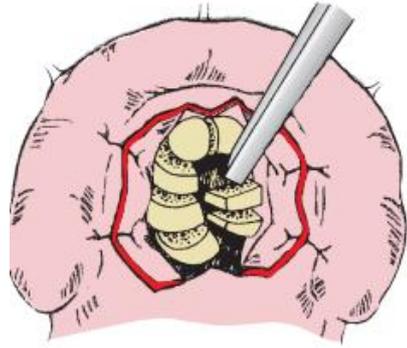
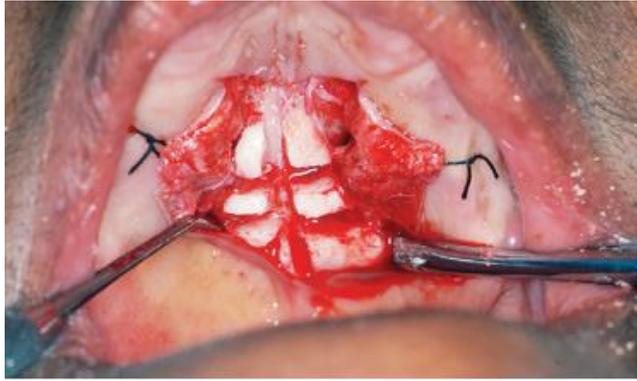
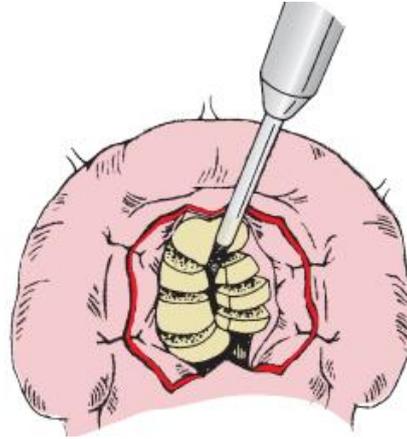


Reducción de la cresta milohioidea: Incisión crestal y exposición de la cara lingual de la mandíbula para retirar el hueso delgado en el área de la cresta milohioidea. Se pueden usar fórceps, gubia o una fresa giratoria para la extracción de hueso. Lima ósea utilizada para completar la remodelación de la cresta milohioidea.

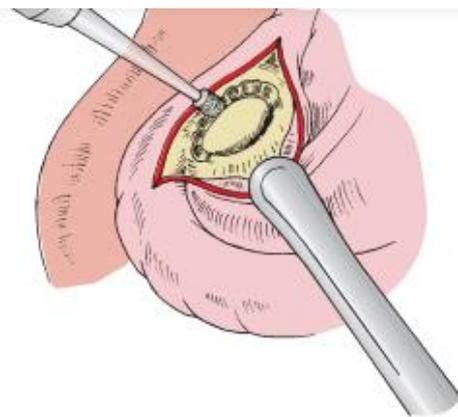
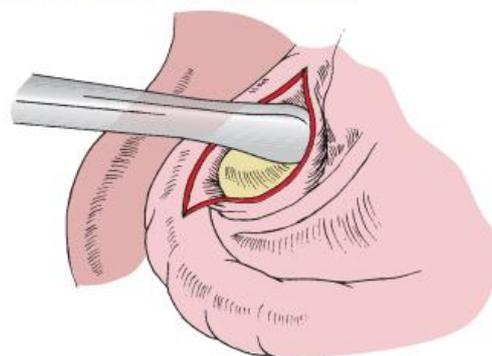
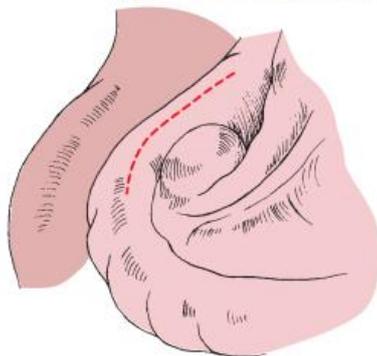


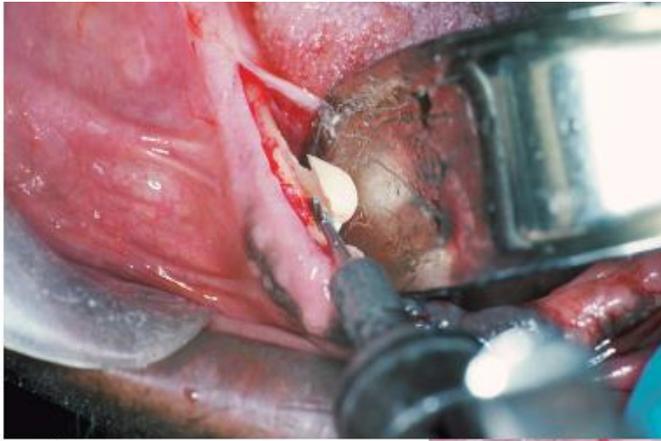
Extirpación del torus palatino: Incisión en la línea media con incisiones relajantes oblicuas anteroposteriores. Colgajos mucoperiosticos retraídos con suturas de seda para mejorar el acceso a todas las zonas del torus. Eliminación del toro palatino. Sección del torus por medio de una fresa de fisura. Pequeño osteótomo utilizado para extirpar secciones del torus. Fresa de hueso grande utilizada para producir el contorno final deseado. Cierre de tejidos blandos.



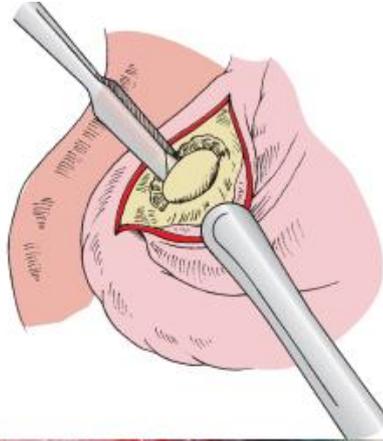


Extirpación de los torus mandibulares: Después del bloqueo, se administra anestesia local; puede lograrse un balonamiento de un mucoperiostio fino sobre el área del toro se puede lograr colocando el bisel de la aguja del anestésico local contra el toro e inyectando el anestésico local subperióticamente. (Esto facilita mucho la reflexión del colgajo mucoperióstico.) Esquema de la incisión crestal. Exposición del toro. Extirpación de los torus mandibulares. Exposición del toro. Fresa de fisura y pieza manual utilizada para crear una pequeña depresión entre el reborde del mandibular y el torus. Uso de un pequeño osteótomo para completar la remoción del torus mandibular. Uso de fresas y limas para huesos para eliminar pequeñas irregularidades. Cierre del tejido.

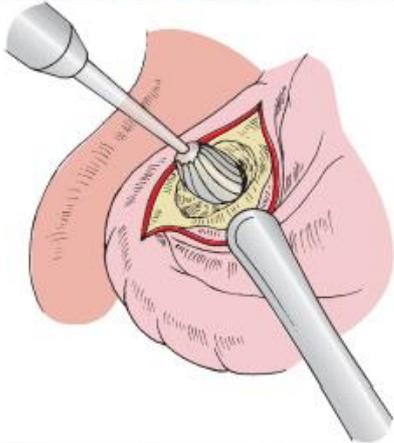




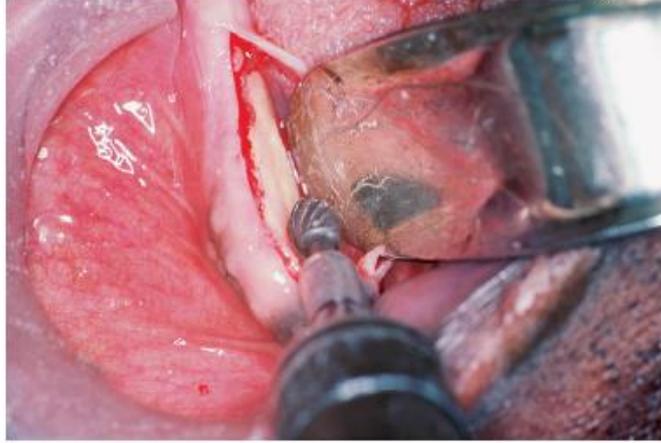
F



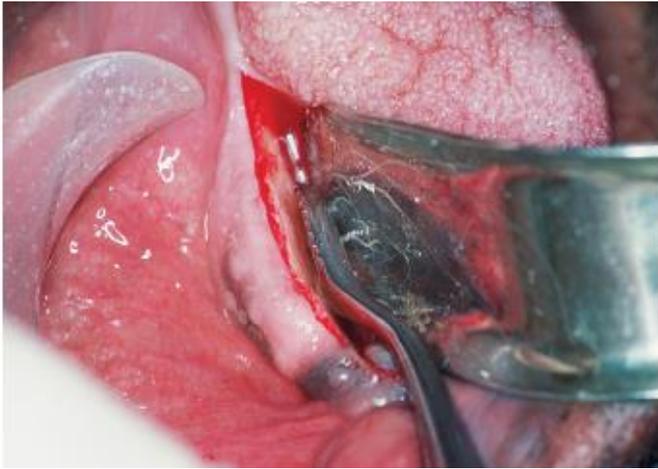
G



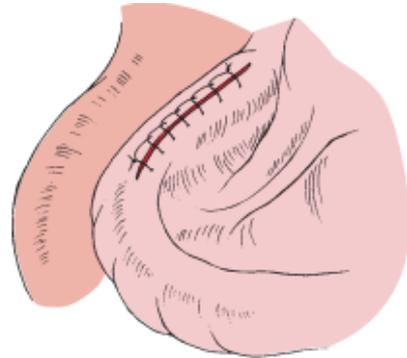
H



I

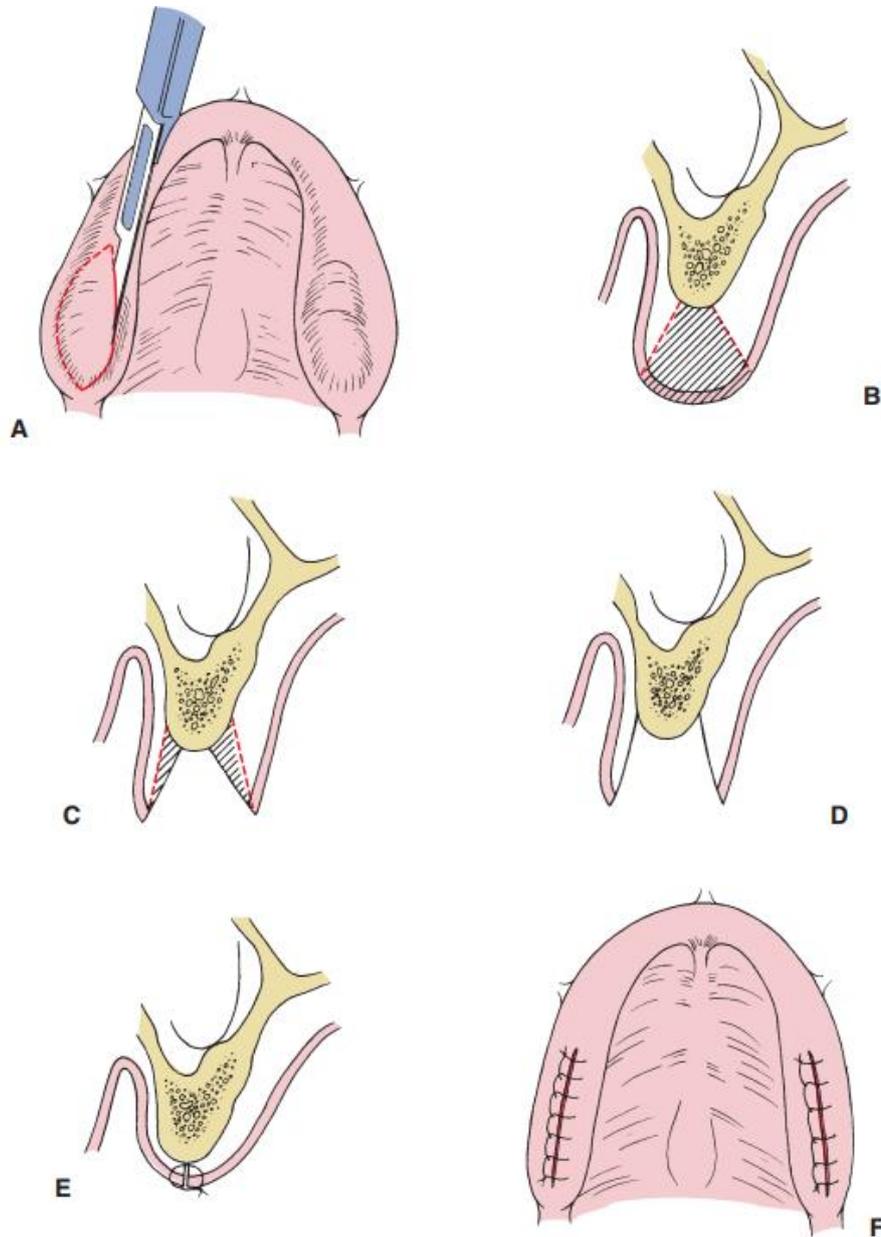


J

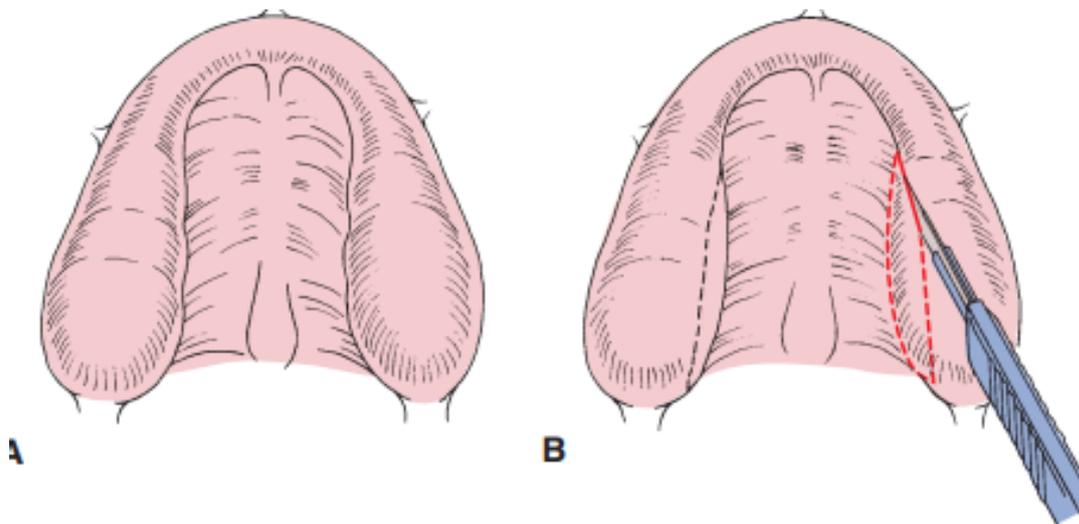


L

Reducción de partes blandas de la tuberosidad maxilar: Incisión elíptica alrededor del tejido blando a extirpar en el área de la tuberosidad. Área de tejido blando extirpada con la incisión inicial. Aproximación de colgajos bucales y palatinos para promover un contorno adecuado del tejido blando y una sutura sin tensión. Vista final de la extracción de tejido. Sutura de tejidos blandos.



Extirpación del tejido blando del paladar en sus laterales: Vista del exceso de tejido palatino que crea una bóveda estrecha y áreas de concavidad. Extirpación tangencial del exceso de tejido blando.



Extirpación del tejido hiper móvil sin soporte: Delimitación de las incisiones para extirpar el área de la cresta del tejido hiper móvil. Área transversal que muestra la cantidad de tejido a extirpar. (Este tipo de extirpación de tejido se debe considerar solo si queda una altura de cresta adecuada después de la extracción del tejido. Si la extirpación de este tejido daría como resultado una altura de cresta inadecuada y la obliteración de la profundidad vestibular, se debe considerar algún tipo de procedimiento de aumento).

