



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

**Extracción múltiple con alveoloplastia previo a la colocación de prótesis
inmediata.**

AUTORA:

Marcela Mariana Perero Magallán

TUTOR:

Dr. Alex Polit Luna

Guayaquil, junio del 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga.

El trabajo de graduación se refiere a:

EL TEMA:

“Extracción múltiple con alveoloplastia previo a la colocación de prótesis inmediata.”

Presentado por:

Marcela Mariana Perero Magallán

0926259946

Tutor Académico

Tutor Metodológico

Dr. Alex Polit luna

Dr. Alex Polit luna

Dr. Washington Escudero

Decano.

Guayaquil, junio del 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual
de la autora

Marcela Mariana Perero Magallán
0926259946

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme acompañado, guiado y cuidado durante todo este tiempo y por haberme ayudado a salir adelante y darme fuerzas para no rendirme, en momentos difíciles.

Agradezco a mi familia quien siempre ha estado brindándome su apoyo, comprensión, y fuerzas para seguir adelante, y no desmayar para alcanzar los objetivos que me he propuesto momentáneamente.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología quienes compartieron sus diversos conocimientos y experiencias de su vida profesional, los cuales me han servido mucho para mi formación.

Y por último un especial agradecimiento a mi tutor de tesis: Dr. Alex Polit Luna por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento y experiencia profesional, la cual ha sido la base fundamental para la conclusión de este trabajo con éxito total.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a Dios por haberme dado la vida y la oportunidad de salir adelante, y por haberme dado fuerzas para no rendirme en momentos difíciles.

A mis padres: Rubén Perero Pozo y Mariana Magallán Tomalá, quienes me enseñaron a valorar las oportunidades que nos da la vida y a no dejarlas escapar, que hay que ser persistente para lograr los objetivos que nos hemos planteado,

También dedico el esfuerzo a mis hermanos ya que espero ser para ellos un buen ejemplo a seguir y quiero que se sientan orgullosos de lo que he logrado con mucho esfuerzo y dedicación.

A mi tía Ángela Magallán por haberme acompañado durante mi formación profesional y por brindarme su apoyo y confianza en todo momento.

Y por último a mi amiga Tatiana Merchán ya que fue la persona que estuvo en muchos momentos difíciles, brindándome su amistad, confianza, apoyo incondicional, y fuerzas para seguir adelante.

INDICE GENERAL

Contenidos	
Caratula	
Carta de aceptación de los tutores	I
Autoría	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria.....	V
Índice General.....	V-VIII
Introducción	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Preguntas de investigación.....	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo General.....	3
1.3.2 Objetivos Específicos.....	3
1.4 Justificación.....	3-4
1.5 Viabilidad.....	4

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes	5-6
2.1 Fundamentos teóricos.....	6
2.1.1 Extracción Múltiple con alveoloplastia previo	
A la colocación de la prótesis inmediata.....	6-7
2.1.1.1 Indicaciones pre operatorias.....	7-8
Planificación de la cirugía	8
Personal que realiza la intervención quirúrgica.....	8-9
Materiales utilizado	9-10
2.1.1.2 Fase Intra operatoria.....	10
Selección de la técnica	10-12

Alveoloplastía	13-14
Alveoléctomía	14
Anestesia	14-15
Incisión.....	15-16
Desprendimiento del mucoperiostio.....	16
Ostectomía.....	16-17
Exodoncia	17-18
Sutura	18-19
Alveolotomía interseptal.	20-22
2.1.1.3 Fase post operatoria	22
Indicaciones post operatoria	22-23
Contraindicaciones post operatoria.....	23
Menor ambulatoria.....	24
Alveolitis o infección.....	24
Dolor post exodoncia	24-25
Hemorragias.....	25-26
Hemorragia primaria o intra operatoria	26
Hemorragia secundaria o post operatoria.....	26
Reparación ósea y cicatrización	26-27
Reparación ósea.....	27
Formación del hematoma.....	27
Formación del tejido de granulación	27-28
Formación del callo.....	28
Unión ósea.....	28
Cicatrización de los alveolos dentarios	
Posterior a la exodoncia.....	28-29
Alteraciones de la cicatrización.....	29-30
Complicaciones en la cicatrización	30
Recomendación para lograr una buena cicatrización.....	30
Fármacos que se utilizan para la coagulación.....	30-31
2.1.2 TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATAS.....	31

2.1.2.1 Pacientes indicados para la colocación	
De la prótesis inmediata	31-32
2.1.2.2 Pacientes contraindicados para la colocación	
De prótesis inmediata.	32-34
2.1.2.3 Ventajas de la utilización de la prótesis	
Inmediata	35
2.1.3 Preparación de los modelos para confeccionar	
Las prótesis inmediatas	35-36
2.1.4 Comprobación de la semejanza proteticoclínica.	36-37
2.1.5 Materiales hemostáticos	38
2.1.5.1 Gelatina	38
2.1.5.2 Celulosa.....	38-39
2.1.5.3 Colágeno	39
2.1.5.4 Compresas de alginato cálcico.	39
2.1.5.5 Cera de hueso	39
2.1.5.6 Agentes anticoagulantes orales.....	39-40
Cumarinas warfarinas.....	40
2.2 Elaboración de Hipótesis.	40
2.3 Identificación de las variables	40
2.3.1 Variable independiente	40
2.3.2 Variable dependiente	40
2.3.3 Variable intermitente	40
2.4 Operacionalización de las variables.....	41

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 Lugar de la investigación	42
3.2 Periodo de la investigación	42
3.3 Recursos Empleados	42
3.3.1 Recursos Humanos	42
3.3.2 Recursos Materiales	42

3.1 Universo y muestra	43
3.2 Tipo de investigación	43
3.3 Diseño de la investigación	43

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES

4.1 Conclusiones	44
4.2 Recomendaciones	45-46
Bibliografía	47-48
Anexos	49-55

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo establecer que técnica de las extracciones múltiples es la más adecuada previo a la colocación de la prótesis inmediata.

En la actualidad existen muchos pacientes que presentan problemas dentales ocasionados por diversos factores entre ellos tenemos: la carie y las enfermedades sistémicas asociados a los problemas periodontales, como son: diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas que pueden influir al momento de realizar una técnica quirúrgica necesaria para el paciente.

Existen varios procedimientos clínicos con sus indicaciones muy precisas según las características particulares del paciente que se trate, al realizar esta actividad.

Todas las técnicas que se puedan utilizar al momento de realizar la extracción múltiple con alveoloplastia son muy indispensable ya que dependiendo de la utilización que le dé el odontólogo a cada una de ellas se llegara a un éxito total durante la cirugía tomando en cuenta las ventajas y desventajas que puedan ocasionar.

Como se conoce el paso clínico, a seguir durante este tratamiento, lograremos detectar y rectificar errores propios del estomatólogo realizando una corrección en los maxilares utilizando una técnica quirúrgica conservadora para la adaptación de dicho aparato protésico, logrando obtener la aprobación del paciente en cuanto a la estética y función.

Esperamos que esta investigación sirva como una guía para los odontólogos que quieran utilizar esta técnica y conozcan las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones que pueden ocurrir al momento de poner en práctica todos los conocimientos que hemos adquirido en la elaboración de este documento.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante mi experiencia como estudiante de la Facultad Piloto de Odontología pude observar, que había una gran cantidad de pacientes que buscaban una atención medica odontológica relacionada a extracción múltiple con alveoloplastia, este problema me motivo para conocer más acerca de las distintas técnicas que implican este acto quirúrgico y saber cómo después de la cirugía rehabilitar al paciente con una prótesis inmediata, para que no pierda sus funciones tanto estética como fonética, por este motivo se ha planteado el siguiente tema de investigación:

“Técnicas de extracciones múltiples con alveoloplastia previo a la colocación de la prótesis inmediata.”

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles serían las indicaciones y contraindicaciones para realizar extracciones múltiples?

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la colocación de prótesis inmediata después de la cirugía de extracción múltiple?

¿Existe algún material que ayude a mejorar la adaptación de la prótesis inmediata sobre el tejido traumatizado quirúrgicamente?

¿Cuánto tiempo se recomienda esperar para rehabilitar al paciente con una prótesis definitiva?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Establecer que técnica de las extracciones múltiples es la más adecuada previo a la colocación de la prótesis inmediata.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Indicar las maniobras previas antes de realiza la cirugía de extracciones múltiples.

Establecer los pacientes con enfermedades sistémicas los cuales son propensos a un mayor riesgo quirúrgico.

Indicar la farmacoterapia aplicada a estos procedimientos quirúrgicos.

Rehabilitar protésicamente a los pacientes que necesiten extracciones múltiples.

Indicar el tratamiento de las complicaciones pre y post quirúrgicas.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La importancia de realizar este trabajo de investigación es con el propósito de dar a conocer a los compañeros y futuros odontólogos las diferentes técnicas que se utilizan para realizar extracción múltiple con alveoloplastia previo a la colocación de prótesis inmediata. Debido a que existe un gran porcentaje de pacientes que llegan a la Facultad Piloto De Odontología buscando una atención médica en estos casos, esto ha motivado a realizar una investigación para obtener mayor conocimiento y darle al paciente una solución a su problema dental.

Se quiere realizar una investigación que de un resultado beneficioso para el paciente ya que después de la cirugía realizada y de la colocación de la prótesis provisional, se espera un tiempo de 4 a 6 meses para la colocación de la prótesis definitiva ya que en el lapso de este tiempo se

dará un proceso de cicatrización y de reparación del hueso que permitirá rehabilitar al paciente de una forma adecuada.

Esta investigación se va a dar a cabo en la Facultad Piloto de Odontología en el área de las clínicas de cirugía en el periodo 2011 – 2012

2.5 VIABILIDAD

Esta investigación es viable debido a que cuenta con los recursos necesarios para su elaboración y estos son económicos y humanos y se los realizara en la Clínica de Cirugía de la Facultad Piloto de odontología logrando así alcanzar las metas planteadas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La historia del surgimiento y evolución de la cirugía data desde la antigüedad, a través de los siglos las ciencias médicas se han especializado; inicialmente todo era cirugía, derivándose luego de esta la cirugía dental con una evolución particular del instrumental, los tratamientos utilizados y el ejercicio profesional; características comunes a las principales civilizaciones. Han estado vinculados al desarrollo de la profesión los aspectos socioeconómicos, culturales y las concepciones ideológicas, que han influido en sus períodos de inicio, estancamiento y florecimiento.

La cirugía es una rama de la medicina y estomatología como ciencias de la salud que trata de las enfermedades y accidentes con intervenciones manuales, en general cruentas y realizadas con un instrumental determinado. Los estudios arqueológicos y antropológicos indican que fue quirúrgica la primera ciencia médica del hombre, practicada de modo espontáneo al extraer cuerpos extraños de heridas de caza o de guerra y al taponar las hemorragias por medio de vegetales apretados.

La prótesis inmediata es una técnica empleada hace muchos años en nuestro país y la misma consiste en su forma más generalizada en la confección previa de la prótesis a la realización de las exodoncias. De acuerdo a la técnica tradicional empleada en algunos casos no se obtienen la satisfacción estética esperada por los pacientes, al no poder observar previamente el tratamiento que se le realizará y en otros es necesario modificar la articulación dentaria artificial para poder colocar todos los dientes artificiales.

Los resultados demuestran que esta técnica permite obtener una mayor satisfacción estética de los pacientes y disminuye el tiempo necesario

para el montaje de los dientes al realizarse éstos de una sola vez, evitando tener que realizar modificaciones en el trabajo previamente realizado.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 EXTRACCIÓN MÚLTIPLE CON ALVEOLOPLASTIA PREVIO A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS INMEDIATA.

Existe una estrecha relación entre las especialidades de cirugía Bucal y Prostodoncia.

Saizar establece que la cirugía bucal y la prótesis están en íntima relación, ya que en un futuro más o menos próximo, se asentara una prótesis en la zona que se haya intervenido.

Se entiende como prótesis inmediatas aquella prótesis que se coloca inmediatamente después de las exodoncias. Ello implica que se confeccione la prótesis antes del acto quirúrgico, y que durante la intervención se regularizaran los maxilares, con el fin de poder colocar dicha prótesis inmediata después de finalizar el acto quirúrgico, se la puede realizar de uno o más dientes, sobre todo un maxilar o incluso sobre los dos maxilares a la vez. Este último no es lo habitual y rara vez está indicado.

En la actualidad, la mayoría de los prostodoncistas resalta la conveniencia de colocar la prótesis tan pronto como sea posible después de la extracción de los dientes naturales, con el fin de evitar las alteraciones de las relaciones intermaxilares, la modificación de la apariencia del paciente y la formación de hábitos musculares defectuosos durante la masticación y formación. Por ello, cuando este indicado desdentar al paciente, debemos valorar la posibilidad de colocar una prótesis inmediata y planificar la intervención con el fin de remodelar el hueso alveolar y eliminar los posibles obstáculos que impidan la normal inserción de la prótesis.

Cuando las personas saben que no permanecerán edentulas durante un periodo prolongado de tiempo, es menos probable que comprometan su salud general al conservar sus dientes sépticos. Desde el punto de vista clínico, la prótesis funciona, al parecer, como una férula o un apósito que favorece la cicatrización, y el paciente aprende a usar los aparatos con mayor rapidez, evitando así un periodo prolongado durante el cual permanecerá edentulo. La interferencia con la masticación y la fonación es mínima.

Según algunos autores, las prótesis inmediatas conserva la integridad del hueso alveolar, mientras otros suponen que aceleran la reabsorción de los procesos alveolares. Según nuestro criterio, la reabsorción es más evidente cuando no se utilizan prótesis, o cuando esta está mal adaptada o con mal ajuste oclusal. Muchos pacientes usan con mayor comodidad las prótesis inmediatas bien diseñadas, estables, retentivas y con buen ajuste oclusal durante muchos meses antes de que la reabsorción del hueso alveolar haga necesario rebasarla o reemplazarlas; en consecuencia, es necesario que los aparatos inmediatos estén bien diseñados, adecuadamente construido y sean eficientes.

Existen varias clasificaciones de la cirugía preprotésica.

Según Archer se divide en las anomalías que afectan tejidos blandos, óseos y mixtos.

Kruger señala que se debe tener en cuenta el momento de la cirugía clasificándola en preparaciones iniciales y preparaciones secundarias.

2.1.1.1 Indicaciones pre operatorias.

Realizar interconsultas con el protesista,

Examen radiográfico: películas periapicales, oclusales, panorámicas.

Antibioticoterapia previa si existe algún proceso séptico bucal.

Debe estar desayunado.

Debe tomar los medicamentos habituales en caso de presentar alguna enfermedad de base.

El paciente será inter consultado con las demás especialidades médicas según presente alguna afección que lo requiera.

a) Planificación de la cirugía

En estas prácticas debe haber un odontólogo y un ayudante como mínimo. Tomar las medidas necesarias y mantener las normas de bioseguridad y antisepsia.

Consideraremos como exodoncias múltiples a aquellas que abarcan por lo menos a un sector completo de la boca.

Hay que planificar todo el acto quirúrgico, que comprende o siguiente:

Tiempo (no dar turnos en ese tiempo).

Historia clínica única (medicación preoperatoria).

Armado de la mesa quirúrgica.

Preparación del paciente, antisepsia intraoral, campo estéril, antisepsia de la zona peri-bucal.

Preparación del equipo quirúrgico (cirujano, ayudante, etc.)

b) Personal que realiza la intervención quirúrgica.

Cirujano maxilofacial.

Residente de cirugía maxilofacial.

Técnico en atención estomatológica.

Enfermera de salón.

Secretaria del salón.

Personal auxiliar.

El cirujano maxilofacial será el máximo responsable de llevar a cabo el acto quirúrgico.

El residente de cirugía maxilofacial, llenara los documentos oficiales como la historia clínica, informes operatorios, órdenes de biopsias y otros.

El técnico en atención estomatológica, garantizará todo el instrumental o equipo necesario para el buen desarrollo de la operación, participara como ayudante o circulante en el salón según se requiera, brindara ayuda emocional apacientes y familiares, mantendrá los equipos y materiales en buen estado, engrasándolos y efectuando su mantenimiento.

La enfermera del salón es la encargada de circular con el instrumental y los materiales necesarios, para garantizar el buen desarrollo del acto quirúrgico.

La secretaria del salón es quien recibe a los pacientes, los orienta, les explica el momento en que debe ser llamado.

Personal auxiliar se encargara de recoger instrumental usado y mantener la limpieza e higiene del local.

Ver anexo # 2

c) Materiales utilizados

Sillón de estomatología.

Instrumental quirúrgico.

Historia clínica.

Radiografía panorámica.

Anestesia tipo carpule.

Material gastable.

Ver anexo # 1

2.1.1.2 Fase Intra operatoria.

Es la cirugía misma o el acto quirúrgico propiamente dicho; en él se incluyen todos los pasos preparatorios del campo quirúrgico, la técnica quirúrgica indicada en cada caso, y la reparación de los tejidos. Uno de los pilares básicos es que se realice con asepsia. Cada procedimiento quirúrgico representa una agresión o injuria sobre los tejidos del paciente, que así sufren una lesión. La técnica a realizar debe ser lo más conservadora y a traumática posible. En el acto operatorio en sí es de gran importancia que el cirujano bucal y su equipo tengan un plan quirúrgico bien diseñado (protocolos terapéuticos y organización), y que en caso de que surjan imprevistos tengan los conocimientos y las alternativas necesarias para tomar decisiones acertadas con rapidez y precisión.

a) Selección de la técnica.

En todos los casos está indicado hacer algún tipo de reducción alveolar, por ello es preciso calcular el tipo y la magnitud de la intervención precisa para garantizar que la prótesis sea satisfactoria.

Se debe valorarse que el paciente se encuentre en un estado normal satisfactorio y que desee usarla. La edad y el estado general son de gran importancia en la toma de la decisión correspondiente.

Es necesario reemplazar de inmediato los dientes naturales siempre que se considere que es un procedimiento que beneficie al paciente y que además es práctico.

La técnica quirúrgica que se utiliza es la alveoloplastia que a su vez se subdivide en: Alveolectomía y Alveolotomía interseptal, las dos son útiles si se usa cada una solo cuando está indicada, para lo cual es preciso

considerar las ventajas y los inconvenientes de las dos antes de tomar la decisión de usar una u otra, y ajustar las técnicas a los pacientes.

El planteamiento preoperatorio del tratamiento tiene que abarcar la eliminación de los obstáculos locales que se encuentran en el camino para obtener éxito prostodoncico. A veces se puede eliminar una protuberancia mandibular o reducir una tuberosidad en el momento de efectuar las extracciones múltiples y colocar la prótesis inmediata. En los casos en los que hay un frenillo labial potente y de inserción baja, debe hacerse la Z-plastia del mismo varias semanas antes de tomar las impresiones necesarias para fabricar la prótesis, porque las molestias que ocasionarían la realización de ambas intervenciones pueden complicar, de otra manera, la utilización de la prótesis inmediata. No obstante, en ocasiones, pueden hacerse a la vez las dos intervenciones si preparamos adecuadamente las prótesis inmediatas rebasándolas con acondicionador de tejido (viscogel).

Muchas dificultades obstaculizan la técnica de la prótesis inmediata después de la extracción múltiple; por lo general, es necesario rebasar la prótesis al cabo de dos o tres semanas a partir del momento que se extraen los dientes.

Cuando deben hacerse múltiples extracciones tanto en el sector anterior como en los sectores posteriores, puede optarse por la técnica escogida en una sola sesión.

Otros autores prefieren extraer todos los dientes posteriores, con la eliminación mínima de los alveolos, preparando los procesos alveolares de tal forma que estén listos para soportar la presión de la prótesis en 2 o 3 semanas. Luego, es posible ajustar una prótesis inmediata después de extraer los dientes anteriores y reducir los alveolos. Este procedimiento realizado en “dos fases” tiene la desventaja de que surge algunas alteraciones en el contorno facial y en las relaciones maxilares entre el momento de la extracción de los dientes posteriores y el reemplazo

inmediato de los anteriores. No se puede evitar un grado menor de cambio con cualquier técnica que se emplee para la sustitución inmediata; no obstante, la pérdida tisular es mínima si solo se necesita de dos a tres semanas para que cicatricen los procesos alveolares.

Desde el punto de vista clínico, el procedimiento efectuado en “dos etapas” permite obtener, al parecer, resultados excelentes, siempre y cuando se mantenga un premolar superior que guarde la dimensión vertical, y la reducción quirúrgica de la tuberosidad, tanto en dirección vertical como lateral, proporcione un espacio suficiente para la prótesis.

En los pacientes que presentan irregularidades óseas excesivas, enfermedad periodontal grave, lesiones óseas con dientes que se resistan a extracciones con fórceps, se recomiendan preparar los procesos en el momento de extraer a los dientes y, después, construir y colocar la prótesis casi inmediata 2 o 3 semanas después de la intervención.

Las prótesis completas superiores inmediatas son más satisfactorias que las inferiores. Por ello algunos autores aconsejan la colocación de prótesis casi inmediata en la mandíbula.

Para la colocación de la prótesis inmediata, tanto superior como inferior, se aconseja aliviar, en la prótesis confeccionada, toda la zona que cubre la cresta alveolar, y rebasarla con un material de acrílico plastificado (viscogel).

Este material sirve como acondicionador de tejido, confiriendo a la prótesis una mayor adaptación y un decúbito más suaves mientras cicatrizan los tejidos.

Este material deberá sustituirse una vez al mes durante los tres primeros meses, luego cada dos meses, y así sucesivamente hasta que los tejidos de soportes estén lo suficiente bien preparados para soportar la prótesis definitiva.

- **Alveoloplastia**

Es aquella intervención quirúrgica que modifica la estructura alveolar. Con el fin de lograr una remodelación del proceso alveolar y colocar una prótesis, inmediata o no, de forma que la inserción de la misma no se vea dificultada por la normal prominencia que el hueso alveolar adopta en los cuellos de los dientes extraídos, o vestibular. Con ello se gana retención y estabilidad.

Para Kruger el término de alveoloplastia comprende la realización de procedimientos quirúrgicos específicos de tejidos blandos, para mejorar la fijación de estos al alveolo.

En la actualidad, la mayoría de los autores resalta la importancia de limitar el grado de la reducción alveolar a la mínima cantidad necesaria para facilitar la colocación de un aparato bien, diseñado y retentivo.

Aunque es probable que mucho de los problemas prostodónticos inculcados a la exéresis ósea alveolar excesiva son de hecho consecuente del abandono de los dientes enfermos por parte de los pacientes antes de la extracción, el error que se comete con más frecuencia durante la preparación quirúrgica de los maxilares para recibir una prótesis, es la exéresis de cantidades excesivas de hueso alveolar.

Es preciso hacer la alveoloplastia con habilidad y prudencia si no se quiere perder por completo la base protésica natural. El odontólogo siempre debe recordar que, sin importar cuan drásticamente recorte y contorne el hueso, la naturaleza siempre lo remodela y disminuye su tamaño más. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia que tiene el hacer las extracciones con cuidado, alisando los bordes óseos, en particular las personas son las que la enfermedad periodontal los ha hecho irregulares y desiguales. La eliminación ósea debe ser mínima y limitarse a las excrecencias óseas agudas, la alveoloplastia exigirá un

remodelado de la cortical o de la cresta alveolar, al finalizar la extracción dentaria con la finalidad protésica.

Básicamente el odontólogo solo tiene dos métodos para reducir los alveolos, la alveoléctomia y la Alveolotomía interseptal.

- **Alveoléctomia.**

La alveoléctomia es la eliminación de porciones específicas de hueso alveolar que faciliten el abordaje, por ejemplo a raíces incluidas, quistes apicales, etc.

Esta indicado en los pacientes que tienen el hueso alveolar densos o trastornos intraoseos, y en quienes no se pueden efectuar la extracción dentaria con fórceps. Es la intervención de la Cirugía Bucal que tiene mayor tendencia a funcionar mal y una de las que proporcionan más dificultades para resultar favorable. El profesional inexperto siempre corta demasiado hueso y, retrae excesivamente los tejidos blandos.

Pocas veces está indicada una alveoléctomia agresiva y, la que se hace de forma apropiada, se caracteriza por la cantidad del hueso alveolar conservado y no por la magnitud del eliminado. Solo debe quitarse el hueso que impide el asentamiento preciso de una prótesis sobre los tejidos de soportes. El proceso alveolar ideal tiene forma de U y no de V; las superficie vestibulares y palatinas/linguales del hueso alveolar tienen que ser lo más paralelas posibles, si bien la parte superior del proceso debe de ser plana.

En la alveoléctomia normalmente seguimos la secuencia siguiente:

- **Anestesia.**

Habitualmente utilizamos anestesia local con vasoconstrictor. Indicaremos la técnica adecuada (infiltrativa o troncular) con el fin de conseguir anestesiar de forma correcta los tejidos, tantos vestibulares linguales o palatinos. Se prefiere la técnicas troncular con el objetivo de no provocar

edema de la zona operatoria que luego va a soportar la prótesis. Podemos usar pre medicación o técnicas de sedación para dar mayor comodidad al paciente y al cirujano, y en caso especiales podrían incluir la anestesia general; en esta última eventualidad también colocamos anestesia local con vasoconstrictor con fines hemostáticos.

La revista odontológica” se refiere a la necesidad de practicar la anestesia lejos de la zona a operar (dos anestésicos infraorbitarios serían el ideal) con el objeto de no edematizar la región que luego va a soportar la prótesis.

La zona edematizada, aumenta de volumen y la prótesis no se adapta cómodamente sobre esos sitios, debido a la presión que ejerce sobre este territorio, resulta dolorosa, una vez que ha desaparecido la anestesia. Cuando se opera bajo anestesia general, realizamos una anestesia local en la región bucal de los dientes a intervenirse, con fines hemostáticos y asimismo para que no resulte dolorosa la primera sensación de la prótesis colocada.

- **Incisión.**

Realizamos la incisión siguiendo los cuellos dentarios y las papilas interdentarias (sulcular) con el fin de separar la encía adherida del lado vestibular y lingual o palatino.

En los casos de la enfermedad periodontal, eliminaremos el tejido de granulación infectado, conservando los tejidos queratinizados sanos, ya que forman la base de una cubierta gruesa y resistente para la cresta del proceso alveolar y además hacen de almohadas para la prótesis.

Es indispensable decidir si se elimina o conservan las papilas en cada caso individual, según el cuadro clínico, y cuando se determina cortar las papilas, es necesario hacer incisiones vestibulares y linguales en los bordes cervicales antes de extraer los dientes y levantar los colgajos.

Esta técnica nos permite conservar más tejidos que si recortamos los bordes de un colgajo mucoperiostico previamente levantando.

En algunas ocasiones puede ser precisa la realización de incisiones verticales de descargas a través del mucoperiostio vestibular.

En el maxilar superior pueden hacerse incisiones de descargas en la zona del primer premolar si actuamos en el frente anterior, mientras que si trabajamos en la zona posterior, la descarga vestibular se efectúa a nivel de la tuberosidad. En todo caso no se recomiendan hacer incisiones verticales a nivel de los caninos superiores o inferiores porque retrasan la cicatrización.

- **Despegamiento del colgajo mucoperiostico.**

Se debe levantar un colgajo mucoperiostico lo suficientemente grande con el espolón o periostotomo como para exponer el hueso que cubre los cuellos dentarios, pero sin llegar a la mucosa libre, ya que un colgajo más amplio podría acarrear la pérdida de profundidad del fondo del vestíbulo.

Ver anexo # 3

- **Ostectomía.**

En este momento debe decidirse, si vamos a realizar exéresis del hueso o cresta alveolar vestibular antes o después de la extracción dentaria (alveoloplastia propiamente dicha).

La exéresis efectuada antes de la extracción permite controlar con mayor precisión la cantidad de hueso eliminado y asegurar una extracción más fácil. Así se tiene una mayor seguridad al efectuar la extracción completa del diente, raíces y posibles lesiones periapicales.

Un caso en el que suele ser particularmente difícil la extracción es cuando los dientes tienen un anillo óseo, o exostosis alrededor de sus cuellos; en estas ocasiones debe hacerse, de forma indispensable, la eliminación del hueso del tercio gingival de la cortical vestibular.

En estos casos y en otros, puede fracturarse la cortical externa, para evitar esto se debe proceder a la reducción ósea suficiente que asegure la exposición del diámetro mayor de las raíces. El grosor de las corticales óseas proporciona datos acerca de la necesidad de hacer reducción ósea. La densidad del hueso también puede valorarse por la edad y condiciones físicas del paciente. Los dientes suelen ser menos quebradizos en los jóvenes que en los mayores; en los primeros, el hueso permite una expansión más fácil en los alveolos dentarios y la fractura de la raíz y de la cortical ósea es menos frecuente.

Si el hueso es frágil o quebradizo y los tabiques interdentarios delgados porque los dientes están demasiado cercanos entre sí, el hueso estará muy adherido a ellos, por lo que fácilmente puede fracturarse, lo que complica y deforma el proceso alveolar. En tales circunstancias o cuando hay una enfermedad periodontal grave puede lograr una mejor formación alveolar haciendo una alveolotomía o posponiendo su recorte hasta varias semanas después de la extracción convencional.

- **Exodoncia.**

Una vez terminada la eliminación ósea necesaria, se procede a la extracción cuidadosamente de los dientes con fórceps y elevadores evitando la fractura de la tabla externa. Cuando deben extraerse varios dientes en serie, o todos los dientes de la arcada dentaria superior o inferior, es aconsejable extraer los dientes inferiores antes que los superiores, porque así hay menos sangrado en el campo quirúrgico inferior. Debemos de extraer los dientes más posteriores, y dirigimos progresivamente hacia el grupo anterior; así puede mantenerse un campo más claro y cada diente adyacente anterior puede usarse para ayudar a la luxación. En extracciones de todos los dientes se sigue este orden en un cuadrante de la mandíbula, se repite en el otro cuadrante y luego se hace de nuevo en el cuadrante del maxilar superior. Se completa cada cuadrante incluyendo la alveolotomía y la sutura antes de proceder con otra hemiarcada.

Una razón para cambiar el orden mencionado es el hecho de que el canino y el primer molar de cada cuadrante suelen ser lo más difícil de extraer; por ello algunos odontólogos prefieren extraerlos antes que los demás dientes de cada cuadrante. Otros autores prefieren seguir un orden de extracción completamente opuesto. Así les resulta más fácil la extracción, al luxar y extraer los dientes de mesial hacia distal con un botador recto.

Cuando se termina las exodoncias, se corta con cuidado todos los bordes óseos agudos, y se alisan con limas de hueso, con una fresa de acero de los números 18 al 21, o con una pinza gubia. Finalmente se hace el curetaje del alveolo para eliminar posibles tejidos patológicos (glaucoma, quiste apical, etc.) y se irriga profusamente el campo operatorio con suero fisiológico o agua destilada estéril para arrastrar los restos de huesos, y otros tejidos residuales. Antes de suturar la herida operatoria se recortan los tejidos blandos en mal estado que puedan alterar la correcta cicatrización.

Anexo # 4

- **Sutura.**

Cuando en una vista se preparan todo un maxilar es necesario hacer la primera sutura en la línea media; en el maxilar superior, la papila incisiva y el frenillo labial son puntos de referencia fácilmente identificable. Luego se suturan los vértices de los colgajos en la zona se descarga en cada lado, y luego en los puntos medios entre las dos sutura, de tal forma que cuando terminemos de suturar no nos sobren mucosa; cada sutura debe tener apoyo en un tabique interdentario, para lograr la forma deseada del proceso alveolar. Es indispensable anudar sin tensión las suturas ya que si está demasiado tensa suelen soltarse. En los casos de enfermedad periodontal grave, la pérdida de huesos puede ser de tal magnitud que permite la adaptación de los tejidos blandos sin causar tensión. La maniobra de Rehrmann (incisión del periostio en el fondo del vestíbulo)

aumenta la movilidad del colgajo y facilita la sutura sin perder profundidad vestibular.

Normalmente colocamos puntos sueltos de catgut o seda de 3.0 con aguja a traumática C -16; pueden también utilizarse puntos de colchonero o técnicas de suturas continuas. Seguidamente colocamos la prótesis que previamente se habrían limpiados y sumergidos en una loción de clorhexidina después se enjuaga con solución salina estéril y se coloca en la boca.

El dolor posoperatorio se controla con analgésico. En muchos casos hay un poco de tumefacción local que se efectúa si se sutura con demasiada fuerza los tejidos blandos; cuando después de la intervención aparece el edema, es probable que las suturas demasiado apretadas “se desprendan” de la encía.

La retirada prematura de la prótesis puede dar lugar a una inflamación local que puede hacerla en la re inserción de la prótesis sea imposible o al menos dolorosa. El dolor del trauma quirúrgico no se aliviara quitándose la prótesis, sino mediante la medicación adecuada.

No se recomienda masticar durante las primeras 24 horas y se prescribe una dieta líquida a temperatura ambiente.

La prótesis debe retirarse a las 48 horas de la intervención, se examina la boca para detectar zonas de presión excesiva en los bordes y en la boca quirúrgica, se hacen los ajustes necesarios.

Se limpiaran y desinfectaran las heridas de la mucosa. Repetiremos esta acción sucesivamente durante cinco o seis días.

Los puntos de sutura se retiran a los siete días después de la cirugía, seguiremos el control postquirúrgico adecuado, y cuidaremos el ajuste de la prótesis y la oclusión dentaria.

Ver anexo # 5

- **Alveolotomía interseptal**

La alveolotomía interseptal consiste en reducir el alveolo óseo al girar el cortical vestibular fracturada con su mucoperiostio insertado hacia la pared palatina o lingual de los alveolos después de escindir los tabiques óseos interdentes. Los autores que recomiendan esta técnica para reducir los alveolos, dicen que tiene la ventaja de conservar el hueso compacto (cortical) con un riesgo sanguíneo inalterado con lo que se obtiene un proceso alveolar mejor y más ancho que en la alveolectomía. Cuando se usan prótesis, es menos probable que el hueso compacto sufra reabsorción en comparación con el esponjoso conservado después de la alveolectomía.

En primer lugar realizaremos la incisión que vendrá condicionada por la necesidad o no de conservarlas papilas interdentes. Levantaremos un colgajo mucoperiostico vestibular y después se hace con sumo cuidado la extracción dentaria con fórceps.

En la zona anterior, primero se extrae el canino y luego los incisivos laterales y centrales en un intento por conservar integran la cortical vestibular. Como se va a desplazar la cortical externa en dirección a la interna, que es un arco de diámetro menor, es indispensable reducir su longitud, por lo que se procede a escindir dos fragmentos triangulares de hueso en el extremo posterior de cada alveolo, en este caso de los caninos.

Con la pinza gubia se provoca una fractura horizontal en tallo verde del hueso cortical vestibular, y se eliminan también los tabiques óseos interdentes e interradiculares al cortar con la gubia por su lado vestibular y palatino o lingual.

Con todas estas maniobras la cortical vestibular queda hacia fuera unida solo con su mucoperiostio; luego se le da forma con la compresión aplicada entre los dedos índices y pulgares del cirujano.

Si se va a ajustar la prótesis inmediata, después se coloca una plancha base confeccionada sobre el modelo preparado. Esta plancha base de construirse con material acrílico transparente, para controlar posibles puntos de sobrepresión en las zonas de soporte de la prótesis. Los puntos de presión se detectan al ver la isquemia que se produce debajo del acrílico transparente. Siempre que sea posible, debe disminuirse el grosor de la prótesis para aliviar el "punto alto". En los casos donde se tienen que cortar el hueso para aliviar un punto de presión, el corte debe hacerse del lado palatino del alveolo; esto es indispensable si se efectuó la intervención de forma correcta, porque la cortical vestibular está compuesta casi por completo de hueso cortical delgado que fácilmente se puede necrosar si se separa del mucoperiostio insertado que le aporta su riego sanguíneo. Se satura y después se coloca la prótesis.

La alveolotomía interseptal es una técnica sencilla y rápida que sirve para reducir los alveolos de los dientes arcosuperiores; no se requiere una gran preparación técnica por parte del odontólogo para efectuar con eficacia la operación descrita. Solo puede emplearse este método si es posible hacerlas exodoncias con fórceps alterando mínimamente el alveolo óseo.

Los pacientes con dientes que se resisten a la técnica de extracción con fórceps no son candidatos apropiados para la alveolotomía interseptal. El hueso alveolar demasiado denso complica el logro de una línea de fractura horizontal, sobre la que rota la cortical vestibular.

La facilidad y rapidez de la técnica descrita son resultado del empleo de las pinzas gubia con corte lateral: la limitada anchura de los alveolos de los dientes anteriores inferiores y la inaccesibilidad de los dientes posteriores restringen el uso de este instrumento en dichas zonas, por lo que este método es el más apropiado para reducir los alveolos en la región anterior del maxilar inferior.

Esta técnica solo permite obtener un acceso limitado para la exéresis de restos radiculares o de lesiones periapicales; en estos casos la alveolectomía es el método de elección.

2.1.1.3 Fase post operatoria

Comprende el lapso de tiempo entre que finaliza la intervención quirúrgica y el momento a partir del cual puede considerarse que el paciente ya ha recuperado su estado normal. Puede considerarse que este período comprende entre 3 y 7 días, y que los cuidados y tratamientos a prescribir pueden ser de aplicación local y general.

El período postoperatorio propiamente dicho suele finalizar a los 7- 10 días, coincidiendo con la retirada de los puntos de sutura, si éstos eran no reabsorbibles.

No obstante el período de convalecencia podrá ser mayor dependiendo del estado general del paciente y del tipo de intervención realizada; en todos los casos se deberá controlar periódicamente al paciente hasta comprobar su total recuperación en todos los aspectos. En el postoperatorio deberán ejecutarse un conjunto de medidas, técnicas o tratamientos cuya finalidad es mantener los objetivos conseguidos con el acto quirúrgico, favoreciendo y facilitando los mecanismos reparativos del organismo para el logro del perfecto estado de salud.

a) Indicaciones post operatorias.

La aplicación de bolsas de hielo o compresa frías durante las primeras 24 horas del posoperatorio.

Mantener mordida la gasa durante 30 minutos.

Realizar enjuagues suaves de la cavidad bucal con un antiséptico.

Analgésico cada 8 horas las primeras 24 horas, después si presentar dolor.

Dieta blanda durante las primeras 24 horas.

No fumar.

Mantener buena higiene bucal.

Gotas nasales (efedrina) por cada fosa nasal varias veces al día.

Inhalar vapor de agua después de las gotas nasales varias veces al día.

La dentadura debe permanecer en su boca y no retirarla por lo menos durante tres primeros días, ya transcurridos esos días la dentadura debe ser retirada por las noches y sumergirla en un vaso con agua y 8 gotitas de cloro.

Se debe realizar enjuagues con agua tibia y sal con la dentadura puesta los tres primeros días posteriores a la inserción de la prótesis.

No debe comer nada duro ni crujiente únicamente alimentos suaves o papillas.

Y lo más importante el paciente debe asistir a sus consultas de control que serán:

24hrs posteriores a la cirugía.

48hrs. Posteriores a la cirugía.

1 semana posterior a la cirugía, después de esta cita las citas serán de acuerdo al criterio del Cirujano Dentista

b) Complicaciones post operatorias.

Entre las complicaciones post operatorias en cirugía oral tenemos las siguientes:

- **Menor ambulatoria**

Las complicaciones originadas por procedimientos quirúrgicos son múltiples y de distinta categoría:

unos interesan a tejidos duros y otros a tejidos blandos.

En este caso, dentro de la categoría de tejidos blandos, mencionaremos a la Alveolitis o infección del alveolo dentario y la Hemorragia.

- **Alveolitis o infección**

Suele ser la principal causa de dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia. Su característica principal es dolor agudo e intenso. La alveolitis suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida alveolar, tras la extracción dentaria. Se la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo, al no organizarse, se desintegra. Si existe infección, daremos un tratamiento antibiótico.

- **Dolor post exodoncia**

Si no se forma colágeno este se descompone más tarde por diversos motivos (infección, lavados, etc.), puede aparecer una osteítis local (alveolitis seca dolorosa, alveolitis fibrolítica, dry socket).

El trastorno de la cicatrización se asocia con dolor local intenso y aparece normalmente a los 2-3 días tras la extracción.

El cuadro local muestra dolor intenso a la palpación y enrojecimiento de la encía y la mucosa adyacentes.

Tratamiento en primer lugar hay que asegurarse de que no hay ninguna otra causa responsable de la infección (un resto radicular). Para ello una

radiografía proporciona información determinante se salva la herida bajo anestesia troncular y se efectúa curetaje suave e irrigación con agua oxigenada y solución salina. Se aplica un apósito de gasa yodoformica, impregnada de anestésico. El cambio del apósito y la repetición del procedimiento se practican a intervalos de tres días, hasta que el dolor remite y se hace visible tejido de granulación en el alveolo. En caso muy refractario es necesaria una revisión de la herida bajo anestesia local.

Ante un inicio de extensión de la infección, se indican el uso de antibióticos.

- **Hemorragias**

Hemorragia es toda pérdida sanguínea o salida de sangre del torrente o sistema vascular, espontánea o provocada por una herida cutánea o mucosa (hemorragia externa).

Una hemorragia bucal o maxilofacial es consecuencia de un acto quirúrgico o de un traumatismo, en un individuo con un trastorno de la hemostasia conocido o no, o sobre un terreno patológico; en este último caso cualquier agresión local podrá ocasionar problemas graves al estar así potenciada. La hemorragia es una de las complicaciones más importantes y frecuentes en la práctica diaria del odontólogo debido, a que se presenta en la mayoría de los casos, como problemas mecánicos durante la extracción dentaria que pueden ser: desgarros gingivales, fracturas alveolares, lesiones de la mucosa bucal, etc. No obstante, existen otros casos en que la hemorragia es consecuencia de una alteración de la hemostasia:

Aquel con enfermedad hemorrágica conocida que está ya controlada por el hematólogo.

El sometido a tratamiento con anticoagulantes.

El paciente que sufre una discrasia sanguínea, hasta entonces desconocida, que se va a detectar en el preoperatorio.

Hay dos tipos de hemorragia: intra-operatoria o primaria, es la que aparece intempestivamente e inmediatamente, conocida como hemorragia primaria, y post-operatoria: que aparece un tiempo después (hemorragia secundaria).

- **Hemorragia primaria o intra-operatoria.**

Aparece durante el acto quirúrgico. El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía oral menor se realiza por dos procedimientos: uno instrumental y otro mecánico. El primero tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra, el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo. El otro se logra por taponamiento con un trozo de gasa y su compresión. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes. A expensas de este coágulo se realiza el proceso de formación del hueso. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusados, se podrá proceder a llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto: para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro, ácido tranexámico, etc.

- **Hemorragia secundaria o post-operatoria:**

Aparece algunas horas o algunos días después de la operación: puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o a que ha cesado la vasoconstricción de la anestesia.

A estos factores locales puede agregarse una causa de índole general que favorezca la hemorragia, que entonces adquiere características e intensidad variables.

c) Reparación ósea y cicatrización.

- **Reparación ósea**

Según López², el proceso de reparación ósea puede ser dividido en cinco estadios, los cuales se describen a continuación:

- **Formación del hematoma**

Al producirse una fractura (cortes realizados por el cirujano bucal en sus intervenciones quirúrgicas), se manifiesta la hemorragia como resultado de la ruptura de los vasos sanguíneos, esta sangre se difunde por los espacios trabeculares y periostales generando un aumento de la tensión en toda la zona, con la elevación del periostio que es estimulado en su capacidad formadora. Cuando la sangre se coagula, el hematoma va a estar formado por los componentes hemáticos y por un exudado de polimorfonucleares, linfocitos e histiocitos. Este proceso dura unos 7 días.

- **Formación del tejido de granulación**

Aparece una vez que comienza a disminuir los signos de inflamación, se caracteriza por la presencia de abundantes capilares y una alta actividad fibroblástica. En él se van a englobar los pequeños fragmentos óseos que se han desprendido de los bordes del hueso en el momento del traumatismo.

La fase fibroblástica del tejido conectivo se transforma en fibroso y una gran cantidad de colágeno debe ser depositado en la brecha de la fractura. Los fibroblastos y los osteoblastos actúan produciendo una matriz de tejido fibroso que se extiende circunferencialmente a la herida más allá de los bordes de la misma, formando lo que se conoce con el nombre de callo.

- **Formación del callo**

Esta etapa transcurre entre el décimo y decimocuarto día posterior a la herida. A continuación se hace referencia a las dos vías que puede seguir la formación ósea.

El tejido fibroso conectivo es el inductor de la formación de un tejido cartilaginoso que al ir sufriendo un aumento en su vascularización y por acción de las células osteoblásticas va remplazándose por hueso.

El tejido fibroso conectivo puede pasar a la formación de hueso directamente sin la fase de cartílago por la aparición de la sustancia osteoide producida por los osteoblastos que se va calcificando lentamente (este es el proceso que suele seguir la mandíbula).

El callo óseo se va a componer de osteoblastos, sustancia intersticial fasciculada, hueso plexiforme y corpúsculos óseos.

- **Unión ósea**

Este proceso transcurre entre la cuarta y la sexta semana. Depende del callo óseo, el cual actúa como un núcleo que se va remodelando y reabsorbiendo poco a poco por la acción osteoblástica formando hueso maduro que reemplaza al callo primario y restableciendo la arquitectura primitiva del hueso.

d) Cicatrización de los alvéolos dentarios posterior a la exodoncia

López señala que la extracción dentaria en primer lugar, es una fractura abierta, es decir, hay ruptura del recubrimiento superficial que deja expuesto al hueso. En segundo lugar, puede ser considerada como una herida infectada, pues se abre a una cavidad séptica donde conviven, aunque en forma saprofita, una serie de microorganismos que pueden romper su equilibrio biológico, ante el hecho traumático de una extracción.

En tercer lugar corresponde a una fractura con pérdida de sustancia, ya que la extracción dentaria interrumpe definitivamente la continuidad ósea.

La exodoncia activa la misma secuencia de inflamación, de epitelización, fibroplasia y de remodelación vista como prototipo en la piel, o en las heridas de la mucosa bucal. Como previamente se señaló, la cicatrización ocurre por segunda intención, y debe pasar un largo periodo de tiempo antes de que la herida se cure.

La etapa de inflamación ocurre durante la primera semana de curación. Los leucocitos entran en el alvéolo para remover bacterias del área de la lesión y comenzar a eliminar restos tales como fragmentos de hueso, que se ubiquen dentro del alvéolo. También comienza durante la primera semana un aumento de los fibroblastos y capilares. El tejido de granulación de aspecto blanquecino, se va transformando en tejido fibroso conforme disminuye la inflamación. Luego surgen focos de osificación por acción de los osteoblastos y al mismo tiempo se pone en acción la reparación del epitelio mucoso proliferando y cubriendo todo el defecto, apoyándose en la matriz conectiva y osteoide.

Dos semanas después de la exodoncia, la cicatrización se caracteriza por una gran cantidad de tejido de granulación que llena el alvéolo. La deposición de osteoide comienza a lo largo del hueso alveolar. El proceso que comenzó durante la segunda semana se continúa durante la tercera y cuarta semana, tiempo en el cual culmina la epitelización del alvéolo. No es hasta el 4.º ó 6.º mes después de la extracción, que la cortical de hueso cubre todo el alvéolo. Esto se reconoce por una disminución en la densidad radiográfica de la lámina dura. Como el hueso llena el alvéolo, el epitelio migra a través de la cresta. La única evidencia visible en el alvéolo después de un año es una pequeña cicatriz en el borde alveolar

- **Alteraciones de la cicatrización.**

Técnicas de sutura inadecuada (bordes de la herida invertido)

Colocación falsa de los bordes de la herida (movilización insuficiente).
Tensión en el colgajo.

- **Complicaciones en la cicatrización.**

El proceso de cicatrización puede verse afectado por una serie de factores locales y generales que a su vez pueden generar complicaciones. A continuación se señalan las más comunes:

Infeción: incorporación de gérmenes que penetran en los tejidos y se multiplican generando daños.

Dehiscencia: separación de los bordes de una herida, producto de la ruptura de los puntos de sutura debido a una mala técnica o por la generación de grandes tensiones sobre la herida.

Hemorragia: extravasación de sangre debido a un trauma o pérdida de las suturas.

- **Recomendaciones para lograr una buena cicatrización**

Es importante que los cirujanos bucales apliquen los principios propios de una buena cirugía, establezcan un correcto diagnóstico, realicen un buen plan de tratamiento y lleven a cabo una cirugía lo menos traumática posible.

- e) **Fármacos que se utilizan para llegar a tener una buena coagulación**

- **Vitamina K:**

Tarda como mínimo 24 horas en normalizar el TP; por lo tanto en caso de urgencia hay que recurrir a otras soluciones (plasma fresco, preparados comerciales que contengan complejo protrombínico o factores dependientes de vitamina K). Las dos formas que encontramos

disponibles son la vitamina K1 o fitomenadiona (Konakion), y la vitamina K3 o menadiona (Kaergon).

- **Desmopresina.**

Es un derivado de la arginina-vasopresina, que actuaría aumentando el nivel del factor VIII por lo que está especialmente indicado en los déficits de factor VIII. Su uso es hospitalario por vía intravenosa aunque últimamente también se ha empleado mediante spray por vía nasal.

2.1.2 TIPOS DE PRÓTESIS INMEDIATAS.

Entre los tipos de prótesis inmediatas tenemos:

Prótesis fija, en la colocación de este tipo de prótesis la cirugía debe ser más conservadora. La eliminación de hueso de la cresta alveolar interproximal, debe ser entre el diente extraído y el diente remanente, producirá la desaparición de la papila dental correspondiente.

Prótesis removible dentomucosoportada en la colocación de este tipo de prótesis las técnicas quirúrgicas variaran en función de los dientes que deban ser sustituidos debemos regularizar las superficies, con el fin de que la mucosa no quede comprometida entre la presión de la prótesis y las irregularidades óseas.

Prótesis removible mucosoportada, que puede ser parcial o total, en la colocación de esta prótesis hay que evitar que las zonas de presión queden sobre crestas óseas irritantes, debemos ser lo más cuidadosos posibles.

2.1.2.1 Pacientes indicados para la colocación de la prótesis inmediata

Pacientes que requieren extracciones de varios dientes que están afectados por caries, periodontopatías o para la rehabilitación protésica.

Pacientes con áreas edentes que presentan irregularidades óseas como espículas y exostosis, las que dificultan o impiden la instalación de una prótesis.

2.1.2.2 Pacientes contraindicados para la colocación de prótesis inmediata.

Los pacientes que se encuentran contraindicados para la utilización de la prótesis son:

Pacientes con trastornos emocionales, o en todo caso se efectuaran bajo el control del psiquiatra.

La personas con estado médico general que contraindican los procedimientos quirúrgicos.

Los pacientes con trastornos cardiacos.

Los pacientes con discrasia sanguínea o problemas de cicatrización como el diabético mal controlado.

Los factores locales, como la sobremordida vertical demasiado profunda, las relaciones anormales de los procesos alveolares u otras anomalías.

Coronariopatías: Angina de pecho, infarto de miocardio.

Trastornos del ritmo cardíaco (arritmias, disritmias).

Insuficiencia cardíaca congestiva.

Valvulopatías (enfermedad cardíaca valvular), especialmente las estenosis y/o regurgitación aórtica y mitral; aquí también debería considerarse la problemática de la endocarditis infecciosa.

Si ha sido intervenido quirúrgicamente y es portador de una prótesis valvular. Posiblemente esté bajo tratamiento con antivitaminas K

(dicumarinas, warfarinas); se debe conocer el mantenimiento (INR o la ratio de protrombina) y actuar con el consentimiento del hematólogo.

Recordar que en la patología de la válvula mitral entre otras deberá hacerse la profilaxis de la endocarditis bacteriana.

Hipertensión Arterial (HTA). La hipertensión no controlada puede inducir una insuficiencia renal, un agravamiento de una enfermedad cardiovascular, y está estrechamente relacionada con la producción de accidentes vasculares cerebrales.

Diabetes Mellitus. En estos pacientes existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono y los lípidos que puede agravarse por la realización de una intervención quirúrgica. La diabetes es una enfermedad producida por un defecto en la producción o secreción de insulina lo que dificulta mantener una glucemia normal, puede tener una gravedad muy variable, desde la forma del adulto que se controla con una dieta adecuada, hasta la forma severa juvenil que exige la inyección de insulina. En los diabéticos, el desequilibrio metabólico induce graves complicaciones: retinopatía, nefropatía, neuropatía y arteriopatía oclusiva acelerada. El diabético exige un control metabólico adecuado y tratamiento farmacológico insulina, hipoglucemiantes orales, no demandará más medidas que mantener, en el período quirúrgico, su régimen y la dosificación habitual de dichos fármacos. Los problemas que suelen presentarse pueden deberse a un retraso en la cicatrización, a una mayor susceptibilidad a las infecciones, o a las alteraciones que la diabetes ha causado en otros órganos o sistemas (Lesiones cardíacas, neuropatías, nefropatías, hepatopatías, etc.)

El diabético puede presentar alteraciones de la cicatrización motivadas por la mala perfusión de los tejidos ya que la microcirculación de éstos está afectada por la presencia de vasculitis y aterosclerosis, no obstante, la cavidad bucal posee una vascularización muy rica, y difícilmente van a acontecer tales complicaciones.

También hay que tener en consideración a las: enfermedades renales, pulmonares, hepáticas, patologías psiquiátricas y patologías neurológicas.

2.1.2.3 Ventajas de la utilización de la prótesis inmediata.

Las psicológicas están en relación con la facilidad que el paciente se adapta a la prótesis.

El paciente no necesita pasar un periodo de tiempo desdentado, con todos los inconvenientes que el punto de vista estético, psicológico y fisiológico acarrea tal estado.

Las consideraciones fisiológicas se refieren a varios puntos de interés: el proceso cicatriza debajo de las prótesis, se realiza con mucha mayor facilidad, menor reabsorción del hueso alveolar bajo la prótesis, que si se lo deja al descubierto.

La fisiología muscular no está adecuada, la dimensión vertical se conserva y se mantiene la articulación temporomaxilar.

Hemostasia más correcta. La prótesis actúa como apósito controlando la hemorragia y protegiendo los alveolos y el coagulo sanguíneo.

Curación más rápida. La prótesis promueve la cicatrización protegiendo los alveolos expuestos e impidiendo la penetración de alimentos en la herida.

Mantiene el tono muscular adecuado, evitando el colapso labial y el hundimiento de las mejillas, que pueden alterar la fisonomía, la mímica e incluso la voz.

Restaura la eficacia masticatoria lo mejor posible.

Mejora la fonación, deglución y respiración, y no se alteran su mecanismo.

El paciente acepta mejor las extracciones y psicológicamente se siente más apoyado, al no tener que interrumpir sus actividades al verse desde el primer momento con los dientes.

Los dientes de la prótesis inmediata pueden colocarse en la misma posición que los que posee el paciente y con su misma morfología, lo cual puede contribuir a limitar posibles lesiones o alteraciones sobre la articulación temporomandibular.

2.1.3 PREPARACIÓN DE LOS MODELOS PARA CONFECCIONAR LAS PRÓTESIS INMEDIATAS

Para confeccionar las prótesis inmediatas, debemos preparar los modelos previendo el estado en que quedarán los procesos alveolares después de nuestra intervención. Así pues, la posición y el volumen de la reducción alveolar necesaria en cada caso particular determinará la cantidad del tallado a realizar en el modelo, aunque también es cierto que el tallado que se hace del proceso alveolar sobre el modelo en el que se construye la prótesis, establece la cantidad del hueso que se debe cortar para permitir la colocación de un aparato inmediato; por tales motivos, es necesaria que el odontólogo, y no el protésico, talle y prepare el modelo para fabricar una prótesis inmediata. El estudio y la preparación del modelo son útiles al odontólogo cuando planea su intervención.

La prótesis completa inmediata debe diseñarse como un aparato completo y no con uno parcial al que se le añaden dientes; por lo tanto, es necesario trabajar a partir de la impresión adecuada; su borde. La impresión inferior debe cubrir la zona retromolares; después se registran las relaciones maxilares utilizando una "mordida en cera", se vacían los modelos, mientras se conservan el otro como registro del tamaño, forma y disposición de los dientes naturales.

Después se extraen los dientes del modelo y se reduce hasta que quedan planas las zonas ubicadas entre las cervicales labial y palatina.

Con la ayuda de un cuchillo afilado, tallamos el modelo hasta que una superficie plana conecte los puntos medios de los cuellos dentales y la “línea del labio “; después de establecer la vía de inserción del aparato, se raspa el modelo para “redondear “cualquier borde puntiagudo y quitar toda irregularidad que no se queda utiliza.

Después de terminar la preparación del modelo, es necesario duplicarlo para confeccionar una plantilla de acrílico transparente donde construir la plancha base o “guía quirúrgica”; tal aparato debe ser una réplica exacta de superficie de ajuste de la prótesis porque el cirujano la utiliza para revisar la precisión con que preparo la zona de soporte protésico.

Es preciso hacer el tallado necesario de los modelos antes de fabricar los aparatos cuando se va hacer la reducción de la tuberosidad de una eminencia en el momento de hacer el reemplazo inmediato de los diente.

Por lo general, es preferible hacer dichos procedimientos antes de iniciar la confección de las prótesis inmediatas o efectuar la intervención y hacer el ajuste de los aparatos casi inmediatos.

2.1.4 Comprobación de la semejanza proteticoclínica.

Para verificar que el caso clínico ha quedado como no los propusimos, vale decir semejante al modelo del yeso sobre el cual se construyó la prótesis inmediata. Se desciende el colgajo y se adapta el maxilar del paciente una base transparente de acrílico que tiene, por supuesto, la exacta forma de la prótesis.

En aquellos sitios que se ve en palidecer la encía o se nota el exceso de presión, será necesario realiza una mejor ostectomía. Se retira la base transparente, se levanta de nuevo el colgajo y con pinza gubia se reseca el hueso excedente.

Se completa el alisamiento con fresa grade (fresas para caucho o con piedra) y con limas para huesos. Se vuelve a probar la base transparente.

No necesitando nueva ostectomía y ya en condiciones de adaptar la prótesis se corta el excedente de encía, y se realiza la sutura; los nudos sobre cada cresta alveolar, no sobre los alveolos.

La maniobra siguiente consiste en la fijación del colgajo gingival, por medio de puntos de sutura, que se realizan con seda fina, hilo o nylon, para que no resulten traumatizantes.

Por lo general, tres o cuatro puntos son suficientes. Los colgajos no deben quedar tirantes, ni deben ser modificados las in musculares, ni el contorno para a adaptación de la prótesis. Este último detalle muy importante: el afán de terminar rigurosamente el caso, siguiendo las normas quirúrgicas que fueron dadas en Exodoncia, podemos estar tentados de unir con sutura los bordes bucal y palatino de los colgajos lo cual no siempre ser favorable, puesto que se modifican con esta maniobra, la altura del vestíbulo y la zona interdientarias en los colgajos vestibular y palatino. La readaptación de estos colgajos se hace más eficazmente procediendo de esta manera; luego la sutura adaptara los tejidos en su sitio y función. La nutrición y filosofía de ambos colgajos, se logra en poco tiempo, por la formación de nuevos vasos sanguíneos y proliferación y anastomosis de los ya existentes.

Ver anexo # 6

Terminada la operación, se lava la superficie gingival con el atomizador (con suero fisiológico o agua oxigenada) y se procede a colocar la prótesis, directamente o previo añadido a la placa de cemento quirúrgico. La prótesis debe quedar en boca sin ser secada por el paciente 24 horas, al cabo de cuyo tiempo el profesional la retira, la lava y desinfecta, sumergiéndola en una solución antiséptica, lava y atomiza las heridas bucales, eliminando los coágulos que pudieron formarse, y vuelve adaptar la prótesis con los cemento quirúrgico.

2.1.5 MATERIALES HEMOSTÁTICOS

Estos actúan, de forma fisiológica y habitual, en la hemostasia del ser humano. Al permanecer durante un tiempo considerable hasta ser completamente reabsorbidos en el interior de los tejidos del organismo. Un agente hemostático local debe estimular la formación del coágulo provocando una reacción mínima de rechazo por cuerpo extraño. Generalmente inducen un cierto efecto de retardo de la cicatrización y de la osificación, si bien éstas acaban por completarse cuando el material es eliminado de forma espontánea. El uso de estos materiales está contraindicado ante la presencia de infección local puesto que impedirían el drenaje del exudado purulento.

2.1.5.1 Gelatina

Se presenta en forma de láminas esponjosas insolubles en agua (Gelfoam, Espongostan Film, Gelastyp Sine, Gelita); presenta la ventaja sobre los demás que puede impregnarse con trombina.

Su procedencia es animal, y se reabsorbe a las 4-6 semanas aunque para algunos la reabsorción total se conseguiría a los 120 días. Retarda la reparación ósea pero sin efectos a largo plazo; también provoca una respuesta inflamatoria transitoria.

Para un fácil manejo, recomendamos sobre todo no humedecerla antes de colocarla.

2.1.5.2 Celulosa

Este material, es de procedencia vegetal, se presenta de dos formas: celulosa oxidada y celulosa oxidada y regenerada. La celulosa oxidada (Oxigel) tiene el inconveniente respecto a la forma oxidada y regenerada de que se adhiere más a nuestros guantes, y que induce más interferencias con la reepitelización.

La forma oxidada y regenerada, presentada en forma de redes o mallas (Surgicel), es de uso más frecuente. Su mecanismo de acción no está completamente claro, pero parece que al saturarse de sangre se convierte en una masa gelatinosa que favorece físicamente la formación del coágulo; además existe una afinidad con la hemoglobina para formar un coágulo artificial.

2.1.5.3 Colágeno

En la actualidad, se presenta de formas diversos polvos, gel, fibras, esponjas, apósitos, etc. aunque en Cirugía Bucal son preferibles las formas de apósitos texturados blandos y flexibles que pueden fijarse mediante sutura y pueden retirarse con cierta facilidad.

2.1.5.4 Compresas de alginato cálcico.

Se trata de una compresa no tejida cuyo principal constituyente es el alginato cálcico, que liberan iones calcio que estimulan la coagulación, pero además se intercambian con los iones sodio del plasma para formar un gel. Posee la ventaja de que no reinicia la hemorragia cuando se quiere retirar, pero tiene los mismos inconvenientes de incompatibilidad de la celulosa oxidada y regenerada.

2.1.5.5 Cera de hueso

La cera de hueso está indicada como material hemostático cuando el origen de la hemorragia es óseo. Actúa de forma puramente mecánica, sin ningún efecto sobre el mecanismo de la coagulación. Inhibe la osteogénesis, es reabsorbida muy difícilmente, pudiendo producir reacciones inflamatorias por cuerpo extraño y reacciones por hipersensibilidad.

2.1.5.6 Agentes anticoagulantes orales

Hay dos grandes grupos de agentes anticoagulantes orales que se prescriben comúnmente. El primero, y el más usado, son las cumarinas,

que tiene como mayor representante a la warfarina sódica. El segundo grupo de agentes anticoagulantes son los agentes anti plaquetarios o antiagregantes plaquetarios. La aspirina, es el fármaco más común que se encuentra en este grupo. Un grupo de drogas que se ha introducido recientemente es el grupo de agentes llamados “heparinas de bajo peso molecular”. El representante más importante es la enoxaparina, seguida por la ardeparina y dalteparina.

- **Cumarinas (warfarina)**

La acción de la Warfarina es bloquear la formación de trombina y otros factores de coagulación, además de prevenir el metabolismo de Vitamina K a su forma activa en la síntesis de éstos factores. Tiene un efecto prolongado, tiempo de vida media de 36 horas. En este hecho, se basa la recomendación de suspenderla 2-3 días antes del tratamiento quirúrgico. Es comúnmente prescrita en pacientes con prótesis valvular cardíaca o antecedentes de trombosis venosa profunda, infarto agudo de miocardio

2.2 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS.

Si se realiza extracción múltiple con alveoloplastia, se determinara la técnica adecuada para colocar la prótesis inmediata.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Análisis de la extracción múltiple con alveoloplastia.

2.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Determinar la técnica adecuada para colocar la prótesis inmediata.

2.3.3 VARIABLE INTERMITENTE

Signos y síntomas de la destrucción dentaria por caries o enfermedades sistémicas.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLE INTERMEDIA	INDICADOR	ÍTEM
Análisis de la extracción múltiple con alveoloplastia.	Determinar el tipo de paciente apto para realizar el acto quirúrgico.	Los pacientes contraindicados para realizar esta cirugía, son aquellos que presentan enfermedades sistémicas como la diabetes.	Para ello se debe tener en cuenta la salud general del paciente, y tomar las debidas precauciones al momento de la cirugía.
VARIABLES DEPENDIENTES	VARIABLE INTERMEDIA	INDICADOR	ÍTEM
Determinar la técnica adecuada para la colocación de la prótesis inmediata.	Definimos a la alveolotomía como la técnica de elección.	Esta nos ayuda a conservar la mayor parte de hueso alveolar. Que ayuda a la retención de la prótesis.	Para colocar la prótesis, es necesario verificar si existe algún excedente que ocasione un trauma al paciente al momento de su colocación

CAPÍTULO III METODOLOGÍA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Clínica de Internado de la Facultad piloto de odontología.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Año 2010 – 2011

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 RECURSOS HUMANOS.

Investigadora: Marcela Perero Magallán

Tutor: Alex Polit Luna

Paciente: Victoria Retto

3.3.2 RECURSOS MATERIALES.

Historia clínica, radiografía panorámica.

3.3.2.1 Instrumento Odontológico.

Jeringa Carpule, Agujas larga, Fórceps para molares inferiores. Elevador recto, Cindesmoto, Pinza gubia, Lima de hueso, Pinzas hemostáticas, Periostotomo, Espejo bucal, Pinza algodонера.

3.3.2.2 Materiales Odontológicos.

Anestésico local, Anestésico tópico, Aguja e hilo de sutura catgut #3.0, Hemostático, Iodo povidin, gasas.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

Esta investigación no cuenta con un universo y muestra debido a que la investigación se lo realizó, en base a una recolección de datos narrativos bibliográficos, y descriptivos por eso decimos que es tipo no-experimental de campo

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es de tipo cualitativo, ya que por medio de ella, se va a conocer las diferentes técnicas, ventajas y desventajas de la utilización de la prótesis inmediata, después de la cirugía de extracción múltiple.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación es de tipo no experimental de campo, ya que se ha basado en la recolección de datos bibliográficos. Y no de casos clínicos realizados.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

Durante la investigación realizada se ha llegado a la siguiente conclusión:

Antes de realizar la extracción dentaria, se debe verificar la ficha clínica del paciente para estar seguro de que no presentan alguna enfermedad sistémica como: la diabetes, hipertensión, discrasia sanguínea, enfermedades cardiacas entre otras, que impiden realizar dicho acto quirúrgico.

Debemos programar la técnica quirúrgica que se va a utilizar de acuerdo al estado de salud general del paciente antes de un tratamiento. En este caso se aconseja la técnica conservadora en la alveoloplastia, ya que esta nos permite realizar la cirugía tratando de no lesionar o cortar demasiado tejido óseo para que al momento de colocar la prótesis inmediata haya un mayor soporte y se pueda adaptar de una forma adecuada al tejido dentoalveolar.

La colocación de la prótesis inmediata después de la extracción múltiple con alveoloplastia le traerá muchos beneficios al paciente, ya que le dará muchas ventajas, entre ellas tenemos: la prótesis servirá como un agente hemostático el cual ayudara a la formación de la cicatrización en un periodo corto de tiempo, y además el paciente no perderá la función y la estética facial.

El éxito de la cirugía también depende del paciente, por lo tanto es necesario que le demos todas las indicaciones pertinentes para que posteriormente no exista ninguna complicación durante el post operatorio.

Si llega a presentar alguna complicación debemos de conocer el tipo de farmacoterapia que vamos a utilizar para cada caso.

4.2 RECOMENDACIONES.

El odontólogo debe contar con el instrumental y conocimiento necesario para realizar dicho acto quirúrgico.

Debe de haber una total antisepsia del campo operatorio para que no exista ningún tipo de contaminación.

Conocer las diferentes indicaciones y contraindicaciones que se pueden presentar antes, durante y después del acto quirúrgico.

Si existen pacientes con antecedentes de enfermedad sistémica, debe consultarle a su médico de cabecera acerca del estado general, para tomar las medidas respectivas según el caso.

Después de realizar la extracción múltiple se debe de irrigar bien la herida con solución salina estéril.

Verificar que no exista excedente de tejido que impida colocar la prótesis.

Si existe excedente se debe tratar de eliminarlo, con la técnica conservadora que indica utilizar la lima de hueso para que la superficie quede lisa y no se cause molestia al paciente.

Antes de colocar la prótesis después de la cirugía se debe de recordar que se utiliza un material llamado acondicionador de tejido (viscogel) que permitirá una mejor adaptación y confort al momento de adaptar la prótesis.

Recomendar los analgésicos y antiinflamatorios necesarios para que el paciente pueda sobre llevar el post operatorio.

Después de colocar la prótesis el paciente no puede sacársela hasta después de 24 0 48 horas, el odontólogo decidirá q tiempo tendrá que mantener la prótesis en la cavidad oral dependiendo de la cirugía que se le ha realizado.

Se citara al paciente cada uno o dos días para realizarle la respectiva asepsia tanto de la cavidad oral como de la prótesis dental.

Mantener un control exhaustivo después de la cirugía para evitar cualquier infección o si es posible una hemorragia que pueda ser la principal causa del fracaso de la técnica y tratamiento utilizado.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Atlas de cirugía oral, exodoncias seriada, primera edición. Pág. 62-69 primera edición 1997.
2. Cirugía oral, exodoncias múltiples y alveoloplastia, Guillermo Raspall, pág. 92-93, editorial médica panamericana.
3. Cirugía bucal, extracción múltiple, y colocación de prótesis, Cosme Gay Escola, primera edición 1999.
4. Cirugía bucal, Dr. Kleber Lalama González, pág. # 141-142.
5. Cirugía buco maxilofacial. Laskin, 1re reimpresión año 1987.
6. Cirugía buco maxilofacial, Gustavo Kruger, quinta edición, editorial medica panamericana, pág. #108-109.
7. Cirugía buco maxilofacial. Kruger, 6ta reimpresión año 2000. Quinta edición, editorial médica panamericana,
8. Cirugía bucal con patologías clínicas y terapéuticas, Guillermo Aries Centeno, séptima edición, editorial librería el Ateno.
9. Cirugía bucal patología y técnicas, Manuel Donado, segunda edición, pág.# 199-206
10. Cirugía bucal. Ríes Centeno, 6ta edición.
11. Cirugía maxilofacial ambulatoria en pacientes con riesgo hemostático Dr. José M. Díaz Fernández¹ y Dr. Ricardo Pérez Arredondo²
12. Cirugía preprotésica.
www.slideshare.net/andreab1301/cirugia-preprotesica
14. Cirugía Pre Protésica Final
www.slideshare.net/abnerutria/cirugia-pre-protesica-final

15.Exodoncias múltiples - Cirugía Maxilofacial - Odontología
www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.html
Autor Dr. Gustavo Martínez - Jefe del Servicio de Odontología del Hospital

16.Manual de prótesis parcial
biblioteca.umg.edu.gt/digital/45668.pdf

17.Tratado de cirugía oral y maxilofacial, principios de la técnica quirúrgica, Federico G. Klinkerl, editorial médica, pág. # 70-82.

ANEXOS



ANEXO # 1 Preparación quirúrgica.

FUENTE: www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.

AUTORES: Dr. Gustavo Martínez - Dr. Luis Parnisari

AÑO: 2009



ANEXO # 2. Presentacion del caso.

FUENTE. www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.

AUTORES: Dr. Gustavo Martínez - Dr. Luis Parnisari

AÑO: 2009



ANEXO # 3 Desprendimiento muco periostio.

FUENTE. www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.

AUTORES: Dr. Gustavo Martínez - Dr. Luis Parnisari

AÑO: 2009



ANEXO # 4 extraccion propiamente dicha.

FUENTE. www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.

AUTORES: Dr. Gustavo Martínez - Dr. Luis Parnisari

AÑO: 2009



ANEXO # 5 sutura.

FUENTE. www.odontologia-online.com/verarticulo/Exodoncias_multiples.

AUTORES: Dr. Gustavo Martínez - Dr. Luis Parnisari

AÑO: 2009



ANEXO # 6 colocacion de la protesis inmediata.

FUENTE www.slideshare.net/abnerutria/cirugia-pre-protetica-final

AUTORES: Dr. Luis Parnisari

AÑO: 2009

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

I. 10

NOMBRES: 0926259946 PERERO MAGALLAN MARCELA MARIANA

FACULTAD: 1002

10/05/2010 10:21:39

americano CON DIEZ
tentavos
10/05/2010

Guayaquil, 7 de Marzo del 2012

Doctor.
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **Marcela Mariana Perero Magallan** con numero de C.I. **0926259946**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 6**; de la carrera de Odontología, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del titulo de Odontólogo, en la materia de **CIRUGIA**.

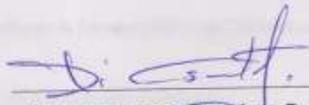
Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,


Marcela Mariana Perero Magallan
C.I. 0926259946

*Jan 27/12
Per*

Se le ha designado al Dr. (a) Alex Robt para que colabore en su trabajo de graduación.


Dr. Washington Escudero D.
DECANO

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

1.20

ESPECIE VALORADA
NOMBRES: PERERO MAGALLAN MARCELA MARIANA
SERIE T-10

PERERO MAGALLAN MARCELA MARIANA

Cólar Americano ODN
MONTE Centevra
E.Tel. 09-50-300-000

FACULTAD: 1002

21/05/2012 09:56:16

Guayaquil 23 de Mayo del 2012

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Perero Magallan Marcela Mariana** con C.I. N° **0926259946** Alumna de Quinto Año Paralelo N° 6 período lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"TÉCNICAS DE EXTRACCIONES MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA PREVIO A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS INMEDIATA."

Objetivo General:

Establecer que técnica de las extracciones múltiples es la más adecuada previo a la colocación de la prótesis inmediata.

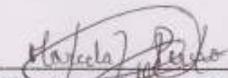
Justificación:

La importancia de realizar este trabajo de investigación es con el propósito de dar a conocer a los compañeros y futuros odontólogos las diferentes técnicas que se utilizan para realizar extracción múltiple con alveoloplastia previo a la colocación de prótesis inmediata. Debido a que existe un gran porcentaje de pacientes que llegan a la Facultad Piloto De Odontología buscando una atención médica en estos casos, esto ha motivado a realizar una investigación para obtener mayor conocimiento y darle al paciente una solución a su problema dental.

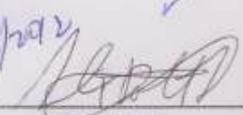
Se quiere realizar una investigación que de un resultado beneficioso para el paciente ya que después de la cirugía realizada y de la colocación de la prótesis provisional, se espera un tiempo de 4 a 6 meses para la colocación de la prótesis definitiva ya que en el lapso de este tiempo se dará un proceso de cicatrización y de reparación del hueso que permitirá rehabilitar al paciente de una forma adecuada.

Esta investigación se va a dar a cabo en la Facultad Piloto de Odontología en el área de las clínicas de cirugía en el período 2011 – 2012

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud


Perero Magallan Marcela Mariana
C.I. 0926259946

*Recibido
mayo 30/2012*


Dr. Alex Polit
TUTOR ACADEMICO