

PLASTIA POR SUSTRACCIÓN DE TEJIDOS DUROS¹ (Cirugía Oral)

ANTELO, RICARDO; BUSTAMANTE, HIPATI; CABALLERO, KELLY; CABRERA, DANIELA; CALVO, MARÍA C.²;
FLORES, RICARDO³

RESUMEN

Se aborda una de las patologías más frecuentes que se atienden en cirugía bucal desde el punto de la metodología del diagnóstico y la intervención quirúrgica recomendada con el fin de identificar los procedimientos más usuales y las complicaciones. Este trabajo, realizado por alumnos de Odontología de la asignatura Cirugía Bucal II, se presenta para la evaluación teórico-práctica bajo la guía de un tutor.

ABSTRACT

It addresses the most common diseases are addressed in oral surgery from the point of the methodology of diagnostic and recommended surgery to identify the most common procedures and complications. This work, performed by students of Dentistry, Oral Surgery II course is presented for evaluation theory and practice under the guidance of a tutor.

PALABRAS CLAVE: Cirugía. Oral

KEYWORDS: Surgery; oral

INTRODUCCION

La Cirugía Oral es la especialidad médica odontológica (estomatológica) encargada del diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías bucales.

Clasificación:

Sustracción: tejidos blandos y tejidos duros

Adición: tejidos duros

PLASTIA POR SUSTRACCIÓN DE TEJIDOS DUROS

Exodoncias y alveoloplastias

En el proceso de realizar exodoncias múltiples, se realiza una Alveoloplastia, que es hacer una remodelación de los procesos alveolares para conseguir más uniformidad de ellos y que la prótesis tenga mejor adaptación.

La alveoloplastia debe ser respetuosa con el hueso, hay que eliminar lo menos posible, ya que de por sí la remodelación natural de las heridas lleva a una disminución espontánea de hueso alveolar. Debemos eliminar todas las formas óseas puntiagudas y dejar los procesos alveolares lo más redondeados posibles, conservando su morfología inicial.

Las contraindicaciones son: alteraciones del paciente tipo diabetes, debido a la mala cicatrización, enfermedades sanguíneas y hepáticas, y alteraciones cardíacas.

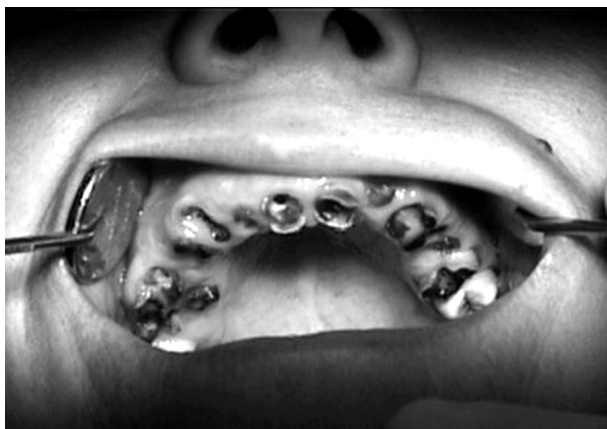
Fundamento de la técnica

El conservadurismo debe ser la guía principal, en esto coinciden todos los autores si bien unos resecan más hueso que otros. Se realiza un mínimo de elevación de encía adherida, de manera que se exponga un mínimo de hueso adyacente. La amplia retracción de los tejidos aumenta la reabsorción ósea y oblitera los surcos.

¹ Trabajo de práctica en Clínica Odontológica

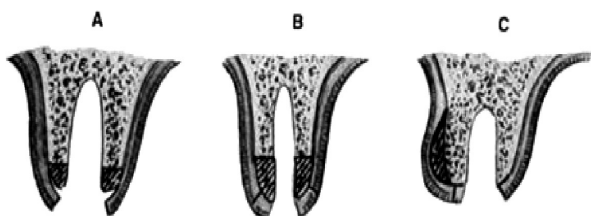
² Estudiantes de Clínica Odontológica UCEBOL

³ Docente Asesor



Siempre hay que tener presente que en algún momento la persona puede decidir colocarse una prótesis. Por lo tanto hasta en las exodoncias simples, hay que practicar una alveoloplastia, con presión digital de las corticales. En aquellos dientes que por no tener ningún elemento adyacente debe reducirse el collar de hueso en el momento de la extracción, para ir conformando un reborde en forma de U (Figura 1)

Figura 1.-



Planificación de la cirugía

Se deberá tener en cuenta que en estas prácticas debe haber un odontólogo y un ayudante como mínimo, hasta un verdadero equipo quirúrgico. Tomar las medidas universales en lo que respecta a normas de bioseguridad y antisepsia.

De ahora en más, consideraremos como exodoncias múltiples a aquellas que abarcan por lo menos a un sector completo de la boca.

Hay que planificar de antemano todo el acto quirúrgico, entendiéndose por esto:

- tiempo (no dar turnos en ese tiempo).
- historia clínica única (medicación preoperatoria).
- armado de la mesa quirúrgica (Foto 2).
- preparación del paciente, antisepsia intraoral, campo estéril, antisepsia de la zona peri-bucal.
- preparación del equipo quirúrgico (cirujano, ayudante, etc.).

Técnica Quirúrgica

Anestesia

Se recomienda anestesia local o regional dependiendo de la zona a intervenir, utilizándose una dosis mínima que da como

resultado una anestesia eficaz. Debiendo tener en cuenta que la dosis tóxica es de 7 anestubos en el adulto (70 – 80 kg).

Incisión

Se comienza con la sindesmotomía de los elementos, desde distal hacia mesial, realizando el decolado de las papilas interdientales, que puede ir acompañado de verdaderas incisiones de descarga verticales de modo de favorecer una adecuada exposición y visualización de la zona, y prevenir desgarros de la mucosa (Foto 3).



Foto 3

Levantamiento del colgajo

Con una legra se despega el colgajo bucal hasta la zona proyectada para la osteotomía, en lingual o palatino se realiza un pequeño colgajo.

Exodoncia

Se practican las extracciones dentarias según la técnica que corresponda a cada diente (Foto 4).



Foto 4

Alveoloplastia

La eliminación extensa produjo mejores resultados a corto plazo, pero después se observó una reabsorción mucho más rápida, razón por la cual nos manejamos con una técnica más conservadora.

Consiste en la reducción de las porciones agudizadas o elongadas de las apófisis alveolares y la eliminación de las áreas socavadas o prominencias, esto se realizará con pinza gubia; seguidamente se lima la zona ósea.

Con el dedo se investigan crestas y bordes, se puede bajar el colgajo y comprobar la regularidad de los rebordes, de ser necesario se realizarán las correcciones correspondientes.

Curetaje

Realizamos el curetaje del fondo de los alvéolos, retiramos restos de quistes y granulomas, lavado profuso de la zona con solución fisiológica, reposicionamos el colgajo en función de lo cual realizará el corte con tijeras para encía de puntas o papilas del colgajo que puedan interferir en la cicatrización, nuevamente se realizara un lavado.

Sutura

En caso de haber realizado incisiones compensadoras, los primeros puntos tendrán por finalidad reposicionar el colgajo, utilizando punto simple.

Luego realizamos sutura continua, preferentemente la festoneada, la cual ofrece como ventajas la reducción de cantidad de nudos, el paciente siente menos molestias, facilita la higiene bucal y su posterior remoción es más simple (Figura 2 y Foto 5).



Foto 5

Cuidados post operatorios

Se debe impartir las mismas indicaciones que para una exodoncia simple, incluyendo hielo o frío en la zona, analgesia preferentemente AINE, y de ser necesario antibióticoterapia.

Se retira la sutura a los 7 días, previo un buche con antiséptico local (clorexidine al 2 % durante un minuto).

Torus palatino y mandibular

Torus Palatino (TP)

Son lesiones óseas que se producen por reacción del hueso en respuesta a la tensión de la masticación, bruxismo o como patrón hereditario, es frecuente después de los 30 años de edad, sin predilección por sexo.

El TP es una protuberancia ósea de crecimiento lento que aparece en la línea media del paladar duro.

Etiopatogenia

Su causa es desconocida aunque se menciona como posible un factor genético recesivo, también se atribuye a alteraciones funcionales agresivas. No es un crecimiento neoplásico.

Características clínicas

Aparece como una excrescencia o protuberancia ósea de distintos tamaños o formas. Es asintomático, normocoloreado o blanquecino. Aparece entre la adolescencia y los treinta años aproximadamente. Afecta más a las mujeres.

Se impone exéresis quirúrgica cuando se traumatiza con la masticación de los alimentos, sufre ulceraciones, impide el habla o la masticación o el asentamiento de una prótesis.

Diagnóstico Diferencial:

Abscesos palatinos.

Tumores de glándulas salivales.

Linfomas.

Tratamiento:

No está indicado el tratamiento quirúrgico en caso de interferencias por prótesis o por traumas.

Torus Mandibular (TM).

El TM aparece como una excrescencia o protuberancia en la cara lingual mandibular adoptando diferentes formas. En más de 80% de los pacientes su aparición es bilateral, se puede observar claramente en una vista oclusal. La etiología y las características clínicas son semejantes a las del TP aunque su incidencia es menor

Características Clínicas:

Son excrescencias óseas sésiles de forma nodular solitaria o múltiples, localizadas en la región lingual del cuerpo del maxilar inferior, a nivel de los premolares, recubierto por una mucosa lisa, brillante y de igual color al resto de la boca. Asintomático.

Diagnóstico Diferencial:

Exostosis óseas.

Osteítis Deformante.

Osteomas

Tratamiento:

No se requiere, a menos que interfiera con la instalación de una prótesis, por traumas o por infecciones, se requiere de la eliminación quirúrgica.



Tuberosidad del maxilar

Intervención quirúrgica que se realiza para la regularización del reborde alveolar con el fin de conseguir simetría para la colocación de la prótesis.

En algunos casos no es necesaria la intervención quirúrgica, ya que esta ayudaría a la retención de la prótesis.

Técnica quirúrgica

- Obtención de modelo de estudio
- Diseño de la técnica quirúrgica
- Incisión angular
- Eliminación de tejido óseo (pinza gubia, fresas redondas grandes)
- Lavado de la superficie con agua oxigenada
- Reposición del colgajo
- Plastia del tejido blando excedente

Síntesis

- Fármaco terapia

Profundización del nervio mentoniano

Al realizar exodoncias de los premolares inferior del reborde alveolar se reabsorbe, dejando como consecuencia al agujero mentoniano demasiado cerca del plano oclusal.

Al colocar la respectiva prótesis se producirá la compresión del paquete vasculonervioso emergente de este agujero produciendo una parestesia del labio inferior.

Tratamiento

Reubicación del agujero mentoniano

PLASTIAS POR ADICION DE TEJIDOS DUROS

- Injertos óseos implantes
- Aspectos importantes en relación a los materiales usados:
 - Biocompatibilidad con las estructuras dentales
 - Consistencia firme e indeformable
 - No reabsorbible
 - Fácil manipulación y colocación

Tipos de materiales:

- Homólogos: material que proviene del propio paciente (cresta iliaca, costillas, sínfisis mentoniana).
- Heterólogo: proviene de otra especie (hueso bovino- hueso iofilizado).
- Aloplástico: hidroxiapatita (reabsorbible o no reabsorbible), colágeno, mallas de titanio
- Posibles complicaciones:
 - Lesión de estructuras anatómicas
 - Injertos óseos

Implantes



Antes



Después