

CIRUGÍA ORAL¹

Antelo, Ricardo; Bustamante, Hipati; Caballero, Kelly; Cabrera, Daniela; Calvo, María C.²; Flores, Ricardo³

RESUMEN

Se abordan 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.

PALABRAS CLAVES: Cirugía Oral

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.

Keys words: Surgery. Oral

1. INTRODUCCION

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

Cirugía Plástica.-

Especialidad dedicada al estudio y tratamiento quirúrgico de las alteraciones hereditarias o adquiridas de la fisonomía externa del cuerpo humano. También abarca la cirugía estética y la reparadora.

Plastia de cavidad bucal.-

Las cirugías bucales tienen un propósito futuro, las plastías en cavidad bucal se realizan con el objetivo de regularizar tanto tejidos blandos como tejidos duros de los maxilares, con futuros fines protésicos.

Cirugía preprotésica.-

Tiene por objeto la regularización del reborde residual para la colocación de una futura prótesis.

2. OBJETIVOS

- Eliminar la enfermedad tanto del reborde alveolar como de los tejidos blandos
- Crear tejidos de soporte adecuado, nos interesa no sólo la cantidad sino la calidad de tejido óseo
- Mantener y mejorar la función
- Conservar y promover la estética
- Procurar la estabilidad y adaptabilidad psicológica

Condiciones para crear tejidos de soporte adecuado:

- Ausencia de patología intra y extra bucales
- Relación máxilo mandibular
- Altura y anchura adecuada de la apófisis alveolar
- Profundidad adecuada de los surcos vestibular y lingual

1 Trabajo de práctica en Clínica Odontológica

2 Estudiantes de Clínica Odontológica UCEBOL

3 Docente Asesor

Evaluación del paciente:

- Relación de dientes remanentes.
- Calidad y cantidad de hueso y fibromucosa.
- Localización de las inserciones musculares.
- Profundidad de los rebordes.
- Maxilares: Maxilar superior (forma de la arcada, simetría, tuberosidad, protuberancia, exóstosis y paladar).
- Maxilar inferior (forma de la arcada, apófisis, líneas oblicuas, agujero mentoniano, inserciones de los frenillos).

Clasificación:

- Sustracción: tejidos blandos y tejidos duros.
- Adición: tejidos duros.

3. PLASTIA POR SUSTRACCIÓN DE TEJIDO BLANDO

3.1 Frenillo

Frenillo labial superior.

Existen 3 Frenillos: **Labial Superior, Labial Inferior y Lingual.**

Los frenillos pueden tener una estructura fibrosa, fibromuscular o muscular.

Los frenillos labiales y linguales a menudo se pasan por alto en el examen de diagnóstico. Sin embargo los frenillos pueden causar ciertas anomalías o tipos de patología que son básicamente:

- Problemas ortodóncico- ortopédico.
- Problemas protésicos.
- Alteraciones fonéticas.
- Patologías periodontales.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en datos clínicos ya expuestos. Debemos realizar también un examen radiológico con el fin de destacar la presencia, de un mesiodens y para valorar las características del hueso del diastema medial, para lo cual recomendamos efectuar una ortopantografía y una radiografía periapical de los incisivos centrales superiores.

Técnicas Quirúrgicas

- Frenectomía
- Frenectomía o reposición apical del frenillo
- Z-plastia
- Cirugía fibrosa
- Cirugía ósea
- Frenectomía con Láser de alta potencia o Quirúrgico

Tratamiento

Cuando por la existencia de uno o varios signos clínicos se indica la cirugía, deberá valorarse ante todo la edad del pacien-

te, en especial cuando la indicación se deba a la existencia de un diastema interincisal.

La cirugía eliminará el frenillo, pero la ortodoncia cerrará el diastema. La cirugía del frenillo no debe hacerse antes de que irrumpen los caninos permanentes.

3.2 Frenectomía:

La frenectomía labial se hace bajo anestesia local infiltrativa procurando no distender demasiado la zona con el fin de no alterar las relaciones anatómicas. Consiste en la extirpación completa del frenillo que puede efectuarse mediante la cirugía simple o romboidal.

3.2.1 Cirugía simple:

Efectuando únicamente la sección o corte del frenillo con tijeras o bisturí y posterior sutura, no es una técnica recomendada, la cicatriz queda en la misma dirección del frenillo y no se consigue alargar el labio superior.

3.2.2 Cirugía romboidal o en diamante:

Se realiza en dos etapas. Primero se cortan las inserciones del frenillo en el labio superior y en la encía vestibular y después se retira la porción intermedia del frenillo y las fibras transalveolares. El labio superior se extiende para ver bien el frenillo y después se colocan dos pinzas hemostáticas, una pegada al labio y otra a la encía adherida. Se cortan las inserciones al labio y a la encía con tijeras o con bisturí por fuera de las pinzas mosquito. Una vez retiradas las pinzas hemostáticas con la sección triangular del frenillo, nos quedará una herida romboidal.

La frenectomía mediante la cirugía romboidal es una buena técnica, pero tiene dos inconvenientes importantes: deja la cicatriz en la misma dirección del frenillo y no se consigue alargar el labio superior (Ver figuras 1, 2, 3 y 4).



Figura 1



Figura 2

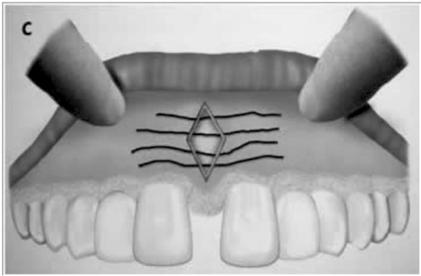


Figura 3

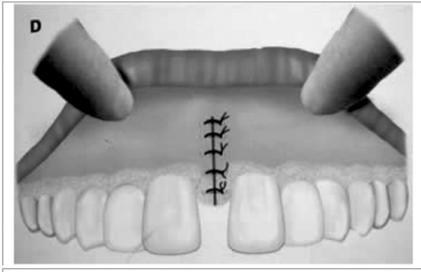


Figura 4

3.3. Frenectomía o reposición apical del frenillo

Esta técnica se basa en la plastía V-Y, es decir en hacer una incisión en forma de V a través de la mucosa hasta el periostio a ambos lados del frenillo, con la reposición apical de este. Al suturar queda una herida en forma de Y. La frenectomía es una técnica que no recomendamos ya que no consigue eliminar el frenillo labial, sino que lo traslada al fondo de saco.

3.4. Z-Plastia

La Z-Plastia es, según nuestro criterio, la técnica de elección para la cirugía del frenillo labial superior, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial y además conseguimos alargar el labio superior.

Levantamos el labio para tener tenso el frenillo y hacemos una incisión vertical en el centro de su eje mayor. Con incisiones laterales paralelas que formarán un ángulo de 60° con la incisión central, puesto que de esta forma se consigue alargar el labio un 75%.

La incisión inferior debe alejarse de la encía adherida. Se levantan dos colgajos con bisturí o con tijeras de disección de punta roma que serán transpuestos. Antes de proceder a la sutura de los colgajos disecados deberemos eliminar todas las inserciones musculares con un periostotomo de freer pero sin lesionar el periostio.

3.5. Cirugía Fibrosa

Consiste en la exéresis en cuña de la encía adherida y las fibras transeptales situadas entre los incisivos centrales superiores, que se extenderá hacia la papila palatina. Al retirar este tejido interincisal debe tenerse la precaución de preservar la encía cervical mesial de los incisivos centrales con el fin de mantener el contorno gingival.

Las incisiones se hacen hasta el hueso, para asegurarnos

la eliminación de las fibras transalveolares o transeptales. La herida en la encía insertada no podrá suturarse de forma adecuada, sino que tendrá que curar por segunda intención. Podrá colocarse un apósito quirúrgico que retiraremos a los 4-7 días.

3.6. Cirugía Ósea

En los casos de que exista un espesor óseo importante entre los incisivos centrales superiores recomendamos efectuar una ostectomía interincisiva para disminuir el hueso que ocupa el diastema.

La ostectomía en cuña se realiza con un escoplo de media caña o con pieza de mano con fresa redonda del número 6 de carburo de tungsteno. Al efectuar esta maniobra debe vigilarse la situación del conducto nasopalatino con el fin de no lesionar las estructuras vasculares y nerviosas que discurren en su interior.

3.7. Frenillo Labial Inferior

Es un repliegue de la mucosa bucal. La hipertrofia o inserción anormal del frenillo labial inferior es menos frecuente que el frenillo labial superior.

Signos clínicos

El frenillo lingual origina básicamente dos problemas:

- La fijación de la lengua al suelo de la boca.
- Diastema interincisivo inferior.

Tratamiento Quirúrgico

El frenillo lingual se puede tratar de la misma manera que el labial superior, es decir con escisión total, Z-plastia, o median-te plastia V-Y. La técnica recomendada en estos casos es la frenectomía o exéresis completa (romboidal) del frenillo.

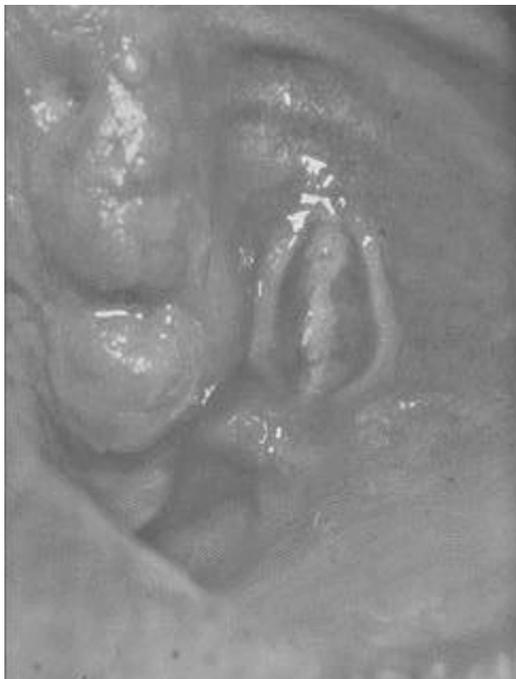
Secuencia Quirúrgica

- Anestesia tópica
- Anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo y en todo su recorrido
- Preparación de la zona operatoria
- Se eleva la lengua gracias a un punto de sutura de tracción en la punta lingual.
- Incisión y disección
- Se realiza una incisión transversal a través de la mucosa con bisturí con hoja # 15 o del # 11 o con tijeras de disección aproximadamente en el centro del frenillo lingual.

3.8. Hiperplasias

3.8.1. Hiperplasia del surco vestibular

Una prótesis mal encuadrada puede causar trauma crónico al área de soporte de la prótesis y puede producir hiperplasia (epulis fisurada).



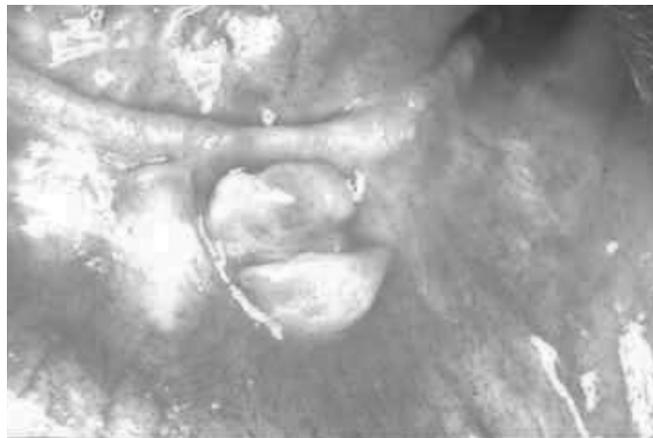
- Ocurre en el 5-10% de la población que usa prótesis.
- Es más común en las mujeres.
- Se desarrolla usualmente en la periferia vestibular o bucal de una prótesis.
- La incidencia aumenta con la edad.
- Es más común cuando una prótesis posee antagonista de dientes naturales.
- Las áreas pequeñas son asintomáticas.
- Grandes áreas pueden ulcerarse e infectarse, lo que produce inflamación y dolor.

3.8.2 Tratamiento no-quirúrgico:

- Efectividad limitada.
- Remoción de la prótesis.
- Prótesis aliviada sobre el área y colocación de acondicionador de tejido.
- Permite la eliminación de la infección e inflamación previa a la remoción quirúrgica.

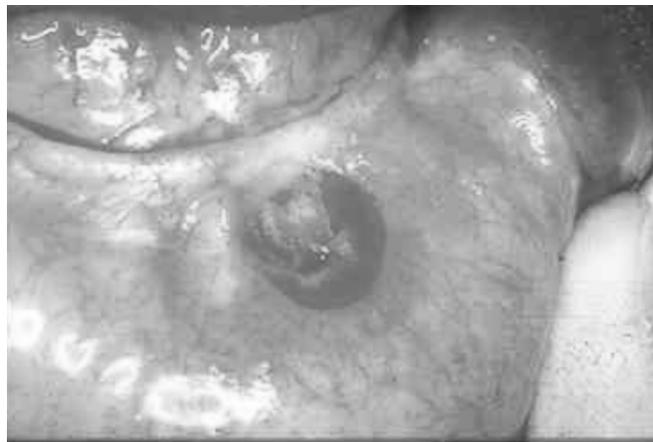
3.8.3 Tratamiento quirúrgico:

La evaluación del tipo de cirugía es dependiente si el tejido en exceso puede ser removido sin debilitar la profundidad de surco y el área de soporte de la prótesis. El tejido hiperplástico que descansa en la mucosa adherida puede cortarse y dejarse a granular, como se puede hacer con las áreas pequeñas de tejido limitado a la mucosa móvil de las mejillas.



Técnica:

1. Infiltración de anestesia local con contenido vasoconstrictor en la base del tejido hiperplástico.
2. El tejido de exceso es tomado usando una sutura de tracción puesta a un borde y se remueve usando tijeras o bisturí. Se debe tener cuidado al erradicar el tejido de retener el músculo subyacente y periostio.
3. Una pequeña herida abierta en la mucosa ubicada en el tejido móvil de la mejilla puede ser socavada y cerrada.
4. Una herida más ancha de mucosa adherida se deja a granular. La prótesis puede ser realineada con una preparación periodontal o gutta percha para proteger el área y reducir la contracción de la herida.



Extensas áreas de tejido hiperplástico provocan la pérdida inevitable de profundidad del surco después de una excisión simple.



Los métodos siguientes están disponibles para el tratamiento:

1. Excisión quirúrgica del tejido y reparación del defecto que usa un injerto de piel o mucosa autógena libre o membranas de colágeno.



- Para mantener profundidad del surco el área tratada es reparada usando un injerto de piel o, si el área es pequeña, un injerto mucoso.
- La técnica permite llevar un cabo una surcoplastia si es necesario.
- El injerto es dejado en contacto con el área tratada usando una placa apoyada en la prótesis del paciente o a una tablilla quirúrgica. La placa también ayuda a mantener la profundidad y el ancho del surco en el período postoperatorio inmediato.
- La placa o tablilla quirúrgica es removida luego de 7-10 días.



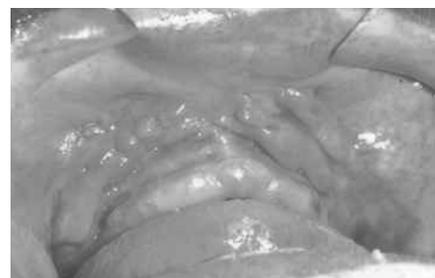
La placa o tablilla quirúrgica es removida luego de 7-10 días.

2. La destrucción del crecimiento por crio-cirugía.

- Técnica no invasiva con pequeña molestia para el paciente.
- La característica visible es la hinchazón postoperatoria de los tejidos circundantes.
- La profundidad de destrucción del tejido es limitada; sin embargo, el tejido residual puede ser recongelado.
- Pueden ser necesarias varias visitas para completar el tratamiento de áreas extensas.
- La crio-herida sana con pequeña pérdida de profundidad del surco si la prótesis es rebasada para cubrir el defecto.

3. Excisión con láser de dióxido de carbono y vaporización de la base.

- La destrucción del tejido es cumplida convirtiendo al fluido intra y extracelular en vapor y rompiendo la arquitectura de las células.
- Un rayo guía (láser halógeno de bajo poder) es activado cuando el rayo de dióxido de carbono está apagado. Este muestra al cirujano donde el rayo de dióxido de carbono golpeará en los tejidos cuando sea encendido.
- Áreas extensas de los tejidos hiperplásticos pueden ser destruidas precisa y rápidamente sin pérdida de profundidad del surco.



El poder del rayo laser se reduce exponencialmente con el incremento en la distancia del punto focal. Sin embargo, los tejidos circundantes todavía deben protegerse con gasas húmedas y telas ya que el laser se disipa a través del agua.



Debe evitarse el uso de instrumentos de metal brillantes, planos, para prevenir que la reflexión del instrumento se convierta en un rayo enfocado.

- El paciente debe permanecer inmóvil mientras el tratamiento del láser es llevado a cabo. Por consiguiente el tratamiento se lleva a cabo mejor bajo anestesia general.
- Cuando se usa laser se debe adherir a un protocolo de seguridad estricto.

3.9. Hiperplasia papilar

3.9.1. Hiperplasia papilar inflamatoria

Etiología:

Prótesis mal ajustada, presencia de placa bacteriana subprotésica rica en *Cándida Albicans*, mala higiene protésica, uso continuo de prótesis (24 hrs).

Características clínicas

- Se presenta en pacientes portadores de prótesis. Raramente se puede presentar en respiradores bucales o pacientes con bóveda palatina alta.
- Aumento de volumen en forma de múltiples proyecciones papilares.
- Aspecto verrugoso, "aframbuesado".
- Color generalmente rojo o rosado.
- Pueden ulcerarse y sangrar.
- Consistencia blanda o firme según tiempo de evolución.

Histología:

Fibroplasia en forma papilar con infiltrado inflamatorio crónico. Epitelio plano pluriestratificado hiperplásico a veces pseudoepteliomatoso. Eventualmente pueden observarse glándulas salivales menores con sialoadenitis esclerosante.

Tratamiento:

- Estabilizar la prótesis o confeccionar nuevas prótesis.
- Reforzar o enseñar hábitos de higiene.
- Uso de antifúngicos tópicos o sistémicos.
- Tratamiento quirúrgico.
- Retirar prótesis durante las noches.

3.10. Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad y del paladar

3.10.1. Hiperplasia de las tuberosidades

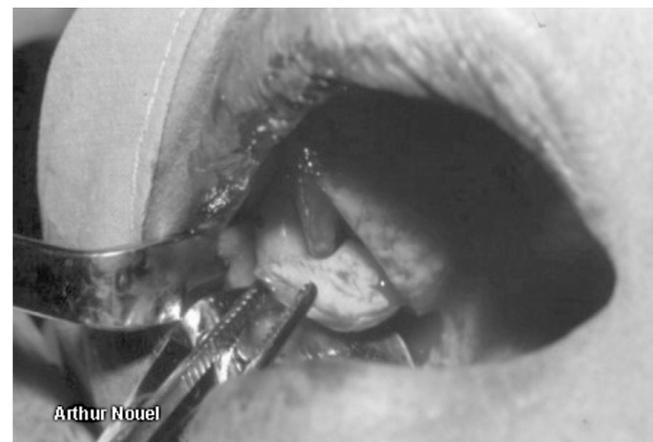
Según algunos autores es un tipo de fibromatosis localizado. Otros lo describen como lesión distinta. Aumento de volumen fibroso y simétrico de las tuberosidades.

Tratamiento: Solo si produce molestias, como por ejemplo para la confección de prótesis se realiza cirugía, también por retención de alimentos.

Cirugía hiperplasia fibrosa bilateral de tuberosidad



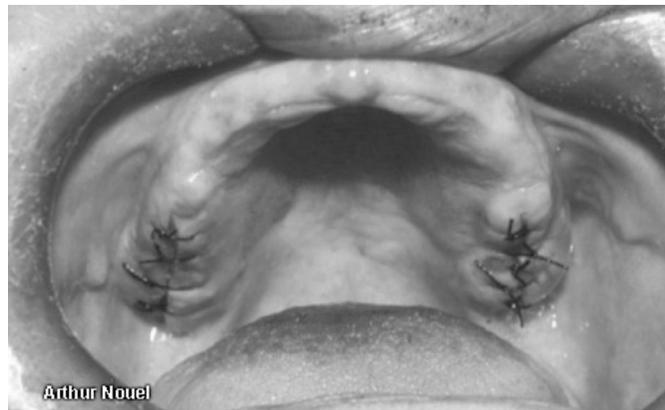
Incisión en forma de tajada con bisturí #11



Retiro del tejido fibroso con una pinza de disección



Disección del tejido fibroso remanente de los colgajos laterales



Post-operatorio inmediato



Sutura con hilo de seda 3-0



Hiperplasia del lado izquierdo, se realiza la misma cirugía

3.11. Inserciones musculares

3.11.1. Inserciones musculares

Las pérdidas de piezas en edades tempranas o en forma cruenta traen aparejada la pérdida de altura ósea, con la consecuente cercanía de las inserciones musculares y de frenillos en la cresta alveolar. Los músculos milohioideos, buccinador, mentoniano y genioglosos son los que mayores dificultades pueden producir ya que su inserción tiende a movilizar la prótesis de su lugar. La cirugía consiste en la reubicación de las inserciones de los mismos, con lo cual también queda librada mayor superficie ósea para el asiento de la prótesis.

Vestíbulo plastia

También llamado regularización del surco vestibular, se realiza en caso de épulis figurado o fibroma de surco.

Técnica quirúrgica

- Puntos de orientación
- Incisión por encima de los hilos
- Sustracción del tejido blando excedente
- Síntesis (puntos de orientación)
- Gasa yodoformada

Epulis fisurado

El épulis fisurado representa una masa hiperplásica de la mucosa, generalmente en el vestíbulo de la boca, proliferando como una reacción a la irritación mecánica de largo plazo de una prótesis dental mucosoportada mal adaptada.

