



Gonzalo Narea

Cirugía Preprotética

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Gonzalo Narea

Cirugía Preprotética

Clase de Cirugía Dr. Victor Tirreau

4 de Julio 2001

La cirugía preprotética para fines prácticos la dividiremos en 4 temas :

- a. Cirugía tejidos blandos
- b. Cirugía tejidos duros
- c. Aumento de rebordes reales – *relativos*
- d. Implantes

La cirugía Preprotética se refiere a toda aquellas maniobras tendientes a mejorar la boca de un paciente para la realización de una prótesis dentaria o bien en el mejor de los casos un implante. Otra cosa importante es que la cirugía Preprotética hay que entenderla dentro de un contexto de un tratamiento largo de prótesis removible en que esta cirugía es solo una parte de toda maniobra a realizar. .

La cirugía Preprotética se realiza en pacientes de avanzada edad , por lo que debemos dedicar un par de sesiones a explicar el proceso , hablar lento y fuerte y, ojalá , muy didácticamente para que nuestro paciente entienda.

Como cirujano , el protesista le pide que le devuelva un paciente con una boca en perfectas condiciones para el asentamiento y diseño de una prótesis; arcos suaves y redondeados , mucosas sanas sin hiperplasias ni enrojecimientos ,ni sangrantes. Esto puede sonar demasiado ideal puesto que nosotros no consideramos que nuestro paciente llego hasta este estado por caries o paradenciopatías en el mayor de los casos y por lo mismo no podemos encontrar algo muy bueno , estas patologías hacen perder harto hueso y dejar la mucosa no muy perfecta .

En el tema de hoy hablaremos sobre conceptos tales como la conservación de el remanente biológico . Hace 10 años aprox se le pedía al cirujano que extraía los dientes una regularización de los rebordes y para ello se hacían colgajos amplios y se eliminaban las tablas y así estéticamente quedaban unos rebordes muy bonitos para el rehabilitador , con estudios de largo plazo y radiografías se midió y determinó que cuando la regularización era exagerada este reborde a los 2 o 3 años le ocurría una perdida total del mismo , esto afectando principalmente el maxilar superior siendo la rehabilitacion con los medios actuales muy difícil de lograr . Hoy en día lo que debemos hacer es no regularizar el reborde , si quedara alguna espícula , por ejemplo al hacer la exodoncia de piezas como el canino superior ,que tiene una gran eminencia hacia el hueso vestibular (eminencia canina), lo que debemos hacer es dejarla y que el organismo se encargue de reparar , trabajo que demorará unos 2 o 3 meses , pero si persiste el dolor nosotros damos a los amigos colegas algunos datos.

Otro concepto se refiere a una acción que se realizaba que consistía en apretar las tablas (la cortical) y con ello se dejaba expuesto el diploe o hueso esponjoso , esto del punto de vista práctico

dejaba rebordes planitos , pero nos pasaría lo mismo del caso anterior , el diploe es muy reabsorbible y por lo mismo hay que hacer que quede uno corticalizado lo mas intacto posible o si no pierde altura y espesor.

La patología protésica se encarga básicamente de tres cosas

1. tejidos blandos
2. tejidos duros
3. atrofiás alveolares

Las atrofiás alveolares no las veremos pero les digo que antiguamente se utilizaban injertos de costilla o de cresta ilíaca para hacer un aumento de reborde real o uno relativo mediante la profundización de vestibulo , ahora con la implantología esto es menos agresivo.

Para los tejidos blandos a modo de visión general , hoy se eliminan frenillos , bridas , hiperplasias de paladar , rebordes hiper móviles que hacen inestable la prótesis .

Los aumentos de reborde reales o relativos se llaman vestibuloplastías si involucra el vestibulo .Para aumentos reales se ocupaba hueso o hidroxiapatita , cosas que ya no , que quede claro que no se utiliza en los casos que necesiten aumento en altura .

Hoy en día la primera maniobra Preprotética propiamente tal es la exodoncia , al realizarla se deja un alvéolo vacío y la calidad del alveolo de este va a estar en relación a la patología que afectó a la pieza .Con la visión implantológica hoy en día ,hay gente que realizada la exodoncia hacen el implante al tiro , y otros sacan el diente con un elevador Schulte que es uno fino y delgado , luego un colgajo la sutura y posterior relleno con un injerto , para no perder cortical altura.

Antiguamente se realizaba la exodoncia a colgajo y en piezas multirradiculares se cortaba el septum hoy ya no se hace ya que este facilita la mantención de la altura del reborde.

La fractura en tallo verde , era una técnica en la que se eliminaba la tabla con una fresa desde adentro hacia afuera , hasta llegar casi a periostio , luego la apretábamos y quedaban zonas óseas unidas a periostio , sin colgajo , luego, quedaban unos rebordes muy pequeños , de puntas delgadas que incluso para un implante resultaba a veces complicado , para un *implante la altura mínima Ideal son 10 mm..*

Hace unos 15 años se exigía el apriete de las tablas finalizado el proceso de exodoncia , la que se hacia inclusive con fórceps , de esta manera se veía que sangraba menos , con los adelantos de la implantología se ha desechado esto , puedes colocarle un punto y/o algún hemostático.

En la facultad se hacen implantes gratis , y de seguir así el ritmo podrán estar muy pronto al alcance de cualquier bolsillo.

En general el maxilar para protesis removible es de fácil tratamiento , pero cuando tenemos el siguiente cuadro se nos complica. El Síndrome de Kelly es una patología causada por la remanencia del grupo 5 , el que en funcionamiento y *antagonizando con prótesis, el reborde anterosuperior* , va adelgazando la tabla superior hasta casi hacer palpable la mucosa nasal vía bucal.

Ahora otro problema de los tejidos duros son los rebordes irregulares , esto producto de la exodoncia en distintos tiempos de la vida .Si hiciéramos una exodoncia múltiple en un tiempo el reborde quedaría parejito. Esas irregularidades nos pueden servir para rellenar espacio en otra parte , por ejemplo para tapar una comunicación bucosinusal (previo anestesia , colgajo retiro de esos excesos de irregularidad y su procesamiento , etc.)

Frente a una exostosis , dos soluciones

1. sacar el exceso , llevarlo a un dappen en suero e injertarlo en otro lado.
2. Existe un aumento de volumen y luego se comprime.....

Lo importante de todo es mantener la cortical lo mas indemne posible , el colgajo (de espesor total) lo mas pequeño posible, ya que una vez levantado , induce reabsorción ósea.

La técnica en cornisa , es lo siguiente , tenemos un reborde anteroinferior que al hacer las extracciones queda una zona prominente que limitaría la extensión de la prótesis , por lo cóncavo ,antes se botaba todo lo sobrante y ahora se rellenan esos espacios aumentando las áreas protéticas. Las técnicas para esta presentación pueden ser variadas, dentro de ellas tenemos :

- a. colgajo a cielo abierto ,se realiza una incisión del tamaño de la zona que necesites rellenar ,luego rellenas el espacio cóncavo y posteriormente lo suturas pero en la práctica es complicado cerrar el colgajo con este material de relleno ahí . Otra manera de hacerlo consiste en que hacemos una sutura , como si fuera un cordón de zapatilla , que en realidad se llama sutura discontinua en forma de U horizontal , entremedio de él ponemos el relleno y luego vamos tirando la sutura , para cerrar el colgajo .
- b.Colgajo a cielo cerrado , en ella realizamos una incisión en la línea media , y con legra o tijera metzenbaum decolas sin exposición total de la preparación como si fuera un bolsillo. Luego le inyectas el material procurando cubrir totalmente en extensión , relleno hecho con **hidroxiapatita (HA)** , que si bien dijimos que no servía muy bien para rellenar esto es excluyente solo para los rellenos en altura , sirve perfectamente para los rellenos destinados a engrosar. Otras cosas que se pueden rellenar con la HA son espacios de quistes, defectos óseos, etc. La HA tenemos de dos tipos una reabsorbible y otra no reabsorbible. Da lo mismo cual ocupes para el caso de rellenar espacios o defectos , pero si sobre el relleno vas luego a poner un implante la HA que coloques debe ser una reabsorbible , porque la otra es sumamente dura. La inyección es de HA o hueso del paciente.

Tenemos un paciente con un torus , la mucosa que cubre un torus es sumamente delgada por lo que se puede solucionar durante el diseño de la prótesis haciendo un alivio en esa zona , ahora si molesta mucho tomas radiografía para determinar si es exostosis o una prolongación del piso la fosa nasal a la boca. En este caso procedemos de la siguientes manera

- a. Colgajo con un corte a cada lado levantamos el colgajo y con martillo o cincel o fresa , etc. , sacas hueso que luego puede ser reutilizado, para otro relleno.
- b. Un incisión a ambos lados desde la zona mas alta y descarga a lateral.
→para triturar el hueso existen unos molinillos

Otro elemento con que nos encontramos es con líneas oblicuas filosas , en ese caso levantamos colgajo para exponer la línea (el agrandamiento se puede explicar porque se han perdido piezas dentarias y el milohioideo multiplica su fuerza y la trasmite hacia la línea media (no hay dientes)), ahora lo que se hace es desinsertar el músculo y suturarlo mas abajo , si lo dejaras suelto , como el músculo tiene memoria ,se reinsertaría donde mismo.

La frenectomía consiste en el corte de los frenillos cuando estos causan problemas tales como la expulsión de la prótesis de su sitio de alojamiento. , existen la técnica de (**Y-Plastia y V-Plastia**) Importantantes que todo es marcar el tejido y donde realizaras los cortes por lo móviles que resultan los tejidos .Luego suturas y en el lugar en que la sutura no cubrió el

colgajo se deja un cemento quirúrgico , pasta zinquenólica u otro protector contra el medio bucal (evitar que se nos contamine).

Ahora si el frenillo es amplio de base ancha no nos sirve una V sino que hay ***que hacer una verdadera profundización de vestíbulo...*** La incisión es supraperióstica para la frenectomía . De esta manera sana mejor y duele menos que con uno de espesor total , se realiza una sutura suspensoria y es una sutura reabsorbible .

La zeta plastía , usada preferentemente en labios o piel que consiste en dos incisiones horizontales y una vertical (apariencia de Z) sirve para alargar los tejidos..

La orientación general de la clase era para entregar una visión mas global de los procesos que realizamos normalmente , para orientar esas acciones a una visión implantológica y/o protésica.

[Facilitado por la Universidad de Chile](#)

Súmesese como **[voluntario](#)** o **[donante](#)** , para promover el crecimiento y la difusión de la **[Biblioteca Virtual Universal](#)**.

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente **[enlace](#)**.



editorial del cardo