

99
21.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA PREPROTESICA

T E S I S I N A

Q U E P R E S E N T A :

VERONICA SALOME GONZALEZ LOPEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

ASESOR DE TESIS: C.D. ENRIQUE ECHEVARRIA PEREZ

Verónica Salome González López



CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO Y LA F.O

POR HABERME PERMITIDO
FORMAR PARTE DE ELLA.

. GRACIAS

DR. ENRIQUE ECHEVARRIA PÉREZ.
PROTESISTA MAXILOFACIAL:

POR HABERME ASESORADO EN
LA REALIZACIÓN DE MI TESINA
GRACIAS.

A Dios:

Por que eres parte de mis bases
y mis creencias

Gracias Señor.

AGRADECIMIENTOS.

A MI PADRE:

DADY: TE DEBO EL HABER REALIZADO MI CARRERA, TE AGRADEZCO EL QUE HAYAS CREIDO EN MI COMO ESTUDIANTE, Y ME HAYAS TENIDO PACIENCIA DURANTE ESTE TIEMPO. AL IGUAL QUE TE DOY GRACIAS POR QUERERME Y ESTAR CONMIGO SIEMPRE.

TE QUIERO MUCHO.

A MI MADRE:

POR QUE ERES UNA MUJER ADMIRABLE Y UNA GRAN AMIGA. POR TU INCANSABLE LUCHA Y TU SACRIFICIO. POR QUE HICISTE DE MI UNA MUJER Y TODO LO QUE SOY AHORA. POR SER COMO ERES. GRACIAS NANI.

TE QUIERO MUCHO

A MIS HERMANAS

BETTY Y PATTY:
POR QUE SIEMPRE HEMOS ESTADO JUNTAS Y SIEMPRE SEA ASI.

CIRUGIA PREPROTESICA

INDICE

TEMA	PAGINAS
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I GENERALIDADES	
1.1 Antecedentes de la Cirugía Preprotésica.	3
1.2 Principios de construcción de dentaduras.	5
1.3 Variantes anatómicas en la relación con la construcción de dentaduras.	6
1.4 Objetivos de la Cirugía.	9
CAPITULO II PATOLOGIA Y TECNICAS QUIRURGICAS	
2.1 Tuberosidad ósea agrandada.	11
2.2 Aumento de la cresta milohiodea.	13
2.3 Torus mandibular.	15
2.4 Torus palatino.	17
2.5 Exostosis vestibulares.	20
2.6 Exostosis palatinas laterales	21
2.7 Cirugía para dentaduras inmediatas.	22
2.8 Atrofia alveolar.	25

CAPITULO III PLASTIAS. TECNICAS QUIRURGICAS.

3.1	Vestibuloplastia.	28
3.2	Vestibuloplastia Submucosa	29
3.3	Vestibuloplastia con Injerto de tejido.	31
3.4	Vestibuloplastia Lingual.	32
3.5	Reconstrucción de la Cresta Alveolar con Hidroxiapatita.	33
	3.5.1 Clasificación y tratamiento de la deficiencia de la cresta alveolar	34
	3.5.2 Técnicas quirúrgicas para deficiencias menores (pacientes Clase I y Clase II)	36
3.6	Construcción de un conformador de acrílico.	37
3.7	Instrucciones y Manejo de pacientes preoperatorios.	38
	CONCLUSIONES	39

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I
GENERALIDADES

CIRUGIA PREPROTESICA

INTRODUCCION

Este trabajo tiene como objetivo, denotar la importancia que tiene la salud de la cavidad oral al igual que su fisiología para el éxito del tratamiento protésico, así como también mencionar las alteraciones y/o defectos que nos dificultan la colocación de una prótesis.

La pérdida de dientes y su reemplazo por dentaduras artificiales se asocia con muchos problemas que pueden haber existido antes de la extracción, pero se exageran en el estado desdentado. Otras anomalías aparecen después de haber usado dentaduras por un tiempo. (2) *

* Las referencias mencionadas en cada pagina se pueden consultar mas ampliamente en la bibliografía.

Puede ocurrir irradiación del tejido blando si los maxilares se reabsorben con exceso; a medida que la apófisis alveolar continua reabsorviéndose, el vestibulo se torna poco profundo y es difícil o imposible usar dentaduras. Si sobreviene una atrofia, los injertos o los implantes pueden ser la única manera de resolver este difícil problema. Es beneficioso para todos los que hagan tratamientos que haya una colaboración entre el protesista y el cirujano maxilofacial. (1)

El aumento de la cresta alveolar, la cirugía para mejorar los tejidos blandos, y la alveoloplastia entre otros, son procedimientos que se hallan en estado de renovación constante, por lo que se pretende es este trabajo hacer mención de algunos métodos de cirugía preprotésica para que el alumno este en mejores condiciones de hacer juicios clínicos acertados.(2)

1.1 ANTECEDENTES DE LA CIRUGIA PREPRÓTESICA.

La cirugía preprótesis es la rehabilitación reconstructiva de los procesos maxilares, esta rehabilitación puede ser parcial o total. Puede ser de tejidos blandos o duros.

La cirugía siempre ha sido parte esencial de la preparación de las crestas alveolares para colocar las dentaduras, pero en los últimos 15 años se ha renovado el interés en la cirugía preprótesis lo cual ha conducido al desarrollo de nuevas técnicas.(2)

El objetivo de restaurar la función del cuerpo potencial óptimo, la oportuna intervención quirúrgica puede prevenir algún inconveniente para la colocación de la prótesis. (5)

Durante la última década, la evolución del conocimiento en el área de la cirugía reconstructiva preprotésica oral y maxilofacial fue significativa. Hay una larga cantidad de información basada en las experiencias; encuestas e investigaciones clínicas; la cual nos permite elegir un procedimiento más adecuado para el paciente.

Nuevos conceptos de colocación de injerto de tejido blando y óseo, implantología dental, rehabilitación de paladar hendido, van a ampliar el horizonte de la rehabilitación en prostodoncia de pacientes edéntulos.

Los pacientes con rehabilitación oral y maxilofacial requieren de prótesis secundarias para adquirir sin problemas una buena cicatrización. Desde entonces los Cirujanos Maxilofaciales y los Prostodoncistas han sido los primeros profesionales que se han interesado en este tipo de pacientes. (5)

1.2 PRINCIPIOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE DENTADURAS.

La dentadura completa es una prótesis que intenta restaurar la forma y función de la dentadura natural con dientes sostenidos por estructuras residuales que han quedado después de la extracción de todo el arco.

Lo mismo que en cualquier otro tratamiento, es necesario estimar temprano el estado físico y emocional del paciente por medio de la evolución física, Es necesario que el paciente este física y psicológicamente preparado para adaptarse a una prótesis.(7)(2)

La cresta alveolar ideal tiene una superficie de sustentación amplia y lados prácticamente paralelos. Las áreas socavadas atentan contra el cierre de los tejidos y las áreas prominentes están sometidas a presiones excesivas.

Las crestas planas y bajas responden a las fuerzas masticatorias, pero a veces no resisten el desplazamiento lateral de la dentadura.

Las crestas en cuchilla son una fuente constante de ulceración por el esfuerzo de la masticación.

La dimensión vertical también es una consideración crucial. A medida que se extraen los dientes y que el hueso alveolar se reabsorbe, la dimensión vertical puede variar.⁽⁵⁾

1.3 VARIANTES ANATÓMICAS EN LA RELACIÓN CON LA CONSTRUCCIÓN DE DENTADURAS

Cuando se pierden los dientes el maxilar superior y la mandíbula experimentan reabsorción y atrofia por desuso.

La atrofia de los maxilares puede acentuar las diferencias en la posición del maxilar, en la posición de la cresta alveolar y en el volumen del tejido. En cambio, en casos como los de protusión alveolar se pueden mejorar las condiciones existentes.(4)

Después de la extracción de los dientes los cambios de forma de los arcos dependen de la inclinación original de los dientes y del hueso alveolar que había en la región. El arco maxilar suele reabsorberse en dimensión antero-posterior, pero el mandibular en realidad puede ensancharse en dirección mediolateral por la inclinación de los molares inferiores. En el prognatismo mandibular el arco puede alargarse como consecuencia de la inclinación lingual de los incisivos inferiores. En casos extremos de atrofia del hueso alveolar, la dentadura también puede aproximarse a estructuras que antes estaban lejos de los dientes, como la espina nasal anterior, la apófisis cigomática alveolar y los agujeros mentonianos.

Normalmente, después de la pérdida de los dientes, la encía alveolar insertada es muy similar a la encía normal y consiste en un tejido conectivo denso firme, grueso e inelástico cubierto por epitelio pavimentoso estratificado queratinizado o paraqueratinizado. Sin embargo, con el uso y el esfuerzo continuo este tejido puede hipertrofiarse y tonarse móvil o atrofiarse y afinarse.

En el paciente desdentado también es importante la posición de los músculos que se insertan en los maxilares, incluso el buccinador y los de la expresión facial. Estas inserciones pueden plantear problemas con el ajuste y retención de las dentaduras, en especial a medida que los maxilares se atrofian.(2x7)

1.4 OBJETIVOS DE LA CIRUGIA.

El tipo de cirugía puede variar según los problemas que haya, pero los objetivos siempre los mismos: eliminar la enfermedad, conservar las estructuras bucales en la medida de lo posible y proveer los mejores tejidos residuales para soportar los esfuerzos masticatorios, mantener la función y conservar la estética para el paciente usuario de la dentadura.

Estos objetivos comienzan con la extracción de los dientes y la preparación inicial de la cresta alveolar. Siempre se debe pensar en la futura construcción de una dentadura aunque se extraiga un solo diente. Es fundamental cómo tiene lugar la reabsorción alveolar para mantener reducidas a un mínimo las áreas donde se elimina hueso.

Lamentablemente, las variantes anatómicas muchas veces obligan a conformarse con algo que dista de ser lo ideal.

Una vez establecida la forma de la cresta, la cirugía puede servir para eliminar prominencias y socavamientos, producir lados paralelos y eliminar los tejidos blandos que obstaculizan. Se pueden trasladar inserciones musculares y trasplantar mucosa para que la cresta alveolar quede mejor expuesta y proveer los tejidos de sustentación. Por último, se puede aumentar la cresta alveolar con un injerto o plantar un material aeroplástico.(2)(5)

CAPITULO II

PATOLOGIA Y

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

2.1 TUBEROSIDAD OSEA AGRANDADA.

El agrandamiento de la tuberosidad puede tomar hueso, tejido blando ó ambos La expansión puede hacerse en sentido vestibular o palatina o también vertical. Además hay que destacar procesos patológicos como displacia fibrosa o problemas locales como dientes impactados como causa s del agrandamiento de la tuberosidad. La alveoloplastia es el recurso más común para tratar la tuberosidad agrandada, pero si el tejido blando esta bien adaptado al hueso maxilar superior y si no hay áreas socavadas, se puede hacer una osteotomía maxilar posterior para obtener más luz vertical.

La incisión para reducir la tuberosidad debe planificarse cuidadosamente para tener acceso a toda eminencia de tejido duro, para retirar el exceso de tejido blando y hacer el cierre primario final.

Se traza una incisión crestal que se lleva verticalmente detrás de la tuberosidad. Para hacer la parte vertical de este corte puede ser útil una hoja No. 12. Escíndase una cuña de tejido para hacer un cierre correcto de los tejidos blandos después de haber retirado el exceso de hueso.

Habiendo hecho las incisiones, repliéguese el colgajo mucoperióstico con una legra. El exceso de tuberosidad ósea se recorta para que recuerde con la forma de una dentadura ideal; el recortado puede hacerse con fresas óseas. El área se alisa con una lima o fresa para hueso. Luego irriguese bien la herida y ciérrase con puntos separados o continuos (2)(6)

La complicación más frecuente de la reducción de la tuberosidad es entrar en el seno del maxilar. Cuando la perforación se produce en un área que se puede cubrir con facilidad con el colgajo mucoperióstico, no hay mucho problema si el antro no está infectado.

Pero si la perforación ocurre directamente debajo de la línea de la incisión, socávase el colgajo vestibular y desplácese en dirección más palatina para que el cierre de la herida se haga sobre el hueso. En ambos casos se deben administrar antibióticos y descongestivos nasales mientras dure la curación y el paciente no se debe sonar la nariz.

2.2 AUMENTO DE LA CRESTA MILOHIODEA.

Muchas veces la prominencia en repisa que está en la inserción del músculo milohiideo debe eliminarse para reducir socavamiento que hay debajo o para aliviar la irritación de la mucosa sobre la estructura ósea agudizada. Además, a veces la tonicidad del mismo músculo milohiideo ocasiona problemas con la retención de la dentadura aunque no haya ninguna eminencia ósea . La reducción del hueso o la liberación del músculo pueden ser técnicamente difíciles por falta de acceso y la localización de estructuras vitales en la región.

Trácese una incisión sobre la cresta de la apófisis alveolar y refléjese un colgajo envolvente mucoperióstico hacia la cara lingual, tomando la precaución de no desgarrar la mucosa, que en esta región es muy fina. Una vez expuesto el músculo milohiideo, se le incide en el sitio donde se inserta en la cresta manteniendo un escalpelo junto al hueso. Una vez desprendiendo el músculo, se retira la cresta milohiidea con fresas, osteótomo o una combinación de estos instrumentos.

Cuando el cirujano trabaja en esta área debe colocar una legra ancha debajo de la cresta para los fragmentos, óseos no se desplacen dentro del espacio submandibular . Habiendo eliminado la eminencia, se alisa la superficie ósea. Esto se puede mejorar con una fresa quirúrgica por que la eminencia cortical es gruesa y difícil de alisar con instrumentos manuales. Una vez alisado el hueso se irriga la herida con solución fisiológica y hágase el cierre con puntos separados o continuos.(5)(6)

2.3 TORUS MANDIBULAR.

Los torus mandibulares se eliminan cuando obstaculizan la construcción de una dentadura total o parcial, cuando la cobertura mucosa se ulcera y la herida tarda demasiado en cicatrizar y cuando son tan grandes que dificultan el habla y la deglución.

Los torus mandibulares están en la superficie lingual de la mandíbula, en la región premolar y encima de la inserción del músculo milohiideo. Forman unas saliencias bilaterales, lobulares y, en casos más raros en repisa. Cuando son muy grandes, estos dificultan el libre movimiento de la lengua y pueden traumatizarse al masticar.

La incisión se hace en la cresta de la apófisis alveolar si el paciente es desdentado o a lo largo del margen gingival si hay dientes.

No se debe incidir sobre el torus mismo porque la línea de sutura quedará sobre el hueso traumatizado. Además, la mucosa que cubre el torus suele ser muy fina y si se la incide suele esfacelarse y queda expuesto el hueso subyacente.

Una vez hecha la incisión se desarrolla en la cara lingual de la mandíbula un colgajo envolvente de suficiente longitud como para obtener un acceso adecuado. Si hay que eliminar torus en ambos lados, el colgajo puede abarcar desde un primer molar hasta el otro a través de la línea media. El repliegue del colgajo debe hacerse con cautela para no desgarrar la fina cubierta mucoperiostica del torus.

Muchas veces el torus puede clivarse limpiamente de la mandíbula con un fino osteótomo bibiselado golpeteado suavemente luego de haberlo colocado en la unión entre el torus y la lámina lingual. Después de haber eliminado el torus, se alisa, irriga y sutura el área.(2)(5)

2.4 TORUS PALATINO

El torus palatino, lesión común en la apófisis palatina del maxilar superior. Suele aparecer en la primera década de la vida y se le observe en recién nacidos. Consta de dos partes óseas, cada una conectada con una de la apófisis palatinas. El torus esta en la línea media del paladar y puede llenar en parte la cúpula. De acuerdo con su forma, el torus palatino puede clasificarse como sesil o pediculado puede tener un aspecto plano, nodular o lobulillado . Es asintomático, benigno y no reviste mucha importancia patológica.

El torus es un gran obstáculo en la construcción y uso de una dentadura maxilar porque forma una cresta dura en la cual se engancha la dentadura, en particular si ha ocurrido cierta reabsorción de la apófisis alveolar después de las extracciones o si el torus ha crecido.

El traumatismo de la mucosa que lo cubre durante la masticación puede causar úlceras dolorosas que, a causa de la finura de la membrana mucosa y de la exposición del hueso cortical subyacente, pueden tardar en curar.

Puede ser que haya que eliminar los torus palatinos que se traumatizan crónicamente, no sólo en pacientes desdentados antes de construir la dentadura, sino también en los que tienen dientes maxilares naturales.

La incisión palatina única en la línea media, la bifurcada en Y la elíptica para hacer la eliminación inicial del exceso de mucosa, permiten iniciar la elevación de colgajo lateral en herradura el repliegue del mucoperiostio en el torus, mientras que con el colgajo lateral en herradura el repliegue del mucoperiostio debe comenzar en el paladar, aunque esta maniobra es más difícil y posibilita que se perfóre el colgajo.

Después de elevar el colgajo se pueden aplicar suturas de retención para mantenerlo fuera del camino. El torus se debe cortar en muchos trozos pequeños con una fresa de fisura y después cada trozo se puede sacar con facilidad con el osteótomo.

La fina lámina palatina tiende más a fracturarse que la corteza mandibular lingual , que es más gruesa. De lo contrario, el torus puede eliminarse por completo utilizando una escófina giratoria o fresa para hueso. La base ósea puede alisarse minuciosamente y la herida debe irrigarse y suturarse.

En general, es suficiente cerrar la herida con pocas suturas de sujeción porque los colgajos permanecerán en un sitio por la dentadura, que es casi imprescindible para evitar que se forme un hematoma en el espacio muerto y para que el paciente este más cómodo después de la operación.(2)(5)

2.5 EXOSTOSIS VESTIBULARES.

Las exostosis vestibulares ocurren en el maxilar superior y en la mandíbula aunque son más frecuentes en el primero, Se deben eliminar por que dificultan la construcción de la dentadura.

Se forman en las superficies bucales de los maxilares, en particular en la cara lateral de la apófisis alveolar del maxilar superior. Se presentan como unas pequeñas formaciones nodulares y crestas que suelen consistir en hueso cortical denso. Están muy bien delimitadas , se insertan en el hueso y se hallan cubiertas por una mucosa fina. Las exostosis únicas más grandes suelen estar en la tuberosidad del maxilar superior. Por lo general estas lesiones se extienden desde la superficie vestibular hacia la mejilla.

Como son corticales se pueden clivar con un osteótomo después de haberlas expuesto levantando un colgajo envolvente creado a partir de una incisión crestal.

En el maxilar superior a veces es preferible eliminarlas con cizalla porque la lámina vestibular es más blanda. Cuando se han de extraer dientes en la región , conviene eliminar las exostosis primero por que así se reduce la probabilidad de que se fracture la apófisis alveolar y se facilita la extracción dentaria al permitir la expansión más fácil de la cavidad alveolar.(2),(5),(6)

2.6 EXOSTOSIS PALATINAS LATERALES.

En ocasiones ocurren múltiples eminencias óseas en la cara palatina de la apófisis alveolar maxilar en la región molar. Si estas eminencias no se eliminan, puede ocurrir dolor y ulceración de la mucosa al usar la dentadura.

En ocasiones estas exostosis pasan inadvertidas durante la preparación de la boca para construir dentaduras, porque se hallan cubiertas por una mucosa gruesa. En consecuencia, siempre se debe palpar y examinar visualmente esta área.

La escisión se hace incidiendo la cresta de la apófisis alveolar desde el dorso de la tuberosidad hasta la región premolar. Debemos tener la precaución de no dañar la arteria palatina mayor y su vena ni el nervio palatino anterior al hacer la disección del colgajo y eliminar las exostosis. Las eminencias óseas pueden escindirse con una fresa.(2)(3)(6)

2.7 CIRUGIA PARA DENTADURA INMEDIATA.

Las ventajas funcionales, estéticas y psicológicas de la dentadura inmediata hacen que sea muy útil en los casos debidamente seleccionados.

Los aspectos quirúrgicos empiezan con la extracción de los dientes superiores e inferiores posteriores en una ó más sesiones, junto con una preparación apropiada de las crestas.

Una vez que se ha producido la cicatrización se hacen impresiones, se cortan de los modelos los dientes remanentes y se hace una alveoloplastia simulada para simular la forma final prevista de la cresta. Es útil estimar los socavamientos existentes con un calibre.

Si el paciente ha sido enviado para cirugía, el cirujano bucal y maxilofacial debe tener un conocimiento detallado de la planificación que se ha hecho y de la cantidad y sitio de la remoción ósea que habrá de hacer.

Se fabrica un molde de acrílico transparente para que al insertarlo durante la operación se reconozcan las áreas donde se han de retirar hueso por el bloqueo de la mucosa que lo cubre.

El día de la operación se extraen los dientes anteriores remanentes de la manera usual y se efectúa la alveoloplastia de acuerdo con el modelo quirúrgico, tomando como guía el molde transparente. Cuando la apófisis alveolar no es irregular, se hace una alveoloplastia intercortical y no la cortical, porque produce menos reabsorción ósea. Después de la operación se irriga la zona, aproxímanse los márgenes gingivales con puntos de seda 3-0 y se colocan las dentaduras. En este momento se verifica la mordida, se alivan todos los puntos prematuros para conseguir un contacto oclusal máximo. Se dan al paciente las ordenes postoperatorias de rutina, que comprenden en mantener una firme presión sobre las dentaduras por varias horas para controlar el sangrado y no desalojarlas por 24 hrs.

Se examina el paciente 24 horas después y se sacan las dentaduras para estimar la curación de las heridas e introducir ajustes si existen áreas irritadas. Luego el paciente debe usar las dentaduras día y noche los 3 a 5 días siguientes, salvo para limpiarlas.

Si las dentaduras se dejan de la boca mucho tiempo los primeros días, puede ocurrir una tumefacción que no permitirá volver a colocarla. A veces conviene que los 3 a 5 días el paciente saque las dentaduras para dormir por varios días, a los efectos de apresurar la cicatrización. Los puntos se retiran a la semana.(5)

2.8 REABSORCIÓN O ATROFIA ALVEOLAR.

La atrofia alveolar es un problema cuya causa se desconoce en la mayoría de los casos. Es probable que obedezca a muchos factores. Como agentes causales se describieron enfermedad periodontal preexistente, diversos trastornos sistémicos, factores dietéticos y consideraciones mecánicas.

El compromiso funcional más importante por la pérdida de hueso alveolar suele estar en la mandíbula, donde la retención de una dentadura completa es difícil hasta en las mejores circunstancias. Los problemas vinculados con la pérdida moderada de hueso alveolar mandibular se acentúan todavía más por la presencia de muchas inserciones musculares adyacentes y las áreas prominentes de arquitectura ósea que no se prestan para una construcción y retención satisfactoria de las dentaduras.

Existe una relación especial entre los dientes y el hueso alveolar. Si la estructura radicular de los dientes se deja en el alveolo, la reabsorción ósea no continúa si no hay enfermedad periodontal. Por esta razón se propuso una técnica que consiste en dejar las raíces tratadas con endodoncia, sobre las cuales se coloca la dentadura.

Los resultados de la reposición de hueso perdido por reabsorción excesiva son diversos.

El injerto ha sido colocado en la cresta alveolar, en el borde de la mandíbula inferior, o interpuesto entre la apófisis alveolar remanente y el hueso basal.(2)

CAPITULO III

PLASTIAS.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

3.1 VESTIBULOPLASTIA

La vestibuloplastia se ha convertido en el método quirúrgico más popular para mejorar las capacidades estabilizantes y para retener dentaduras de la cresta alveolar. La técnica es sencilla y no intenta curar la atrofia alveolar, sino exponer y tornar disponible, para construir la dentadura, el hueso que hay todavía. Se presume que la reabsorción ósea habrá de cesar en algún momento y también que al proporcionar un sostén más apropiado para la dentadura, las fuerzas masticatorias se distribuyen mejor y talvez se retarde la reabsorción. Además, el procedimiento puede emplearse para la mucosa alveolar sana e insertada con firmeza en los casos en el que el hueso estaba cubierto con tejido gingival libremente móvil (6)

3.2 VESTIBULOPLASTIA SUBMUCOSA

Esta vestibuloplastia se realiza en áreas donde existe suficiente hueso y mucosa sana, pero donde las inserciones musculares están cerca de la cresta de la apófisis alveolar. Para saber si se dispone de suficiente mucosa anterior para hacer el procedimiento, se coloca un espejo dental en el surco y se deprime el tejido. Si no se desplaza el borde bermellón del labio, existe suficiente mucosa.

La disección submucosa se realiza por medio de una incisión vertical en el área del frenillo maxilar. Distendiendo los tejidos con una inyección de solución fisiológica o una solución diluida de anestésico local, se facilita la disección. Primero se forma con la tijera un túnel submucoso en la mucosa no insertada a lo largo de la apófisis alveolar, de modo que penetre hasta el labio y la mejilla en ambos lados de la incisión. El túnel suele llegar hasta la apófisis cigomáticoalveolar.

Si el acceso es inadecuado, se puede hacer una segunda incisión vertical en la región del canino al primer molar, Cuando la vestibuloplastia más allá de la apófisis cigomáticoalveolar, puede ser que se requiera una incisión sobre el tope. A continuación se libera el músculo y el tejido conectivo subyacentes respecto del periostio reintroduciendo la tijera en la incisión inicial y disecando encima del periostio. Por último, esta masa de tejido se corta en su inserción inferior y se permite que se retraiga hacia arriba o se la escinde. Se coloca una dentadura sobrestendida y se lo mantiene sujeto 10 días con alambres perialveolares o suturas para que la mucosa permanezca firmemente adaptada a la apófisis alveolar durante la curación.

Cuando se hace la mandíbula, el procedimiento es similar al que se realiza en el maxilar, salvo que hay que tomar la precaución de no seccionar el paquete vasculonervioso durante la disección al llegar a la región del nervio mentoniano se contribuye a evitar que se lesione el nervio. Par fijar la dentadura se aplican alambres o suturas circunmandibulares.(590)

3.3 VESTIBULOPLASTIA CON INJERTO DE TEJIDO

La vestibuloplastia con injerto de tejido esta indicada cuando no se cuenta con hueso suficiente para compensar la probable recidiva de una vestibuloplastia de epitelialización secundaria o se necesita profundidad vestibular después de haber hecho un aumento de la cresta con injerto óseo. El procedimiento tiene la ventaja de que reduce la contractura de la herida, provee cobertura para el área denudada, promueve la cicatrización rápida y permite la construcción temprana de una prótesis.(2)

3.4 VESTIBULOPLASTIA LINGUAL

En la mandíbula, si el grado de reabsorción alveolar es tan grande que la dentadura es o será desplazada por el músculo milohiideo, éste se puede situar más abajo. A menudo este procedimiento se realiza en combinación con la vestibuloplastia labial. La profundidad disponible se puede estimar aplicando un dedo enguantado a lo largo del lado lingual de la mandíbula e indicando al paciente que se toque el paladar con la lengua. Si en esta acción el dedo se desplaza, considérese deprimir el piso de la boca.

Se hace una incisión subperióstica y se reduce la cresta después haber desprendido el hueso al músculo milohiideo. Cuando se hace este último procedimiento, el colgajo mucoso debe volverse a colocar y sujetar en la profundidad del vestibulo con una dentadura para no dejar la superficie ósea desnuda.

Se intenta obtener un lecho perióstico libre inserciones musculares y de exceso de tejido conectivo. Es importante conservar un poco de tejido insertado en el borde inferior de la mandíbula para que no ocurra caída del mentón. Más tarde se aplica una dentadura construida de antemano y se le cubre con revestimiento suave. Al producirse la cicatrización de la herida , se puede usar la dentadura original con sus aletas acortadas por unas 6 semanas, en cuyo momento se puede construir una dentadura nueva.(5)(6)

3.5 RECONSTRUCCIÓN DE LA CRESTA ALVEOLAR CON HIDROXIAPATITA.

Pruebas clínicas de Hidroxiapatita para el aumento de hueso fueron usadas en forma particular en la Universidad de Lusiana por el Dr. Kent en el año de 1978. Después evaluarón los tipos de cresta atrófica y las técnicas quirúrgicas, clasificaron la cresta alveolar según su deficiencia en el maxilar y la mandíbula.(1)(2)

3.5.1 CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA DE LA CRESTA ALVEOLAR

CLASE I.- La cresta alveolar es adecuada en altura pero inadecuada en espesor, usualmente, con deficiencias laterales o áreas en desnivel. Los pacientes reciben sólo hidroxiapatita de 2 a 4 gramos para cada anterior/posterior, y de 6 a 8 gramos para el total de la cresta.

CLASE II.- La cresta alveolar es deficiente tanto en altura como en espesor y presenta una apariencia de filo de cuchillo. Los pacientes reciben sólo hidroxiapatita de 3 a 5 gramos por cada área anterior/posterior y de 8 a 10 gramos por el total de la cresta.

CLASE III.- La cresta alveolar ha sido reabsorbida a nivel del hueso basilar, produciéndose una forma cóncava en las áreas posteriores de la mandíbula y una cresta ósea aguda; en el maxilar.

Los pacientes reciben sólo hidroxiapatita de 8 a 12 gramos o combinados con costilla iliaca de hueso blando (1 gramo de hidroxiapatita por un cc, de hueso).

CLASE IV.- Hay reabsorción del huso basilar produciendo una forma de lápiz delgado o plano en el maxilar o mandíbula. Los pacientes reciben hidroxiapatita de 10 a 15 gramos mezclados con huesos autógenos en una proporción de 1 a 1. Los pacientes nos son capaces de permitir la producción de un hueso iliaco que pueda tener fácilmente hidroxiapatita para incrementar modestamente la altura de la cresta. La hidroxiapatita combinado con hueso es recomendado para un aumento mayor y para fortalecer la mandíbula.(2)

3.5.2. TECNICAS QUIRURGICAS PARA DEFICIENCIAS MENORES (PACIENTES CLASE I, Y CLASE II.)

Las deficiencias menores son fácilmente aumentadas con hidroxiapatita bajo anestesia local y, si es necesario, sedación en consultorio. Uno de los dos tipos de insisiones es usada: Una insición de la cresta ósea o una insición vertical con una perforación subperióstica. Los pacientes que requieren una completa aumentación de las áreas mandibular o maxilar requerirán sólo un insición de la creta ósea o una insición vertical de la línea media de la cresta de los alveolos al vestibulo aproximadamente 10 a 15 cm, de longitud. Si solamente los aspectos posteriores de la cresta alveolar maxilar o mandibular estan siendo aumentados las insisiones de la cresta ósea o bilateral vertical en la cúspide de las áreas son usadas. Esas mismas insisiones pueden también ser usadas para la aumentación total de la cresta. La insición se continua hasta la mucosa, submucosa, y periostio.

El periostio es elevado solamente en el área en la que se desea el aumento. Las suturas de tracción colocadas através de ambos límites de la inscisión facilitará la inserción de una pequeña jeringa común y se depositarán las partículas de hidroxiapatita. Una jeringa biselada facilita la inserción y el depósito por inserción de la jeringa en el punto de la cresta y rotando la jeringa para facilitar el depósito de la hidroxiapatita (1)(2)

3.6 CONSTRUCCIÓN DE UN CONFORMADOR DE ACRILICO.

El uso de conformadores, dentaduras, etc., puede ser necesario para el control de las partículas de hidroxiapatita y el mantenimiento de los surcos. Si la dentaura es inadecuada (lo más común) en la altura o espesor para determinar para permitir el aumento o los flancos son insuficientes en logitud, un conformador o tutor con dientes anteriores es construido en un modelo de cera por cuestiones de estética (2)

3.7 INSTRUCCIONES Y MANEJO DE PACIENTES PREOPERATORIOS.

Las dentaduras son removidas en pocos días preoperatoriamente, si es necesario, para permitir el mejoramiento de tejidos blandos. Los pacientes con deficiencias laterales Clase I y Clase II ó áreas desniveladas con hidroxiapatita pueden tener sus dentaduras modificadas así que ellos pueden ser desgastados inmediatamente después de la cirugía.

Los pacientes que requieren incremento insignificante en la altura de la cresta (clase III y IV), deberán tener sus dentaduras modificadas o preferentemente un tutor de acilico hecho de un vaciado con cera que simule el incremento de la cresta.(2)

CONCLUSIONES

Es importante destacar los procedimientos quirúrgicos previos a la colocación de una prótesis total o parcial. De esto depende el éxito del tratamiento protésico posterior, tanto en los valores estéticos y funcionales tomando en cuenta la comodidad del paciente.

Resulta de vital importancia el concientizar al paciente, que para lograr un resultado aceptable de dicho tratamiento; dependerá en gran medida el tener una zona de soporte adecuada, que no se obtendría de no realizar la cirugía.

En esta tesina se describen algunas anomalías como: Exostosis, Torus palatino, Torus mandibular y depresiones o convexidades de la cresta ósea entre otras que pueden dificultar la realización y colocación de la prótesis.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

El procedimiento mas recurrido por el cirujano dentista para el aumento de la cresta alveolar es la utilización de la hidroxiapatita; es conveniente mencionar la desventaja que puede tener esta técnica al no fijar adecuadamente el conformador de acrilico, ya que puede provocar un desplazamiento de la hidroxiapatita y por consiguiente no se podrian obtener los resultados favorables al final del tratamiento.

Por lo tanto, se podría decir, que actualmente el empleo de la cirugía preprotésica es un recurso más para los tratamientos exitosos del especialista en prótesis y prostodoncia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) AUGMENTACION DE LA ATROFIC EDNTULOUS MAXILLA-
WHITH HIDROXYHAPATITE. ORAL SURG. ORAL MED ORAL
PATHO. 1990, .69 , 533-8.
- 2) CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL.
LASKIN, DANIEL M. ; ED. PANAMERICANA; 297-350
MEXICO 1990.
- 3) FAILURE IN RIDGE RECONSTRUCTION WHITH
HIDROXYAPATITE. ORAL SURG. ORAL MED. ORAL PATHO.
1995, 80: 359/93.
- 4) GINGIVAL RECESSON RELATED TO REMOVABLE PARTIAL
DENTADURE IN OLDER PATIENTS. JOURNAL PROTHETIC
DENT. 1995.74: 602-7)

- 5) RECONSTRUCTIVE PREPROTHETIC ORAL MAXILOFACIAL SURGERY. FONSECA AND DAVIS. EDIT. SAUNDERS 1990.
- 6) SKIN GRAFT VESTIBULUPLASTIA EXOSTOSIS. ORAL SURGERY. ORAL MED. ORAL PATHO. 1990;69: 149-52.
- 7) TECHNIQUE FOR MAKING AND ESTHETIC MAXILLERY TOTAL DENTADURE SURGICAL. STET. JOURNAL PROSTHETIC DENTAL. 1992,67:345-7.
- 8) THE SUBLINGUAL CRCENT EXTENTION AND ITS RELATION TO THE STABILITY AN RETENTION OF MANDIBULAR COMPLETA DENTADURES. JOURNAL PROTHETIC DENT .1992, 67: 205-10.