



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CIRUGÍA PREPROTÉSICA PARA COMPENSAR LA
ATROFIA DE LOS PROCESOS ALVEOLARES,
VESTIBULOPLASTÍA SUBMUCOSA.

TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

OMAR ALEJANDRO TORRES VALMES

TUTOR: Esp. HERNÁN CASTILLA CANSECO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 DIOS:

Por cada año de vida que me ha otorgado para poder lograr este objetivo.

A MIS PADRES:

Por el apoyo incondicional que día a día me han dado, por la gran confianza que me han otorgado a lo largo de mi vida y por el maravilloso esfuerzo que realizaron para lograr esta meta, nada de lo realizado hasta el día de hoy podría ser posible sin ustedes, GRACIAS.

A MIS HERMANOS:

Por su disponibilidad para poder apoyarme en lo que fuera necesario, durante estos años de estudio.

A MI HIJA:

Por ser el maravilloso regalo que me ha dado la vida.

ALEJANDRA:

Por su apoyo en estos años de estudio.

A MI TUTOR:

Por haberme transmitido sus conocimientos y dedicarme su valioso tiempo siempre de forma entusiasta para la realización del presente trabajo.

A MIS PACIENTES:

Por haber aprendido a través de ellos.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS GENERALES	6
CAPÍTULO 1 ANATOMÍA DEL VESTÍBULO ORAL	7
1.1 Definición de cavidad oral y vestíbulo oral.	7
1.2 Límites de la cavidad oral y vestíbulo.	7
1.3 Anatomía de la cavidad oral y vestíbulo.	11
1.3.1 Huesos que forman la cavidad oral.	12
1.3.2 Músculos de la cara.	15
1.3.3 Músculos de la lengua.	17
1.3.4 Inervación de la cavidad oral.	18
1.4 Mucosa de la cavidad oral.	19
1.5 Función del vestíbulo.	20
CAPÍTULO 2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ALVEOLAR	21
2.1 Clasificación de Cawood y Howell en los maxilares.	21
2.2 Resultado de la atrofia de los tejidos blandos.	24
2.3 Resultado de la atrofia de los tejidos duros.	25
CAPITULO 3 IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN CIRUGÍA PREPROTESICA.	27
3.1 Anamnesis en el paciente.	27
3.2 Estudio extraoral.	28
3.2.1 Estudios de gabinete.	28

3.3 Estudio intraoral	30
3.4 Riesgos quirúrgicos en cirugía	32
CAPITULO 4 VESTIBULOPLASTÍA	33
4.1 Concepto.	33
4.2 Objetivos del procedimiento quirúrgico.	33
4.3 Técnicas de la vestibuloplastía submucosa.	34
4.3.1 Indicaciones para una vestibuloplastía.	35
4.3.2 De Oberwegeser.	36
4.3.3 De Kasanjian	37
4.3.4 De Clark	39
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42

INTRODUCCIÓN

En el área de la odontología encontramos que cada día es más frecuente el número de pacientes que requieren de una reconstrucción funcional y estética del aparato masticatorio sin embargo en muchas ocasiones estos pacientes tienen deficiencias estructurales o anatómicas generando que la prótesis no cumpla con sus funciones elementales.

La pérdida prematura de estructuras dentarias, irritación de los tejidos blandos, enfermedad periodontal, neoplasias, etc. Genera una atrofia en los tejidos de soporte por lo cual el Cirujano Dentista realiza maniobras quirúrgicas con el fin de mejorar e incrementar la resistencia de los tejidos donde descansara nuestra prótesis.

De acuerdo con las características individuales del paciente, el Cirujano Dentista determinara el procedimiento operatorio más adecuado. Es ahí donde la vestibuloplastía nos da una alternativa más dentro de la cirugía preprotésica.

La vestibuloplastía submucosa tiene como objetivo transformar un surco vestibular escasamente profundo en otro con cuyas condiciones sean adecuadas para la colocación de una prótesis. Este procedimiento puede ser aplicado sobre los surcos vestibulares superiores e inferiores, en este caso se puede realizar una vestibuloplastía aislada, o bien, combinada con un descenso del suelo bucal, cuando el surco linguoalveolar es poco profundo.

Como resultado de una vestibuloplastía nos dará como beneficios en el paciente edentulo un incremento y mejoramiento de la dimensión del fondo de saco especialmente en el área lingual y estabilidad en el área de colocación de nuestra prótesis.

OBJETIVOS GENERALES

- El profesional de la salud debe poseer conocimientos sobre las estructuras anatómicas.
- Conocer las opciones para mejorar los tejidos blandos y duros del el área de soporte de una prótesis.
- Crear una profundidad en los vestíbulos, a través del uso de vestibuloplastías submucosas.
- Proporcionar una mayor cantidad de herramientas al profesional de la salud , para lograr ofrecer mejores tratamientos, en cada uno de los pacientes.

CAPITULO 1

ANATOMÍA DEL VESTÍBULO ORAL

Es un espacio que se tiene totalmente virtual en forma de herradura del cual se hablara detalladamente.

1.1 DEFINICIÓN DE CAVIDAD ORAL Y VESTÍBULO ORAL

La cavidad vestibular es totalmente virtual en un estado de reposo es semicircular, cóncavo atrás y comunica con la cavidad oral propiamente dicha por los intersticios interdentalios y por un espacio situado por detrás de los últimos molares y tiene una variedad en su amplitud con el despliegue de su pared externa, por lo tanto por su pared anterior es móvil y contráctil la cual está constituida por los labios superior e inferior, mientras que en su pared interna rígida, está constituida por las arcadas dentales tapizada por la fibromucosa, mientras que en superior se tiene las papilas interdentalias y la encía marginal.

En el fondo de la fosa, situado en la unión de ambas paredes se formara el surco vestibular.¹

1.2 LIMITES DE LA CAVIDAD ORAL Y VESTÍBULO

Para el ámbito odontológico, la nomenclatura anatómico divide a la cavidad oral en dos partes:

- Vestíbulo oral.
- Cavidad oral propiamente dicha.²

EL VESTÍBULO ORAL LO CONFORMAN(fig. 1) ³	
ESTRUTURAS	FUNCIÓN
LA HENDIDURA LABIAL.	La abertura anterior de la cavidad oral. ³
LABIO SUPERIOR E INFERIOR.	<p>El labio superior por su cara anterior tiene una formación cutaneomucosa donde la piel es espesa con una gran cantidad de folículos pilosos y de glándulas sebáceas, su inserción es por debajo de la cavidad nasal, limita lateralmente por el surco nasolabial excavado por la línea media por el filtro.</p> <p>El labio inferior, cuya parte cutánea se encuentra unida a los tegumentos del mentón. La parte inferior se encontrara separada del mentón por el surco mentolabial, es cóncavo hacia abajo, que dará forma a la eminencia del mentón.^{4, 1}</p>
FILTRO.	Depresión infranasal.
TUBÉRCULO.	Es la parte más inferior del arco de Cupido margen inferior del filtro. ¹
COMISURA LABIAL.	Unión del labio superior con el inferior. ⁵

**MEJILLAS Y TEJIDO ADIPOSO DE
LA MEJILLA.**

Se tiene dos caras una lateral o externa y una medial o interna, donde en la cara lateral vamos a tener una forma convexa por lo general esto cambia cuando el paciente es muy delgado o en pacientes ancianos mientras que en la cara medial vamos a tener la mucosa.

Las mejillas van a estar conformadas por tres planos:

- Cutáneo
- Muscular
- Mucosa

En la piel se tiene una zona muy vascularizada, con numerosos folículos pilosos, en un plano subcutáneo se va encontrar gran cantidad de tejido adiposo.^{1,3}

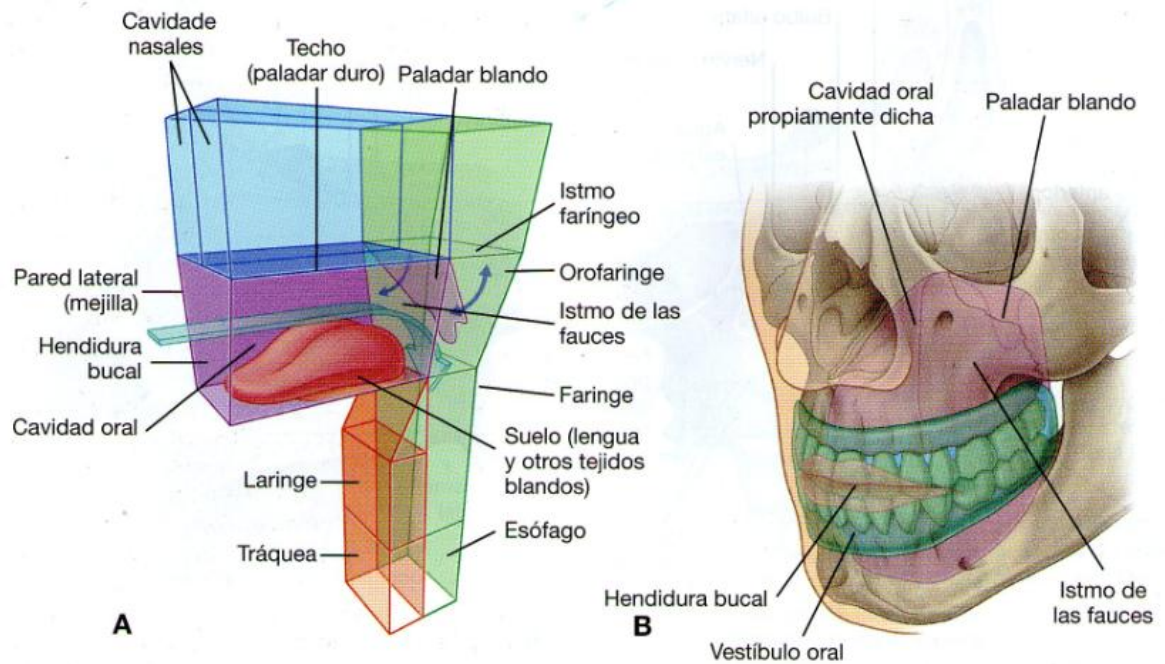


Fig.1³ Anatomía del vestíbulo oral.

Mientras que a la cavidad oral propiamente dicha está formada por:

ESTRUCTURAS QUE CONFORMAN LA CAVIDAD ORAL(Fig.2)³

LA TÚNICA MUCOSA DE LA CAVIDAD ORAL.

GLÁNDULAS ORALES.

DIENTES.

LENGUA.

MÚSCULOS DE LA LENGUA.

MÚSCULOS DE LA LENGUA.

MÚSCULOS DE LA LENGUA.

PALADAR DURO Y VELO DEL PALADAR.

EL RAFA DEL PALADAR.

FARINGE.

MAXILAR.

MANDÍBULA.²

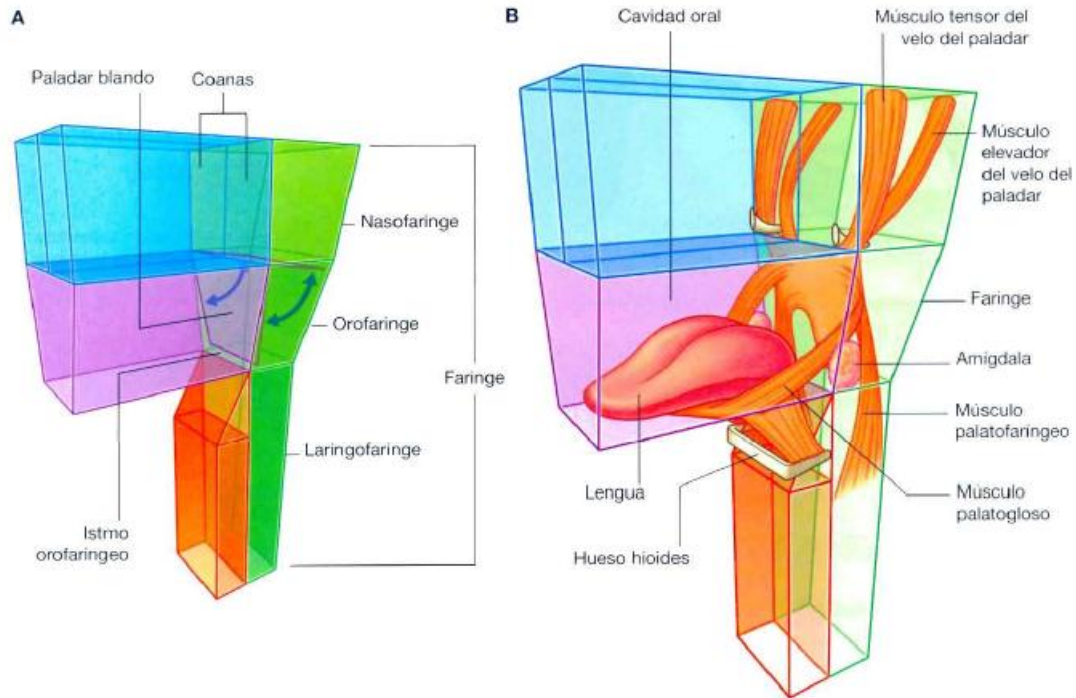


Fig.2³ Anatomía de la cavidad oral.

1.3 ANATOMÍA DE LA CAVIDAD ORAL Y VESTÍBULO

Un conocimiento de la anatomía es de suma importancia para poder intervenir y plantear el mejor diagnóstico que se le pueda ofrecer a cada paciente y así poder llegar a un plan de tratamiento integral en cada uno de ellos.

Un conocimiento de la fijación de los músculos, paquete vasculonervioso de la expresión facial en la superficie de la mandíbula y maxilar es esencial para entender la ejecución de cualquier tratamiento y sus variantes que se pueden presentar.

Los pliegues mucosos y labial des vestíbulo son determinados por los orígenes óseos de ciertos músculos.⁶

1.3.1 HUESOS QUE FORMAN LA CAVIDAD ORAL

MAXILAR

Es un hueso par, está compuesto del cuerpo y cuatro procesos:

PROCESOS DEL MAXILAR(Fig.3) ⁷	
PROCESO	
APÓFISIS CIGOMÁTICA	Es una proyección piramidal en la que convergen la cara anterior, infratemporal y orbitaria.
APÓFISIS FRONTAL	Se proyecta postero superior entre el hueso nasal y lagrimal.
APÓFISIS PALATINA	Es gruesa, fuerte y horizontal forma parte del suelo nasal y del paladar.
APÓFISIS ALVEOLAR	Es gruesa, arqueada, amplia por detrás donde convergen las raíces de los dientes. ⁸

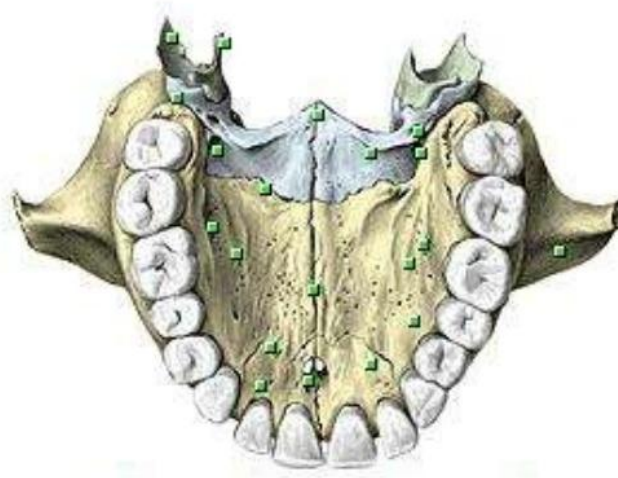


Fig.3⁷ Proceso alveolar.

Consta de cuatro caras:

CARAS DEL MAXILAR(Fig.4) ⁷	
CARAS	
ANTERIOR	Se encuentra cubierta por la musculatura facial.
INFRATEMPORAL (POSTERIOR)	Es cóncava con ubicación posterolateral, separada de la superficie anterior por la apófisis cigomática.
ORBITARIA	Es lisa y triangular, forma el suelo de la órbita.
NASAL	Forma la parte externa de la cavidad nasal. ⁸

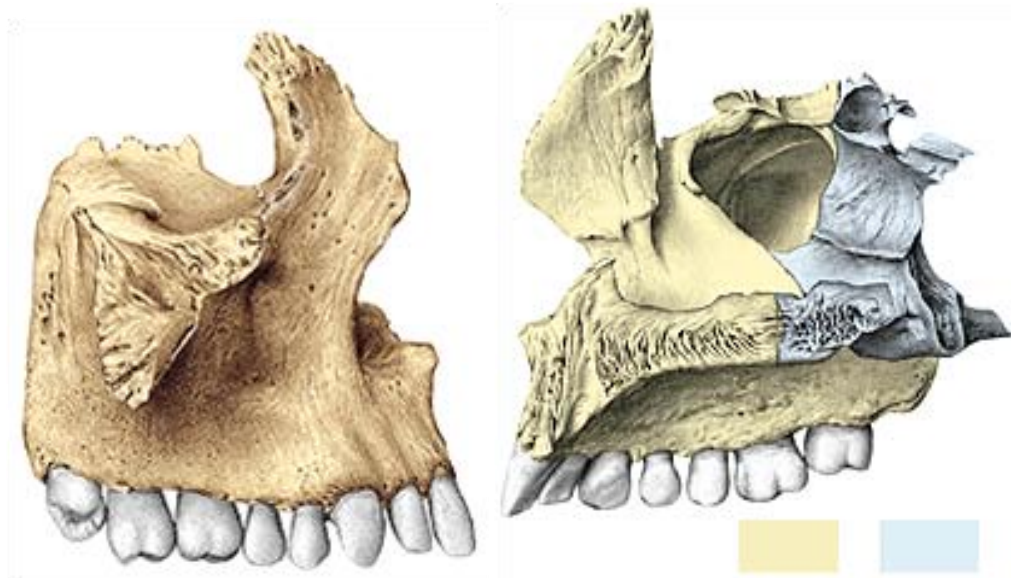


Fig.4⁷ Cara infratemporal y nasal del maxilar.

MANDÍBULA

Es un hueso en forma de herradura, es el único hueso móvil del cráneo, está compuesto del cuerpo, y dos ramas, la parte superior se continua con la apófisis alveolar, está formada por los alveolos dentales, en la cara externa del cuerpo se encuentran dos agujeros mentonianos y la protuberancia mentoniana, entre el primer y segundo premolar se encuentra la apófisis geni en la zona anterior en ambos lados de la línea media, la línea milohioidea y la fosa digástrica y desde la parte posterior y superior del cuerpo y a cada lado, se proyectan dos porciones planas con una ligera angulación e inclinación lateral a las cuales se les denomina ramas ascendentes.

Las ramas constan en su parte superior de apófisis, una anterior llamada apófisis coronoides y una posterior llamada apófisis condilar, limitada a su vez por una zona comprimida inferior conocida como cuello del cóndilo. Entre las apófisis podemos encontrar la escotadura mandibular, que es cóncava en su parte superior. Por su cara interna encontramos el agujero de la mandíbula, que es el paso del paquete vasculonervioso de la misma manera podemos encontrar la espina de Spix.^{3,8} (Fig.5)³

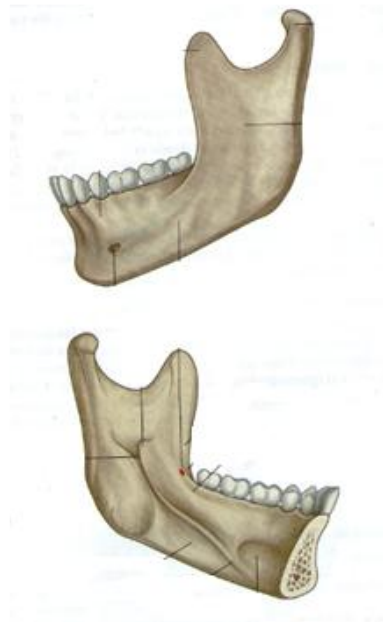


Fig.5³ Cara lateral y medial de la mandíbula.

HUESOS PALATINOS

Están formadas por dos láminas una horizontal y otra vertical, participan en la formación del paladar duro y de las paredes laterales de la cavidad oral.⁹

1.3.2 MÚSCULOS DE LA CARA

MÚSCULOS FACIALES DE LOS LABIOS. (Fig.6)3	
MÚSCULO	FUNCIÓN
MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS.	Realiza el cierre y modifica la apertura de la cavidad oral interviene en la pronunciación de las letras labiales, en la acción de silbar y vaciado del vestíbulo.
MÚSCULO BUCCINADOR.	Limita y controla la comida dentro de los arcos dentarios y para ayudar a la lengua y desplazar el alimento a mantenerlo sobre la tabla oclusal hasta que esté lo suficientemente masticado y preparado para ser deglutido.
MÚSCULO ELEVADOR DEL ÁNGULO DE LA BOCA.	Eleva la comisura y el labio inferior.
MÚSCULO ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR.	Atrae en dirección superior el ala de la nariz y el labio superior.
MÚSCULO CIGOMÁTICO MAYOR.	Su función es la de desplazar hacia arriba y hacia afuera la comisura

	labial.
MÚSCULO CIGOMÁTICO MENOR.	Su función es la de desplazar hacia arriba y hacia afuera la parte media del labio superior.
MÚSCULO DEL MENTÓN.	Su función es importante para poner en tensión y deprimir el labio inferior en la expresión facial.
MÚSCULO DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR.	Tira inferolateralmente de la mitad correspondiente del labio inferior.
MÚSCULO NASAL.	Su función está casi completamente restringida a accionar el ala de la nariz.
MÚSCULO CANINO.	Su función es levantar y dirigir hacia adentro la comisura de los labios.
MÚSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS.	Su función es la de desplazar hacia abajo la comisura de los labios.
MÚSCULO TRIANGULAR DE LA BARBA.	Su función es desplazar hacia abajo y afuera el labio inferior. ^{10, 6}



Fig.6³ Músculos faciales de los labios.

1.3.3 MÚSCULOS DE LA LENGUA

MÚSCULOS EXTRÍNSECOS DE LA LENGUA. (Fig.7) ³	
MÚSCULO	FUNCIÓN
GENIOGLOSO.	Eleva la lengua, la lleva hacia adelante atrae la punta hacia abajo y hacia atrás, cuando se contrae totalmente coloca la lengua sobre el piso de la boca.
HIOGLOSO.	Si el hioides está fijo, lleva la lengua hacia atrás y abajo.
CONDROGLOSO.	Es el fascículo variable, que en caso de existir, tiene las mismas acciones que el hiogloso.
ESTILOGLOSO.	Tracciona el vértice de la lengua hacia atrás y toda la lengua hacia atrás y arriba.

MÚSCULOS INTRÍNECOS DE LA LENGUA	
MÚSCULO	FUNCIÓN
LONGITUDINAL SUPERIOR.	Eleva la punta de la lengua y al mismo tiempo la dirige hacia atrás.
LONGITUDINAL INFERIOR.	Acorta la lengua en sentido antero posterior al mismo tiempo que dirige su punta hacia abajo y atrás.
TRANSVERSO.	Al contraerse aproximan los bordes de la lengua a línea media, la lengua se pone redonda y afilada proyectando su punta hacia afuera.
VERTICAL.	Aplana y ensancha la lengua. ^{3, 6}

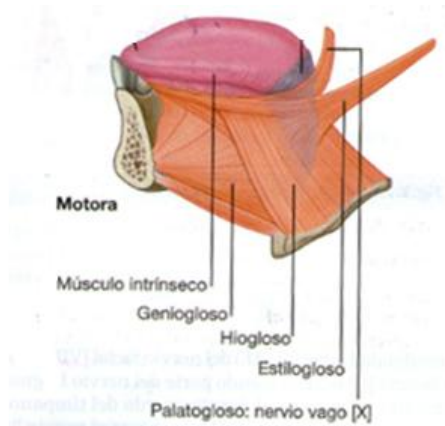


Fig.7³ Músculos extrínsecos de la lengua.

1.3.4 INERVACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL

INERVACIÓN. (Fig.8) ³	
MÚSCULOS	INERVACIÓN
MÚSCULOS DE LA CARA.	Nervio facial (VII)
MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN.	Nervio Trigémico (V) ³

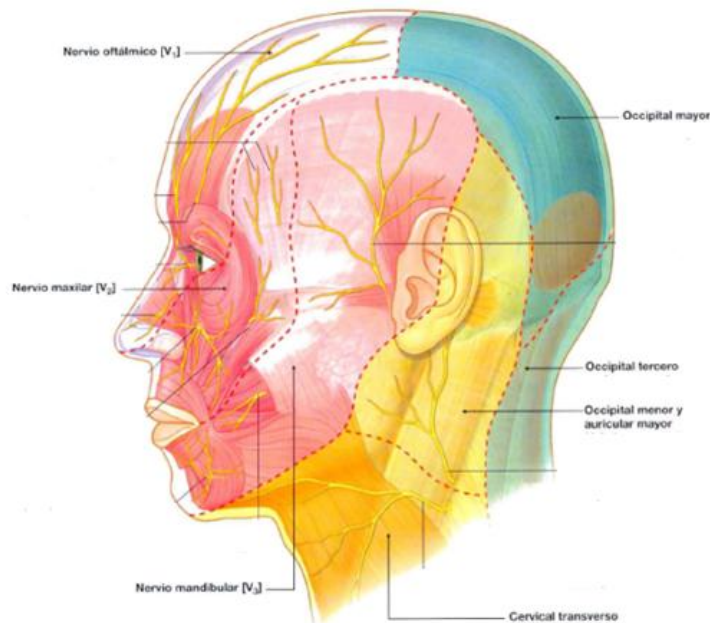


Fig.8³ Inervación de la cavidad oral.

1.4 MUCOSA DE LA CAVIDAD ORAL.

La mucosa oral consta de dos capas, el epitelio superficial y la lámina propia, ambas están separadas por una membrana basal.

La capa epitelial se compone de varias capas de células, la más inferior asienta en la membrana basal o germinativa, más superficial a esta se encuentra la zona de células espinosas y alcanzan la superficie formando la capa de células granulosas con acentuada queratinización y la última capa es la capa cornea.

La submucosa oral es una capa de tejido conjuntivo de grosor y densidad variable, se une en forma firme o laxa a las estructuras adyacentes.

La mucosa se clasifica en mucosa masticatoria, recubre las encías y paladar duro y está sujeta al roce y presión de los alimentos.

La mucosa de revestimiento, reviste los labios, carrillos, surco vestibular, reborde residual superior e inferior, superficie inferior de la lengua y paladar blando. La mucosa especializada, se encuentra sobre el dorso de la lengua.⁵

1.5 FUNCION DEL VESTÍBULO

La cavidad vestibular desempeña una función principal en la fonación y en la alimentación del paciente, constituyendo, en el vestíbulo inferior un depósito salival. Además, desempeña el vestíbulo un papel importante en la posición de los procesos alveolares que se define como una zona neutral, entre la posición interna de la masa muscular lingual y la presión externa generada por los músculos de los labios y de las mejillas.

Esta neutralidad está garantizada por la libertad del vestíbulo. En este marco la fibromucosa que se encuentra de los procesos debido a su función de transmisor de fuerzas, cumple un papel importante en la erupción dentaria en una correcta dirección.

En el plano protésico, los vestíbulos desempeñan una función importante en la estabilidad de las prótesis en todos los pacientes edentulos parciales o totales siempre y cuando se respete la zona de neutralidad previamente descrita.¹¹

CAPITULO 2

CARACTERISTICAS DEL PROCESO ALVEOLAR

Tener conocimiento sobre la evolución que tiene los tejidos en la cavidad oral por la reabsorción ósea.

2.1 CLASIFICACIÓN DE CAWOOD Y HOWELL EN LOS MAXILARES

La condición de edentulismo sea parcial y total evoluciona progresivamente a una reabsorción de las crestas alveolares y de los tejidos blandos de revestimiento.

Este fenómeno se relaciona principalmente por la pérdida de la función del hueso alveolar y de los tejidos blandos, basado en el principio de la matriz funcional.

Ha sido demostrable que estos procesos, a pesar de una gran variabilidad siguen varios modelos muy similares entre sí, y por tal motivo podemos realizar una clasificación bastante precisa de este proceso.

El hueso basal si no es estimulado de manera irritativa o incongruente no perderá su propia morfología después de la pérdida de las piezas dentarias.

Las crestas alveolares se reabsorben de acuerdo con esquemas bastantes constantes y específicos por tal manera se puede obtener ciertos patrones.

El hueso maxilar tiene una reabsorción de manera horizontal, tanto en el sector posterior como en el sector anterior.

Mientras que en la mandíbula tendremos una reabsorción horizontal en la zona anterior y una vertical en el sector posterior.

Entre las diferentes clasificaciones que se han propuesto durante la historia, una de las que gozan de mayor seguimiento es la propuesta por Cawood y Howell en 1988. Donde nos habla una clasificación dada por 6 clases.¹²

CLASIFICACIÓN DE LA ATROFIA DE LOS MAXILARES(Fig.9)¹³	
Clase I	Dentadura presente.
Clase II	Cresta alveolar postextracción inmediata.
Clase III	Cresta alveolar postextracción tardía con osificación del alvéolo postextractivo y proceso alveolar redondeado con una adecuada altura y espesor.
Clase IV	La cresta alveolar se encuentra con una altura adecuada pero se cuenta con un espesor insuficiente.
Clase V	Es una cresta alveolar plana, donde no se tiene altura ni espesor idóneo.
Clase VI	La cresta alveolar está deprimida, se puede ver una atrofia del hueso basal (Esta clase es solo para la mandíbula).

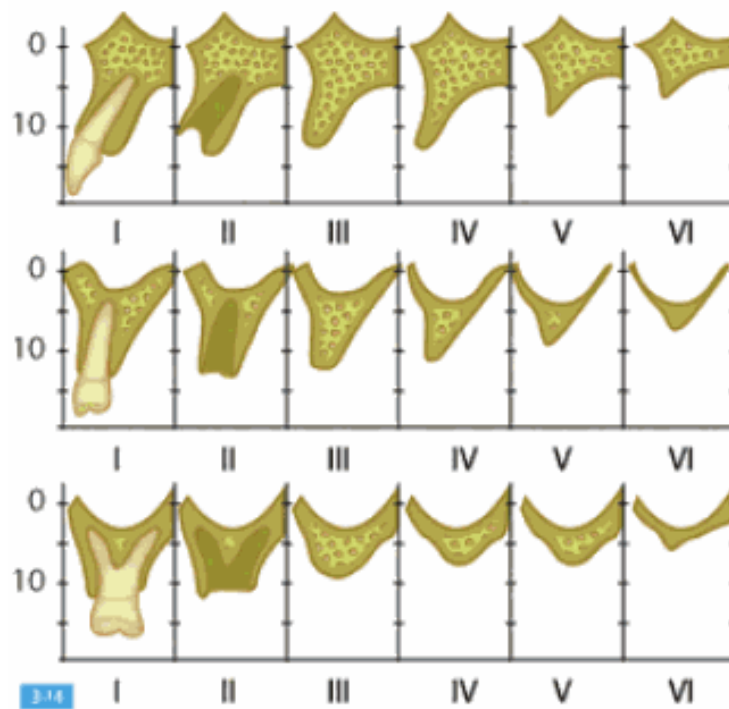


Fig.9¹³ Clasificación de la atrofia de los procesos maxilares.

Alteración de los tejidos blandos es algo que se puede apreciar después de un proceso de reabsorción de las crestas alveolares.

Se tendrá una inserción de los músculos del piso de la boca y de los músculos periorales más superficial con una reducción del fondo de vestíbulo, a su vez podremos notar una pérdida de encía adherida progresivamente, cuando se tiene una pérdida de las crestas alveolares especialmente rápida se tendrá un exceso de tejidos blandos sobre las crestas ya que en este no se reabsorbe de la misma manera que el tejido óseo.

La pérdida de las piezas dentales y la reabsorción de las crestas provocará que el modiollo (músculos periorales, faciales insertados en la comisura labial) colapse atrás y hacia abajo.¹² (Fig.10)¹²

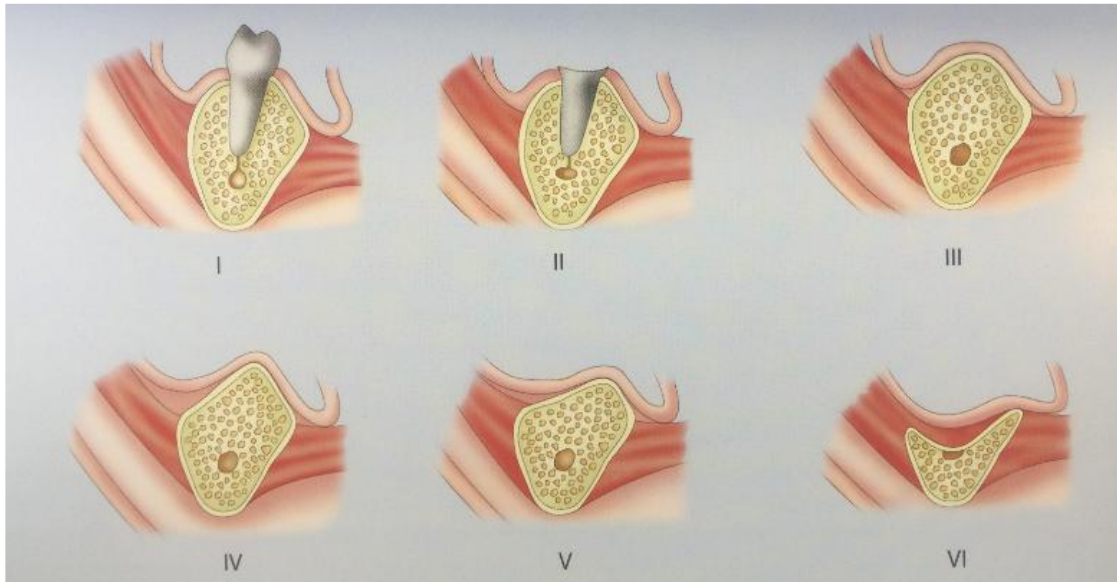


Fig.10¹² Alteración de los tejidos blandos.

2.2 RESULTADO DE LA ATROFIA SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Se tiene varias razones por las cuales se llega a obtener alguna atrofia sobre los tejidos blandos que se encuentran sobre las crestas alveolares.

CRESTAS MUCOSAS MÓVILES.

Este resultado se puede observar cuando la reabsorción ósea de las crestas alveolares no lleva el mismo progreso de reabsorción en los tejidos blandos, lo cual nos genera un exceso de tejido el cual por carecer de un sostén adyacente se tiene móvil. Este tipo de crestas son inestables para realizar el soporte de alguna prótesis.

Las áreas de mayor frecuencia en el proceso maxilar son en el fórnix vestibular y el área molar, mientras que en el proceso mandibular se podrá encontrar en la zona anterior.

HIPERPLASIAS FIBROSAS.

Es el resultado de una respuesta hipertrófica-hiperplásica de la mucosa y submucosa gingival como consecuencia de una prótesis mal ajustada e incongruente. Se puede apreciar en el área de los flancos tiene el mismo color que el de la mucosa gingival.

HIPERPLASIAS DE LA TUBEROSIDAD MAXILAR.

No es dependiente o resultado de una respuesta hiperplásica-hipertrófica generada por alguna prótesis inestable o incongruente. El tejido luce del mismo color que el de la fibromucosa del paladar, se tiene una consistencia duro-elástico y se puede desarrollar hacia la línea media del paladar, es común que se encuentre de manera bilateral.

2.3 RESULTADO DE LA ATROFIA SOBRE LOS TEJIDOS DUROS.

Los cuadros clínicos que requieren de tratamientos quirúrgicos para obtener una estabilidad y mejorar los tejidos del área de soporte de cual tratamiento protésico.

CRESTAS ÓSEAS DE MORFOLOGÍA IRREGULAR.

Se puede determinar en todos aquellos pacientes portadores de alguna prótesis móvil mucosoportada, donde se puede observar ulceraciones dolorosas e irritación en los tejidos blandos de soporte.

CRESTAS ÓSEAS EN FILO DE CUCHILLO.

Es todos aquellos pacientes que se puede apreciar una pérdida del espesor de las crestas alveolares dando como resultado ulceraciones en los tejidos blandos de dicho procesos por efecto de la prótesis del paciente.

REABSORCIÓN VERTICAL GRAVE.

La reabsorción progresiva de las crestas alveolares genera una desaparición casi completa del proceso. Este problema es especialmente en el proceso alveolar mandibular donde la desaparición del fórnix vestibular y lingual hacen que la estabilidad protésica sea muy precaria

DEFECTOS ÓSEOS POSTRAUMATICOS.

Los traumas dentoalveolares donde la pérdida de las piezas dentarias con o sin tejido óseo del proceso alveolar o por una cicatrización donde se tiene una mala posición del proceso alveolar, se puede tener como resultado una morfología irregular de la cresta alveolar.

NEOFORMACIONES DE LOS TEJIDOS DUROS.

Excluyendo las neoplasias verdaderas, como por ejemplo, los osteomas, una de las neoformaciones no neoplásicas más frecuentes son las denominadas exostosis. Donde cuyo crecimiento de autolimita con el tiempo, pero puede generar una interferencia con la estabilidad y retención de algún tratamiento protésico.¹²

CAPITULO 3

IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN CIRUGÍA PREPROTESICA.

Saber la historia clínica del paciente es pieza importante para el inicio de todo tratamiento.

3.1 ANAMNESIS EN EL PACIENTE

Es sabido y aceptado que la base de una base práctica clínica esta cimentada en el establecimiento del diagnóstico correcto, ya que las directrices terapéuticas estarán guiadas por este diagnóstico, de tal manera que cuando no se tiene un diagnostico claramente establecido y fundamentado, las conductas terapéuticas pueden fracasar.

Desde el punto de vista quirúrgicos-protésicos, se hará un minucioso reconocimiento clínico, visual y digital de la cavidad oral, piso de la boca y articulación temporomandibular ya que estas constituyen la base de una buena prótesis.

Un aspecto extremadamente importante del tratamiento quirúrgico preprotésico es la cuidadosa evaluación de lo que será el resultado final, con lo cual se analizara con detalle todas las expectativas estéticas y funcionales del paciente, comparándolas con los resultados obtenidos por el tratamiento planificado.

Con el objetivo de determinar las eventuales contraindicaciones de naturaleza local y sistémicas en el paciente.

Para obtener un resultado satisfactorio en cualquier técnica en cirugía preprotésica es realizar una anamnesis cuidadosa, un escrupuloso estudio

extraoral e intraoral que nos permitía evaluar cualquier eventualidad en nuestros resultados.^{14, 15}

3.2 ESTUDIO EXTRAORAL.

Permite evaluar eventuales dimorfismos provocados en la musculatura facial y perioral del cuadro de edentulismo, las relaciones sagitales, transversales y verticales entre los maxilares.¹²

3.2.1 ESTUDIOS DE GABINETE

RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

Ofrece una imagen con un excelente detalle, pero su cobertura es limitada considerado el tiempo, exposición y el número de radiografías que son necesarias realizar. Las radiografías periapicales pueden ser utilizadas para definir detalles en áreas específicas.¹² (Fig. 11)¹⁶



Fig. 11¹⁶ Radiografía periapical.

ORTOPANTOMOGRAFÍA.

Ofrece una visión en conjunto de la morfología del maxilar y la mandíbula especialmente en lo que se refiere a una vista en sentido vertical, mientras

que no es de mucho apoyo cuando se busca una evaluación de eventuales defectos sagitales o transversales. También se puede tener una imagen para llegar a un diagnóstico de alguna lesión patológica clínicamente no detectable y asintomática.

LATERAL DE CRÁNEO.

Es de gran importancia para la evaluación de los planos verticales como anteroposterior de la anatomía de los maxilares, así como del perfil facial, pero nos puede presentar limitaciones relacionadas con la superposición de imágenes entre los dos lados de los maxilares.^{12 (Fig.12)¹⁷}



Fig. 12¹⁷ Radiografía lateral de cráneo.

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA.

La tomografía computarizada es el estudio que suministra el número máximo de información en los tres planos del espacio.

ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS		
TIPOS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
RADIOGRAFÍA PERIAPICAL.	Se tiene un excelente detalle.	Es necesario tomar varias de estas para poder tener un panorama de toda la cavidad oral.
ORTOPANTOMOGRAFÍA.	Buena imagen en conjunto de los maxilares.	No se puede evaluar defectos sagitales o transversales.
LATERAL DE CRÁNEO.	Se tiene una buena evaluación de las alteraciones anatómicas, de las relaciones intermaxilares, del perfil facial, tanto en sentido vertical como anteroposterior.	Se tiene una superposición de los dos lados de los maxilares.
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.	Se tiene una gran información de los tres planos. ¹²	Costos elevados

3.3 ESTUDIO INTRAORAL

Habitualmente el estudio del paciente edéntulo desde el punto de vista clínico protésico se basa en el análisis clínico y de modelos. Algunos de los beneficios que se pueden obtener con la realización de estos análisis son:

- Determinar la profundidad del surco vestibular existente.
- Verificar la presencia de alguna lesión patológica local en tejidos duros como en los tejidos blandos.

Utilizar la metodología tradicional de semiología, especialmente la percusión, la inspección y la palpación es fundamental en la exploración del paciente ya que podemos identificar signos típicos como son: tumefacción, aumento de temperatura o algún dolor alteración funcional.

La palpación suministra elementos útiles para evaluar la extensión de una lesión, la consistencia de los tejidos, algún dolor a la compresión, la eventual salida de secreciones desde trayectos fistulosos o la movilidad de alguna de las piezas dentarias, esta maniobra deberá ser realizada sobre todo el área de las crestas alveolares, piso de boca mejillas y tejidos blandos con el fin de detectar al tacto cualquier tipo de irregularidad de los tejidos duros y blandos que pueden interferir con la rehabilitación protésica o puedan ser signos de alguna patología.

La inspección no solo debe concentrarse si es que se encuentra presente una lesión patológica en la cavidad oral, es importante llevarla a toda la cavidad con el fin de obtener información de alguna alteración de la morfología de dicha cavidad. Recordando que junto con los síntomas que el paciente con los que nos hace referencia se puede llegar asociar alguna patología que pudiera tener relación.

La percusión es especialmente útil cuando se busca evaluar algún evento patológico relacionado con alguna pieza dental, como son lesiones endodónticas periapicales, lesiones periodontales, etc.¹²

3.4 RIESGOS QUIRURGICOS EN CIRUGÍA

Antes de una intervención se deben considerar las posibles complicaciones y estimar la relación riesgo-beneficio.

El riesgo-beneficio quirúrgico puede ser clasificado de la siguiente manera:

- Riesgo asociado con el procedimiento.
- Riesgo relacionado con el profesional.
- Riesgo relacionado con la anestesia.
- Riesgos relacionados con el paciente.¹⁵

CAPITULO 4

VESTIBULOPLASTÍA

La vestibuloplastía procedimiento que se encuentra dentro de los tratamientos quirúrgicos en la cirugía pretrotésica.

4.1 CONCEPTO

La cirugía preprotésica es la rama de la cirugía oral donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos en tejidos blandos y duros para la rehabilitación protésica, devolviendo al individuo función, estética y para lograrlo se toma en cuenta todo lo obtenido en la historia clínica del paciente. La cirugía de tejidos blandos corrige defectos congénitos, adquiridos, elimina las patologías existentes con el fin de poder llevar al individuo a un estado de salud óptimo con el objeto de rehabilitar al paciente.

La vestibuloplastia es la técnica quirúrgica por medio de la cual se lograra adquirir un vestíbulo y piso de boca más profundo con el fin de obtener un lecho protésico adecuado.^{18, 19}

4.2 OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La corrección quirúrgica tiene por objeto volver a dar cierta profundidad al vestíbulo, especialmente con fines protésicos. El tratamiento puede aplicase sobre una anomalía localizada, del tipo brida, frenillo o sobre una anomalía. Dichas anomalías se diagnostican mediante un examen clínico estático y dinámico minucioso.

Donde el propósito está orientado en descubrir el hueso basal existente en los maxilares por medios quirúrgicos, reposicionando la mucosa que lo

recubre, las inserciones musculares en una posición más alta si se habla del maxilar y más baja si se está hablando de la mandíbula. La ventaja de una profundización del surco vestibular o una restauración de la altura de los procesos alveolares será en una mejor estabilidad y retención de la prótesis.

No todos los casos de atrofia del hueso basal de los maxilares pueden tratarse quirúrgicamente con vestibuloplastias. Debe de haber un hueso alveolar adecuado con una altura remanente suficiente como mínimo de 15mm, lo cual permita el reposicionamiento de los nervios y las inserciones musculares sin generar una alteración en la zona anatómica donde se realice el procedimiento.

A la inversa, no todos los casos requieren una vestibuloplastia con injertos de piel o mucosa y con una profundización del piso de la boca. Muchos casos son éxitos y solo necesarios en la extensión vestibular por delante de los agujeros mentonianos o una técnica lingual para reducir los tubérculos genianos o liberar al músculo pterigoideo hacia atrás en el piso de boca, que puedan reducir la falta de estabilidad y retención en la prótesis.

La vestibuloplastia es una técnica indicada en todos aquellos pacientes que presentan un proceso alveolar pequeño donde se busca obtener mejores condiciones de los tejidos duros y blandos del paciente.^{20, 21, 22, 23, 18}

4.3 TÉCNICAS DE LA VESTIBULOPLASTIA SUBMUCOSA

En todo procedimiento quirúrgico debe cumplirse con los principios establecidos tales como:

- Acceso claro al campo quirúrgico.
- Uso de fuerza controlada.

- El colgajo debe ser lo suficientemente grande para dar acceso al campo quirúrgico.
- El aporte sanguíneo debe ser mantenido.
- Si se elimina hueso el colgajo debe ser mucoperiostico.
- Obtener hemostasia y prevenir hematomas.
- El colgajo se reposiciona y se sutura.¹⁸

4.3.1 INDICACIONES PARA UNA VESTÍBULOPLASTIA.

Para llevar a cabo este procedimiento se tiene que tener en cuenta:

- Se realizara dicho procedimiento cuando se presente un proceso alveolar clínicamente corto.
- La cantidad suficiente de mucosa oral debe ser buena que permita la disección submucosa y desplazamiento de la profundidad del vestíbulo sin distorsión del bermellón del labio superior. Para poder determinar si se dispone de mucosa suficiente o no, Obwegeser propone una sencilla prueba clínica, con los labios relajados y en posición de reposo, se introduce un espejo bucal en el surco vestibular generando una presión hacia el fondo del vestíbulo. Si el labio se invierte o se tracciona hacia el fondo del vestíbulo, significa que hay una cantidad insuficiente de mucosa disponible para llevar a cabo la vestibuloplastía.
- Hueso alveolar adecuado con una forma de borde satisfactoria.¹⁹

4.3.2 DE OBERWEGESER

Este procedimiento se puede llevar a cabo mediante anestesia general o local. Se realiza una infiltración de anestesia local, empleando una solución de epinefrina 1: 100 000.

Se realiza una incisión vertical en la línea media del proceso alveolar.

A partir de esta incisión se realiza la disección submucosa hacia distal bilateralmente de preferencia con unas tijeras separando los tejidos hacia abajo hasta la cresta del reborde y hacia arriba o hacia abajo dependiendo del proceso que se esté realizando el procedimiento, para restaurar una buena altura vestibular.

La disección siguiente libera el tejido conectivo submucoso del periostio. Esto se hace estableciendo un plano supraperióstico y se realiza mejor con tijeras curvas.

Los tejidos liberados ahora pueden ser reubicados a la altura que se busca obtener.

Con apoyo de la guía quirúrgica que se realizó sobre los modelos donde se llevó a cabo la cirugía previamente para establecer los objetivos finales que se buscan en el procedimiento, que la profundización se encuentre según lo planeado.

Se realiza entonces los puntos de sutura para reposicionar las inserciones musculares, se realizaran estos puntos con sutura vicril.

Se utilizara un acondicionar de tejidos sobre la prótesis inmediata que se realizó previamente donde se tiene establecido la nueva altura vestibular.

Se fijara la prótesis al proceso alveolar con alambre o con sutura perialveolares por tiempo estimado de aproximadamente de 7 a 10 días.^{12, 19,}

²⁰ (Fig. 13)¹⁹

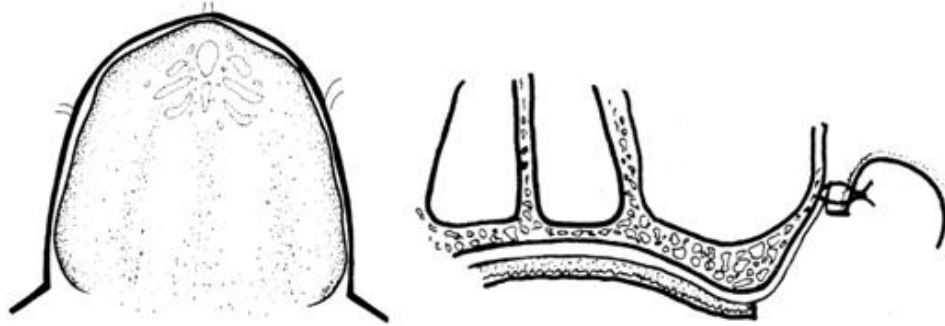


Fig.13¹⁹ Descripción de la Técnica.

4.3.3 DE KASANJIAN

En esta técnica se realiza de la misma manera un infiltrado de anestesia local como es epinefrina al 1: 100 000

Se realiza una incisión horizontal a través de la mucosa de la cara interna del labio.

Se disecciona la mucosa hasta la base en la cresta del reborde alveolar, obteniéndose al final un colgajo de mucosa labiovestibular al nivel de la cresta de procesos alveolares.

Se realiza una fijación del colgajo con el fin de no lastimar la mucosa mientras se busca obtener profundidad en el surco con una disección supraperiostica.

Con apoyo de la guía quirúrgica que se realizó sobre los modelos donde se llevó a cabo la cirugía previamente para establecer los objetivos finales que se buscan en el procedimiento, que la profundización se encuentre según lo planeado.

Se realiza entonces los puntos de sutura para reponer las inserciones musculares, se realizaran estos puntos con sutura vicril, con el fin de que el colgajo de mucosa quede lo más bajo posible mientras la superficie labial se

va a cubrir de tejido de granulación y posteriormente por epitelio que crece a partir de los márgenes de la herida.

Se utilizara un acondicionar de tejidos sobre la prótesis inmediata que se realizó previamente donde se tiene establecido la nueva altura vestibular.

Se fijara la prótesis al proceso alveolar con alambre o con sutura perialveolares por tiempo estimado de aproximadamente de 7 a 10 días.^{24, 19, 12, 21} (Fig. 14)^{fd}





Fig. 14.^{fd} Descripción de la Técnica. Fuente Directa.

4.3.4 DE CLARK

Este procedimiento es inverso al de Kasanjian.

Este procedimiento se puede llevar a cabo mediante anestesia general o local. Se realiza una infiltración de anestesia local, empleando una solución de epinefrina 1: 100 000.

Se hace una incisión a nivel de la unión mucogingival, extendida en longitud entre ambos orificios mentonianos.

Dissección del colgajo hasta el borde del bermellón, conformando así un colgajo de mucosa labial pediculado.

Dissección supraperiostica sobre la cara vestibular de la sínfisis mentoniana hasta la profundidad deseada.

Colocación del colgajo sobre la zona cruenta labial.

Fijación del colgajo por medio de suturas circulares percutáneas, con materiales no reabsorbibles.

La vertiente ósea se deja al descubierto para que granule y epitelice.

Con la finalidad de disminuir el riesgo de la infección y el edema postoperatorio se aconseja medicar con antibióticos y analgésicos al

paciente, también se puede realizar una medicación preoperatorio si es necesaria o según cada paciente.

El paciente tiene que tener sus cuidados correspondientes a una cirugía con el fin de evitar alguna complicación séptica de la zona operada, también se tiene que tener cuidado de realizar una buena fijación de la prótesis para evitar una fricción innecesaria en área o que la presión excesiva genere alguna necrosis de la zona.

La prótesis inmediata se le retira a los 7-10 días la fijación realizada en la cirugía se revisa la circulación y la cicatrización de la zona. Se realiza en cambio del acondicionador de tejidos y se lleva un cuidado minucioso para evitar puntos de presión sobre los tejidos, también es importante tener cuidado de no sobre extender la prótesis en esta área ya que esto generaría una estimulación del proceso inflamatorio y como resultado se genere una pérdida de la profundidad del vestíbulo. A las 3 o 4 semanas de haber realizado el procedimiento se puede iniciar la rehabilitación con una prótesis definitiva.

Los resultados a largo tiempo de una vestibuloplastia submucosa es uno de los más predecibles de todos los procedimientos de cirugía preprotésica. Cuando la cirugía es realizada con el cuidado necesario, se estima un 90% de éxito en la formación del nuevo vestíbulo que se conformado.¹² (Fig. 15)¹²



Fig. 15¹² Descripción de la Técnica.

CONCLUSIONES

La cirugía preprotésica vestibuloplastia submucosa está encaminada a corregir las alteraciones que se presentan en la cavidad oral por diversos factores, aunque la magnitud de los procedimientos de extensión del surco y aumento del reborde, combinados con la molestia que sentirá el paciente, no deben usarse como pretexto para negarse a estos beneficios del procedimiento. Ya que el objetivo es devolver la función y estética a los pacientes, que recibirán tratamiento protésico posteriormente, por ello, se debe tener los conocimientos básicos sobre las zonas anatómicas, en las que se realizara el acto quirúrgico, ya que el método de prueba y error para diagnosticar un problema de atrofia alveolar y decidir la necesidad del procedimiento es poco objetiva.

El problema de atrofia que afectan a los maxilares después de haberse perdido los dientes, requiere de un trabajo interdisciplinario entre el profesional de la salud y el cirujano para su adecuada solución, sin embargo es de suma importancia que el profesional de la salud haga prevención en la población, para que los pacientes al alcanzar la tercera edad se encuentren en condiciones de evitar un acto quirúrgico correctivo, ya que con la edad se presentan cambios y enfermedades que generen circunstancias de importancia para su manejo preoperatorio.

Se sugiere al profesional de la salud que la sensibilización total del paciente preoperatoriamente, ya que en general los pacientes rechazan todo tipo de tratamiento quirúrgico, sin embargo, aquel paciente que ha sufrido dolor o vergüenza por una dentadura mal ajustada e inestable durante años, se siente muy agradecido cuando se corrige estos defectos y se mejora la estabilidad y retención de su prótesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moore, Keith L., Anatomía con orientación clínica, 5ª Ed, Buenos Aires; México, Editorial Médica Panamericana, 2007. Pp. 944-948.
2. Lourdes Ericksen Persson, Referencia a oral o bucal, Revista Odontológica Mexicana, Octubre-Diciembre 2013, Vol. 17.
3. Drake L. Richard, Wayne Vogl A., Anatomía Básica Gray, Elsevier, Barcelona, España, 2013. Pp. 571-590.
4. Fernando Quiroz Gutierrez, Tratado de Anatomía Humana, Editorial Porrúa, Vigésima décima edición, 1980.
5. López Francisco, Vásquez Osvaldo, Reconstrucción del labio: conceptos actuales, Dermatología CMQ 2015; 13 (1): 24:32.
6. Waite, Daniel, Tratado de cirugía bucal practica, 2nd, México, Cecsca, 1984. Pp. 175-201.
7. Sobotta, Johannes, Atlas de anatomía humana, 20 Ed, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 1994. Pp.50-58.
8. Herrera Patricia, Anatomía Integral, Editorial Trillas, México, 2008.Pp. 194-224.
9. Latarjet, Michel, Anatomía Humana, 3ª Ed, Buenos Aires; México, Editorial Médica Panamericana, 2004, Vol. 1, Pp. 52-70.

10. Martínez, Enrique, Lengua, www.enriquemartinezmartinez.com9.pdf.
11. Jlévignac, J., "Cirugía de los labios", España, Editorial Manson, 1992. Pp. 185-191.
12. Chiapasco, Matteo, Tácticas y técnicas en cirugía oral, 2nd Ed, Colombia, México, Amalco, 2010. Pp.1-37, 303-329.
13. <http://medicalbone.nl/services/>.
14. Alamillos Granados, Francisco, Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento en cirugía oral o maxilofacial, Sociedad Andaluz de cirugía Oral y Maxilofacial, 2004.
15. Raspall, Guillermo, Cirugía oral, 1^a Ed, Madrid, Editorial panamericana, 1997. Pp. 1-13.
16. <http://webdelprofesor.ula.ve/odontologia/padilla/atla/abscesoperiapical15.htm>.
17. <http://dentalcayee.com/servicios.html>.
18. H. kwon Paul, "Clinician's Manual of Oral and Maxillofacial Surgery, Chicago, Editorial Quintessence, 1991. Pp. 355-367.
19. Fonseca, Raymond J., Reconstructive preprosthetic oral and maxillofacial surgery, 2nd Ed, Philadelphia, W. B. Saunders, 1995. Pp. 743-820.
20. Kruger, Gustavo, "tratado de Cirugía bucal", 5^aEd, Editorial Interamericana, México D.F., 1978. Pp. 122-137.

21. Pulido rozo Miryam Amparo, vestibuloplastia con láser. Reporte de caso clínico, Revista Odontológica Mexicana, Octubre-Diciembre 2014, Vol. 18.
22. Delgado Galindez, Malla de titaneo: Alternativa de tratamiento en la atrofia mandibular severa, Revista ADM, Julio-Agosto 2008 Vol. LXV No. 4
23. Goiato, Coelho, Aumento quirúrgico del reborde mandibular: Estabilidad y función, Acta Odontológica Venezolana, 2007, Vol. 45.
24. Guralnick, Walter, Tratado de cirugía, Barcelona, Salvat, 1971. Pp. 168-169.
25. Hopkins, Rusell, Preprothetic Oral Surgery, 1^a Ed, Philadelphia, Pensylvania, Editorial Lea y Febiger, 1987. Pp.