

PRINCIPIOS DE CIRUGÍA PRE- PROTÉSICA

ELIZABETH PASTRANA

Introducción

La cirugía periodontal con finalidad protésica se planifica a partir de tejidos saludables, dado que el objetivo principal no será la eliminación de la enfermedad periodontal, sino crear mejores condiciones para la realización de un trabajo protésico.

Preparativos pre quirúrgicos generales

Estudio clínico , Radiográfico ,plan de tratamiento, pronóstico y posibles complicaciones.

Estudio clínico: observación y palpación valoramos

mucosa firme y adherida al hueso que sirva de soporte a la prótesis

surco vestibulares suficientemente profundos y libres de inser músculos.

Frenillos móviles que impidan la prolongación de las aletas de las prótesis

Preparativos pre quirúrgicos generales



La exploración radiográfica: existencia de raíces, quistes residuales, dientes retenidos, relación de estructuras óseas entre si. Y con los órganos vecinos (fosas nasales senos, nervios, arterias.)



Estudio de modelos: elemento indispensable para establecer el diagnóstico, relación entre maxilares.



Exámenes previos

Procedimiento sobre tejidos Blandos



Frenilleptomia



Bridas cicatrizales



Hiperplasia del surco vestibular



Hiperplasia de mucoperiostio (bordes blandos y reborde inf. fibroso).



Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad y el paladar.



Hiperplasia papilares del paladar.



Inserciones musculares.(Vestibuloplastia)

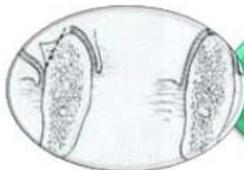


Tejido Mucogingival.

Procedimiento sobre tejidos Duros



Exodoncias y alveoloplastias.



Protuberancias y crestas agudas.



Torus palatinos y mandibulares.



Tuberocidad



Apofisis genis y cresta milihiodea.



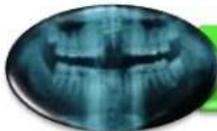
Raíces, dientes incluidos y quistes residuales.



Tuberoplastia y cigomatoplastia.



Plastia de aumento.



Osteotomias correctoras (c. ortognatica)



Distracción ósea



Implantes aleoplásticos dentales



Profundización del nervio mentoniano.

Cirugías periodontales Pre protésicas



Cirugía periodontal a colgajo



Hemisección



Técnica de sección radicular



Alargamiento de corona o restablecimiento del espacio biológico



Tunelización

Cirugías periodontales Pre protésicas

Cirugía estética

- C. engrosamiento del área edéntula mediante un injerto de tej. Conectivo subepitelial



- C. de aumento de la altura del área edéntula mediante un injerto libre de encía.



- C. preservación de la cresta con injerto óseo.



Cirugías periodontales Pre protésicas



3. Cirugía Mucogingival:



Injerto libre de encía



Injerto de tej. Conectivo subepitelial



4. Regeneración tisular y ósea guiada.

Cirugías periodontales Pre protésicas

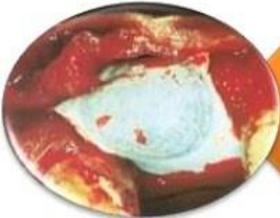
5. Implantes



edentulos totales, Edentulos parciales y Implantes unitarios, Implantes inmediatos a la exodoncia



Aumento de tej. Queratinizado gingival alrededor del implante



Regeneración tisular guiada y ósea alrededor de los implantes



Alargamiento de corona o restablecimiento del espacio biológico

Objetivo:

Conseguir suficiente estructura dentaria sana para una buena retención de la futura restauración, sin alterara el espacio biológico de inserción.

Indicaciones:

Siempre que exista la necesidad de tallar un diente para recibir una corona, las medidas clínicas y radiográficas nos permite determinar si el margen del tallado en alguna superficie del diente se localiza a menos de 3 mm de la cresta ósea alveolar.

Rehabilitación oral: El terminado de una preparación de dientes con finalidad protésica; el margen de la encía debe quedar , como mínimo, a una distancia de 3 a 4 mm del margen óseo .

INVESTIGADORES	METODO	AÑO DE INV	RESULTADOS
STANLEY	NECROPSIA	1955	Prof-surco 0,99 mm MG-CRESTA A. 2,71mm
GARGIULO y cols	NECROPSIA	1961	Prof-surco:0,69 – E.U 0,97 Inser.fib.conj 1,04 de la sup erf Rad. La media 3mm
TRISTAO	HISTOMETRIA(<i>IN VIVO</i>)	1992	La media 2,75 a 3,34 mm

Indicaciones:

Según DIAS Y Col 1991. variedad de situaciones:

- Caries localizada subgingivalmente muy próximas o invadiendo el surco gingival.
- Substitución de prótesis o restauraciones cuyos márgenes están localizados subgingivalmente.
- Fracturas dentales invadiendo el espacio biológico
- Exposición de la superficie dental para aislamiento absoluto.
- Perforaciones endodóntica o conductos colaterales situados en proximidad al fondo del surco gingival.

Indicaciones:

Hiperplasia gingival.

Coronas clínicas cortas

**Fracturas dentarias
subgingivales**

Caries subgingival

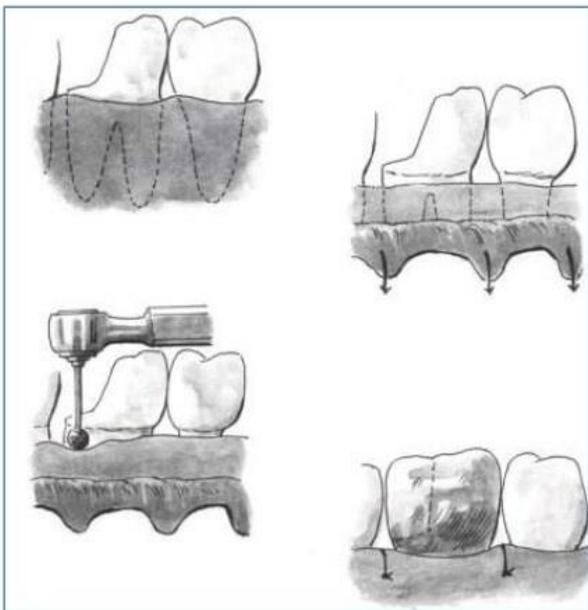
Perforaciones

**Reabsorciones radiculares
externas**

Dientes No erupcionados

Erupción pasiva tardía

Alargamiento de corona



Limitaciones:

**Proporción corona raíz
inadecuada.**

Exposición de las furcaciones

**Valor estratégico y posición en
la arcada del diente**

**Necesidades restaurativas
posteriores**

**Consideraciones estéticas y
fonéticas**

Oclusión

Higiene oral posterior correcta

**Presencia de encía
queratinizada**



Ventajas :



Se obtiene una mejor retención clínica para colocar una corona o para servir de pilar de puente.



Evita la colocación de márgenes subgingivales



Facilitar la higiene oral



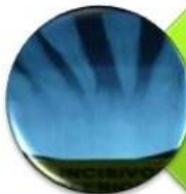
Posibilita mayor duración del tratamiento restaurador y del diente.



Desventajas



Alteración de la porción corona raíz



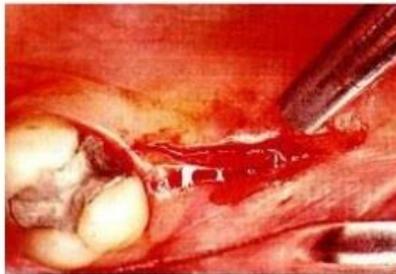
Los dientes adyacentes también pierden soporte óseo



La raíz tiene menor diámetro que la corona.

CUÑA INTERPROXIMALES

Técnica de KRAMER Y SCHWARZ1964, se usa para el aumento de corona clínica y eliminación de bolsas intreproximales de dientes adyacentes a zonas edéntulas.



CUÑA INTERPROXIMALES

TECNICA DE CUÑA DISTAL DE ROBINSON 1966 lo especial de la tecnica es la incisión en forma de V realizada para el alargamiento de corona clínica.



CUÑA INTERPROXIMALES

TECNICA DE GREIN Y Cols, 1993; usada cuando existe acceso suficiente y cuando se desee preservar la encía queratinizada, en los casos de prótesis periodontal.



Técnica de Hemisección.

Objetivos:



Eliminación de la furca afectada, para mejorar higiene



Eliminación de las bolsas profundas



Eliminación de una raíz con mal pronóstico

Indicaciones:



Furcación tipo II y III



Defecto vertical profundo



Fractura o perforación de una raíz



Fallo de endodoncia



Caries o reabsorción radicular

Técnica de Hemisección.

Ventajas



Conservación de un molar como pilar de una prótesis



Técnica sencilla



Facilidad de la higiene

Desventaja



Endodoncia



Prótesis fija ferulizante x general



Alto costo



Oclusión bien controlada

Objetivo: comunicar ambos lados de la furcación mediante un túnel, para higienizarse mejor.

Técnica de Tunnelización

Indicaciones



Lesiones de furca II - III



Raíces divergentes y largas



Mal higiene



Raíces cortas



Osteotomía excesiva



Tendencia a la caries

Limitaciones



Ventajas



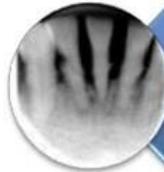
Es un tratamiento mas conservador que no requiere endo , ni tratamiento rehabilitador posterior.



Desventajas:



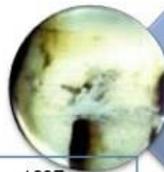
la encía tiende a recubrir la furcación.



Tendencia a caries radicular



Muy buena higiene



Arquitectura negativa que facilita la acumulación de placa.

Cirugía de engrosamiento del área edéntula mediante un injerto de tejido conectivo subepitelial y aumento de la altura del área edéntula mediante un injerto libre de encía

Objetivos:



Aumentar el grosor y la altura gingival de una zona edéntula.



Corregir problemas estéticos y funcionales en la prótesis fijas para evitar pónicos muy largos.



Mejora la estética gingival de la línea de la sonrisa.



Indicaciones: áreas edéntulas con hundimiento gingival con un efecto estético negativo.

Cirugía de engrosamiento del área edéntula mediante un injerto de tejido conectivo subepitelial y aumento de la altura del área edéntula mediante un injerto libre de encía

Ventajas:



Rápida cicatrización



Poca molestia



Gran mejora estética



Necesidad de una zona donadora quirúrgica



Puede ser necesario una segunda intervención.



Tec.lim por el grosor de tej- conectivo de la zona dadora.

Desventajas:

Cirugía de preservación de la cresta con injerto óseo



Cirugía de preservación de la cresta con injerto óseo



Cirugía de preservación de la cresta con injerto óseo



Fig. 12.4. Sutura del alveolo en el que se han colocado esponjas de colágeno encima del injerto de hueso.



Fig. 12.5. Caso en que se cubre el alveolo con un injerto libre de encía.



Fig. 12.6. Colocación de prótesis provisional removible.



Fig. 12.7. Cicatrización a los siete días.



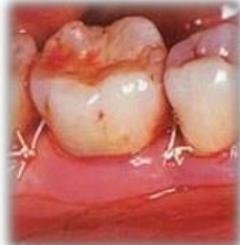
Fig. 12.8. Cicatrización a los quince días.



Fig. 12.9. Visión postoperatoria final a las cuatro semanas.

REGENERACIÓN TISULAR GUIADA

Nueva formación de hueso alveolar, tej-conectivo y ligamento periodontal mediante la exclusión de células epiteliales al colocar un a membrana que actúa como barrera interceptora.



Objetivo:

Evitar que las células epiteliales de cicatrización procedentes de la encía, que se reproducen y se desplazan mas rápido lleguen al espacio a regenerar y dar así tiempo a los osteoblastos y de mas células del ligamento periodontal a llenar el espacio vacío.

REGENERACIÓN TISULAR GUIADA

En el World Workshop in Periodontics se concluye que los procedimientos periodontales regeneradores están indicados cuando el resultado esperado mejora la anatomía local y/o función y pronóstico del diente(s) o region .

Las alteraciones de mejor resultado clínico y pronóstico son:

- Defectos intraóseos
- Furca clase II (vest-en molares sup, vest y ling- M.inf.
- Dehisencias óseas



Indicaciones:

Defectos óseos verticales de 1,2,3 paredes.

Furcaciones tipo II

Engrosamiento óseo de áreas edéntulas.

Retracción gingival graves.

Cubrimiento de dehiscencia y fenestraciones.

Defectos óseos alrededor de los pilares o implantes.

Cubrimiento de lesiones óseas apicales por causas endodónticas.



Limitaciones:

Falta de H. interdental para soportar la membranas y contener lig.periodontal.

Perdida Ósea horizontal.

Furcaciones tipo III.

Falta de encia para cubrir la membrana.

Difícil acceso en las zonas posteriores (colapso de membrana).

Exposición de membrana durante la cicatrización.

REGENERACIÓN TISULAR GUIADA



Lesiones intraoseas inicio y tratamiento después de 6 meses

REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA

Dahlin y cols 1989 y Buser y Cols 1990, desarrollaron esta técnica.

Indicaciones :

Diversas deformidades establecidas por el reborde.

Regeneraciones óseas en alveolos frescos.

Formar hueso alrededor de los implantes recién instalados.

Corrección de pérdidas óseas que ocurrieron durante y después de la osteointegración de los Implan.

REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA



Ventajas:



Preservación del reborde para mejores condiciones estéticas para la confección de P.fija, adhesiva y removible.

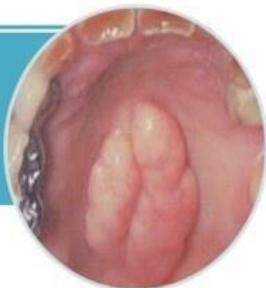


Preparación del área para la colocación de un implante



TORUS PALATINO Y MANDIBULAR

Indicación:



- El volumen de la exostosis produce trastornos foniatricos.
- La posición de la exostosis impide el sellado del borde posterior de la dentadura
- Se pierde la estabilidad de la base protésica debido al efecto de palanca
- Provocan ulceraciones e inflamación por traumatismo mecánico.



CIRUGIA DE TORUS PALATINO Y MANDIBULAR



Ventajas:



Uso de PPR y Completa.



Fonación



Desaparece el Trauma por alimentación



Incomodidad del paciente.



Desventajas:



Procedimiento doloroso

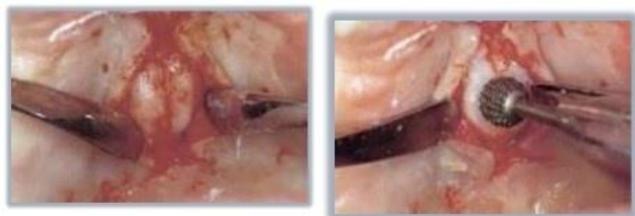


Traumático



Realizado preferiblemente solo por especialistas

CIRUGIA DE REMOCIÓN DE TORUS PALATINO



CIRUGIA DE REMOCIÓN DE TORUS LINGUAL



Cirugía de corrección del reborde alveolar mediante injerto de material aloplástico.



Indicaciones:



Crestas de clase IV



Reabsorción vertical (Clase V-VI).



Presencia o no de mucosa flotante

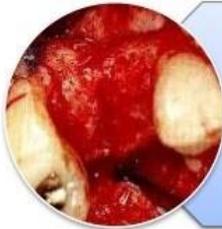
Objetivo: Recreación del volumen adecuado de la cresta alveolar para la mejor recepción de una prótesis total o removible.

Cirugía de corrección del reborde alveolar mediante injerto de material aloplástico.

Ventajas:



Resolver problemas de la reabsorción de los injertos autologos.



Reducción de la morbilidad postoperatoria evitando la toma de injertos.

Cirugía de corrección del reborde alveolar mediante injerto de material aloplástico.

Desventajas:



Exposición con sobreinfección y necesidad de remoción del injerto (*Bloque), tanto en postoperatorio inmediato, como tras de recibir carga funcional protésica.

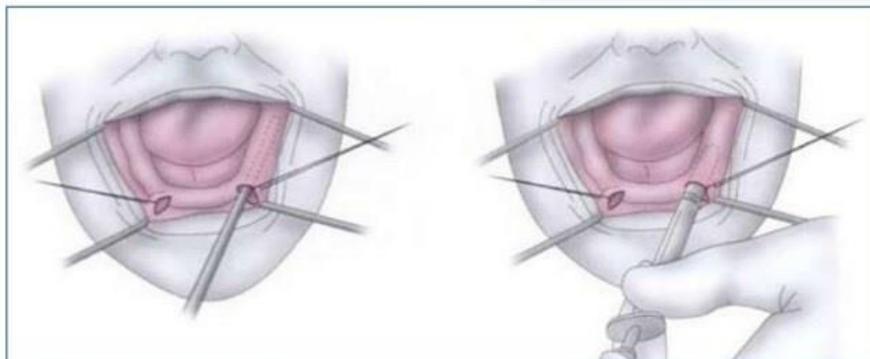


Compactación y migración *(Gránulos) con pérdida parcial del resultado y creación de morfología desfavorable de la cresta alveolar.



Rehabilitación con implantes osteointegrados en estos casos, dificultan su inserción y osteointegración

Cirugía de corrección del reborde alveolar mediante injerto de material aloplástico.



Frenillectomia Labial

Indicado en sobreinserciones de frenillos labiales.

Objetivo: eliminar el tejido fibroso del frenillo para poder cerrar el diastema entre I.C

Ventajas : Estética, reordenamiento de espacios en I.

Rehabilitación: no generar supra contornos al restaurar esa zona



Frenillectomia lingual

Indicado en sobreinserciones de frenillos linguales.

Objetivo: eliminar el tejido del frenillo para poder usar una P:P:R o completa y fonación

Ventajas : No desalojo de la PPR, vocalización.

Rehabilitación: estabilidad de la PPR o P.totales Inferiores



Alveoplastia

OBJETIVOS:

LOGRAR UN REBORDE ALVEOLAR LISO, ANCHO Y REDONDEADO

Clasificación de las Alveoplastia:

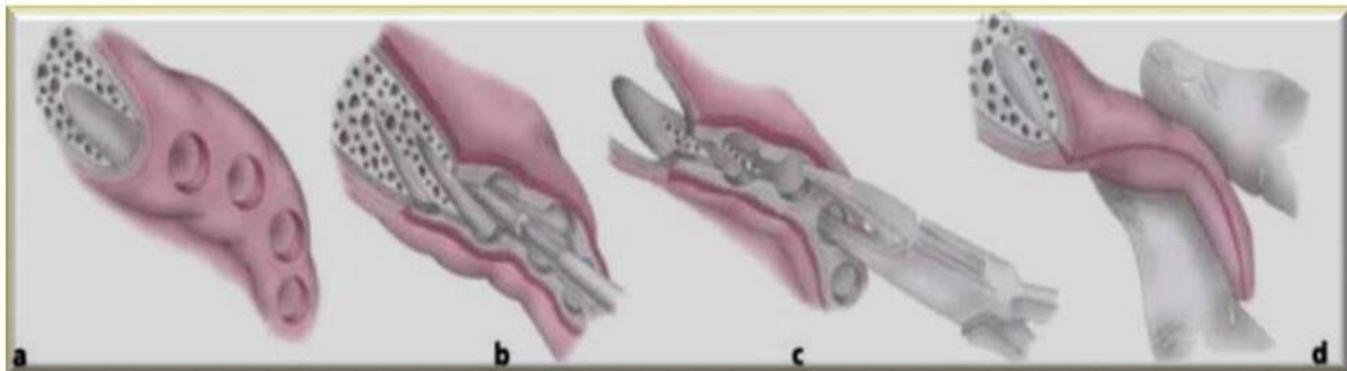
- Alveoplastia Intraseptal o de Dean.
- Alveoplastia reducción vertical o Cortical Vestibular.
- Compresión Alveolar.
- Alveoplastia Simple.
- Alveoplastia De Obwegeser.

PRECAUCIONES

- RESECAR LA MENOR CANTIDAD DE HUESO
- CONSERVAR HUESO CORTICAL
- DIFERIR PLASTIA

Alveoloplastia Intraseptal.

Indicada extracciones recientes y donde se presenta altura del cresta adecuada pero con una acentuada concavidad.



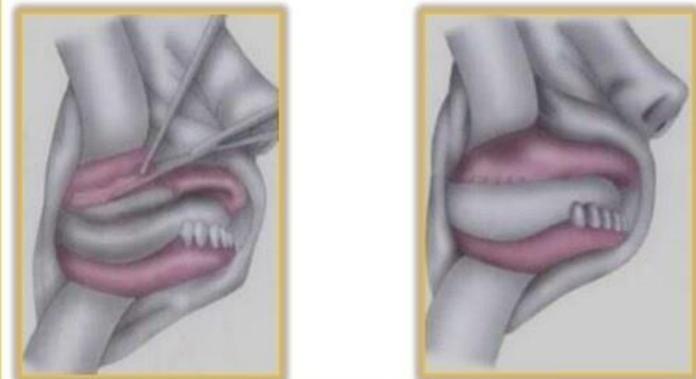
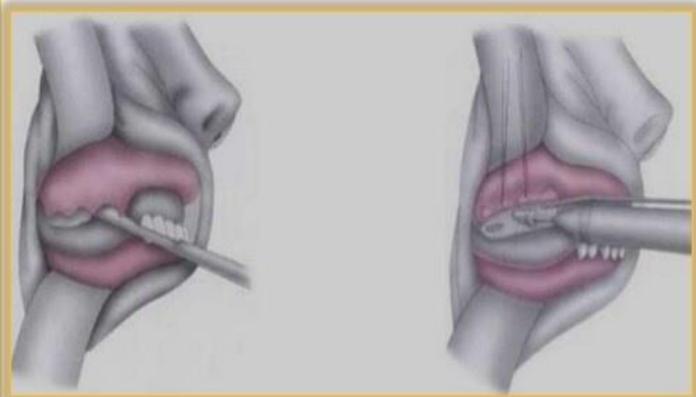
Alveoplastia reducción vertical.

Objetivo : acondicionamiento de la cresta alveolar en altura para la obtención de una morfología menos cortante e irregular.

Indicaciones:

Crestas residuales con buena altura de escaso espesor (Clase IV de Cawood y Howell) .

Pacientes edentulos y portadores de prótesis que se quejan de dolor durante la masticación por decúbitos de la mucosa producidos por la prótesis.



IMPLANTES



Factores para el éxito:

Composicion(Titanio*, acero quirurgico y vanadio).

Rugosidad de la superficie del imp. (microirregularidades por : plasma de titanio, hidroxiapatita, corrosión acida, baños abrasivos)

Inducción a la regeneración ósea (hidroxiapatita, Proteína óseas morfogenéticas aplicadas a loa implantes o aplicada en el lecho

Factores para el éxito:



Forma del implante.

Técnica quirúrgica conservadora para el tejido óseo.

Irrigación <math><47^{\circ}\text{C}</math>.

Periodo de cicatrización (4 Mand- 6 Max mese)

Correcta planificación del caso.

F. Anatómicos locales (cantidad y calidad de hueso)

Factores para el éxito:



Factores
sistémicos
del
paciente:

F.afectanel potencial de
regeneración ósea; diabetes
mellitus No controlada,
radioterapia, osteoporosis,
disfunciones hormonales
G.tiroides

F.que complican la terapia
quirúrgica;

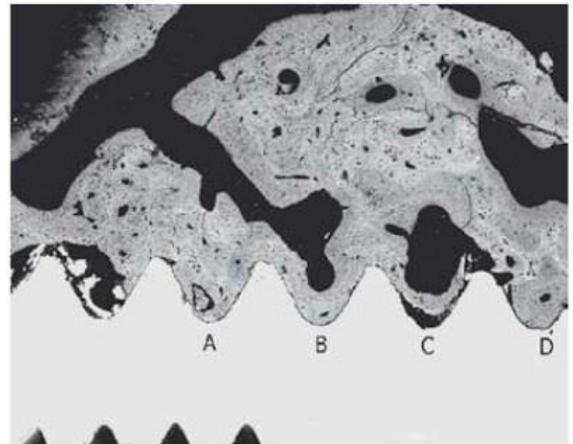
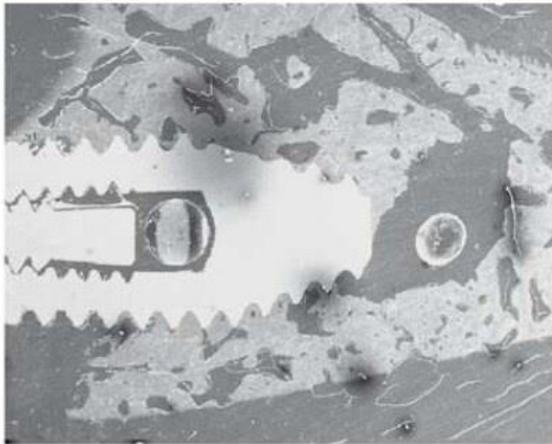
L.cardiacas, hipertensión,
insuficiencia hepática o
renal.

F.psicologicos.



IMPLANTES

Osteointegración



IMPLANTES

Aspectos a tener en cuenta.

2.- ubicación tridimensional.

- **Cérvido apical:** tapa implante debe de estar entre 2 y 4 mm del futuro margen gingival o lim- amelocementario del diente vecino.
- **Vestíbulo palatino,** tapa implante debe de estar a 2mm de una línea que pasa por el ecuador de los dientes vecinos.
- **Mesio-distal,** tapa implante debe de estar a 2mm de los dientes vecinos.



IMPLANTES

Aspectos a tener en cuenta.

3.- Control intraquirúrgico. (paralelizadores, Rx).

4.- Presencia de papilas; estética.



ESTUDIO DE TARWOW 1992

Distancia cresta punto de contacto	% éxitos
5mm	100
6mm	56
7mm	27
> ..mm	< papilas

IMPLANTES

Aspectos a tener en cuenta.

5.- colgajo con preservación de papilas. (1 a 2mm)



6.- volumen vestibular.

Colocación de injerto mejora volumen y estética.

*línea de sonrisa alta



IMPLANTES

7.- Restauración protésica

8.- Oclusión: Evitar todo tipo de contacto, especial mov. Lateralidad.

Contacto por extrusión, oclusión acomodativa, el Dr. Jiménez López 2005, concluyo en sus investigaciones que “ el contacto en reposiciones unitarias es un riesgo absurdo, ya que no aportan ninguna ventaja de funcionalidad.

Canino F. grupo



PROTESIS TOTAL
FIJA SOBRE
IMPLANTES



PROTESIS PARCIAL
FIJA SOBRE
IMPLANTES.



PROTESIS REMOVIBLE
FIJA SOBRE
IMPLANTES