



I'm not robot



Continue

diagnóstico de certeza y una cuidadosa planificación quirúrgica ayuda a alcanzar estos objetivos. La autoevaluación crítica del cirujano también es un factor esencial. Este artículo describe la breve sistemática de un procedimiento quirúrgico e ilustra su solicitud a través de la presentación de dos casos. El primer caso muestra la técnica de exposición para la preservación de papilas y tejidos blandos, y la reconstrucción de la papila. El segundo caso describe la reconstrucción de la encía insertada perdida en el área del proceso alveolar y en el vestibulo después de un aumento óseo usando un injerto de cresta ilíaca. Intervención sistemática y principios quirúrgicos generales Después de la fase preparatoria, el procedimiento quirúrgico sistemático es similar en todos los casos:•Establecimiento del diagnóstico y toma de decisiones de la intervención quirúrgica.•Anestesia local.•Incisión y exposición del campo quirúrgico.•Intervención quirúrgica en sí (como cirugía de tejidos blandos, osteotomía, eliminación de posibles cambios patológicos).•Limpieza y hemostática, si procede.•Informe e informe e informe e instruya al paciente. La mayoría de las incisiones se basan en formas geométricas básicas simples (fig. 1). En muchos casos es necesario modificar la incisión para lograr una buena exposición del campo quirúrgico y proteger las estructuras anatómicas. Al modificar la incisión es necesario garantizar una buena visibilidad, la posibilidad de expansión de la incisión y la buena vascularización de la solapa del tejido blando formado (base de colgajo ancho). Se debe evitar que el campo quirúrgico se encuentre por debajo de la incisión que requerirá costura al final de la intervención. Las cicatrices también deben evitarse en áreas estéticamente relevantes, lo que requiere una planificación cuidadosa del tipo de incisión que se debe hacer. También debe tenerse en cuenta que el desperscente conduce a la resorción ósea y puede tener un impacto negativo en la superposición de tejidos blandos. Cada incisión debe ser el resultado de una reflexión previa y debe ser lo más pequeña posible, pero tan grande como sea necesario. Wassmund8 ya definió en 1935 los criterios para lograr incisiones efectivas:•Asegúrese de una buena vista del campo quirúrgico.•Mantenga los bordes de la herida ósea lejos para evitar heridas en el borde de la herida.•La incisión debe hacerse en una base ósea esencial para cubrir completamente la herida para prevenir infecciones. A continuación se presentan dos casos que requirió la aplicación de técnicas quirúrgicas especiales en el tejido blando para obtener un buen resultado estético y funcional. Casos clínicos 1: W Plastia modificada para la reconstrucción o preservación de papilas en la exposición de implantes unitarios en el área estética Figuras 2a a 2f muestran tratamiento de implantes en un paciente que sufrió traumatismo en el sector anterior con fractura de raíz del diente 21.Después de la extracción del diente 21 y la raíz en reposo, se realizó un procedimiento para preservar el sistema con material de reemplazo óseo. Tres meses después de la consolidación del implante de alvéolos (templante ICX, Medentis Medical, Demau) se colocó en la región de 21 después de la preparación de un colgajo mucoperiostico. El paciente recibió tratamiento con prótesis temporal extraíble hasta la restauración final. Después de la osteointegración, a los 3 meses, se realizó la exposición del implante utilizando W-plastia modificada según la técnica Haessler et al2. La incisión se practica de modo que con una sutura de ida y vuelta en ambos ángulos de la W se levanta la papila. En este caso, se levantó la estabilidad y la papila, proporcionando ángulos w con una abertura adaptada a las necesidades específicas, que en combinación con el molde gingival correspondiente proporcionó estabilidad a la papila interdental. Se debe utilizar un bisturí de microcirugía para preparar las encías con el fin de reconstruir la papila. Si para levantar la papila es necesario practicar una sutura de ida y vuelta se recomienda utilizar una sutura de monofilamento delgada (5/0 o 6/0). Se eligió una morfología de la corona cerc en cerámica sin metal para reforzar la conformación estética del tejido blando periimplant. Caso 2: Reconstrucción de la zona de las encías insertada después del aumento del tejido y la implantación por exposición con solapa de desplazamiento apicalLa pérdida de un área de las encías insertada después de una intervención de aumento óseo para corregir un proceso de atrofia alveolar requiere una reconstrucción de esta zona. Para recubrir el injerto óseo ilíaco mediante cirugía plástica es necesario movilizar una gran cantidad de tejido blando de áreas adyacentes, ya que tanto el proceso alveolar óseo como la encía insertada. Una buena reconstrucción de la zona de las encías insertadas es esencial, ya que este procedimiento logra mejores condiciones para una higiene bucal adecuada y reduce el riesgo de periimplantitiis. Las figuras 3a a 3e ilustran la Quirúrgico. En el presente caso, era necesario movilizar una solapa de desplazamiento apical para aumentar el área de la encía insertada alrededor del implante. Como se muestra en el diagrama de la Figura 3a, se hace una incisión de lingual con secreción vestibular para preparar el colgajo mucoso protegiendo la papila. Con la movilización de la solapa mucosa se expone el implante. El molde de gingival colocado es adecuado para una mejor orientación. La solapa mucosa se moviliza a vestibular y se fija en el pico de la línea mucogingival con suturas perísticas. Además, la solapa mucosa se fija con puntos simples en las incisiones de descarga y en el área periimplantación. Es posible que una parte de la región lingual sane para la segunda intención, que, sin embargo, no tiene efectos negativos en el área de la encía perim implantada. Técnicas de material y suturaCon la sutura practicada después de la cirugía, se pretende lograr un cierre estable de los tejidos blandos. El material de sutura es un factor que puede condicionar el éxito o fracaso de un tratamiento3. Sin embargo, sólo no se debe tener en cuenta la cicatrización rápida de heridas. Una técnica de sutura refinada minimizará las cicatrices, lo que es especialmente importante en el área estética. Tenga en cuenta que la aguja utilizada puede dañar significativamente los tejidos. Sin embargo, dado que sólo se utilizan combinaciones de hilo atraumático y aguja en la odontología, el riesgo de lesiones asociadas a la aguja se ha reducido significativamente6,7.El propósito de la sutura es proteger la herida de la penetración bacteriana, inflamación y curación retardada1,3,4. El tipo de material de sutura utilizado es importante porque los hilos trenzados, por ejemplo, influyen negativamente en la curación por su efecto de mecha7. El material monofilamento ofrece claras ventajas debido a su baja tendencia a depositar placas, pero por otro lado su rigidez afecta a la comodidad de uso. Por esta razón, sólo el material de sutura monofilamento delgado debe utilizarse exclusivamente en cirugías cosméticas de tejidos blandos. Las rosas gruesas convencionales (3/0) son perfectamente adecuadas para el cierre de la herida con una sutura simple. Los materiales de sutura se clasifican:•Basados en sus propiedades de reabsorción en:-Reabsorbibles.–No reabsorbibles.•Dependiendo de la forma del hilo en:-Monofilament.–Polyfilament.–Pseudomonofilament.•Dependiendo de la unión del hilo de la aguja en:-Traumático o atraumático. El material de sutura tiene las siguientes indicaciones:•No reabsorbible (monofilamento siempre que sea posible)–Todas las heridas extraorales.–Heridas orales.•Reabsorbible (ácido poliglucólico)–Niños o personas limitaciones terapéuticas.–Suturas de fijación (plasty vestibular).–Suturas intradérmicas. La Figura 4 muestra los puntos simples y la sutura del colchón. El punto simple es, con mucho, el tipo de sutura más común que se puede aplicar en casi todas las situaciones y prácticamente en todas las regiones anatómicas. La sutura continua es muy útil para un cierre seguro y estable para la tracción de grandes incisiones1,5. Las figuras 5 y 6 muestran la técnica de sutura continua. La sutura continua está indicada en las siguientes situaciones:•Incisiones cutáneas anchas (por ejemplo, para la extracción de material óseo de la cresta ilíaca).•Grandes incisiones en la cresta alveolar para la colocación de implantes sin medidas de aumento.•Extracción de varios dientes adyacentes.•Uso de material de sutura reabsorbible sin puntada de extracción. DiscusiónEl material de sutura debe elegirse con especial cuidado debido al alto grado de contaminación bacteriana y un mayor efecto de mecha. Los problemas de manipulación de cables monofilamento se resolvieron en gran medida con el desarrollo de material pseudomonofilico recubierto. La modificación de las técnicas de incisión está destinada a obtener mejores resultados funcionales. Es incuestionable que un cirujano especialista necesite tiempos de intervención más cortos, lo que beneficia el resultado quirúrgico general y promueve una mejor curación debido a la menor agresividad tisular5. La técnica quirúrgica y el material de sutura deben elegirse siempre de acuerdo con la indicación y el caso específico. Derechos de autor © 2012. Quintessenz Verlags Verlags