

Charles A. Babbush
Joel L. Rosenlicht

CAPÍTULO 14

LATERALIZACIÓN DEL NERVIJO ALVEOLAR INFERIOR Y DISTALIZACIÓN DEL PAQUETE NEUROVASCULAR MENTONIANO

Desde el desarrollo de la reconstrucción con implantes endoóseos a inicios de los años 1960, la mandíbula posterior con atrofia severa ha presentado desafíos para el equipo de reconstrucción implantológica. Evidentemente, la presencia del conducto alveolar inferior y su contenido ha requerido la toma de precauciones por parte del implantólogo para evitar el daño a las estructuras vitales del conducto (Figuras 14-1 y 14-2). Una solución inicial consistió en ingresar quirúrgicamente a la mandíbula posterior, explorar y aislar el nervio alveolar inferior y, en algunos casos, el paquete neurovascular mentoniano y reubicar el nervio sobre una base permanente o temporal conforme se colocan los implantes endoóseos simultáneamente.¹

Debido a su dificultad técnica, este procedimiento de reconstrucción no fue ampliamente utilizado al principio.^{2,3} En los últimos 10 años, sin embargo, ha comenzado a recibir la atención significativa de diversos implantólogos alrededor del mundo.⁴⁻¹¹ Siempre se requiere que el implantólogo esté familiarizado completamente con la anatomía específica (ver Capítulo 7) y el manejo quirúrgico de las estructuras neurovasculares, aun cuando los avances tecnológicos han comenzado a facilitar la reposición del nervio. Con esta consideración en mente, este capítulo repasa las indicaciones y las limitaciones de dos procedimientos relacionados: (1) la lateralización del nervio alveolar inferior y (2) la distalización del paquete neurovascular mentoniano. También proporciona una descripción detallada de la manera como se realizan los procedimientos.¹²⁻¹⁴

■ Indicaciones

La lateralización del nervio alveolar inferior y la distalización del paquete neurovascular mentoniano merecen la consideración al:

1. Reemplazar las prótesis removibles y estabilizar la dentición residual anterior o
2. Estabilizar la articulación temporomandibular y el equilibrio muscular o el tono total, conforme se lleva a cabo la reconstrucción del sistema estomatognático.

Estos procedimientos también sirven para reducir la atrofia del reborde alveolar. Son profilácticos, restituyen la función del hueso una vez que se hayan colocado y restaurado los implantes endoóseos.

■ Limitaciones

Los factores limitantes incluyen los siguientes:

1. Estos procedimientos son técnicamente difíciles y por consiguiente no son convenientes para todos los doctores.
2. Los implantólogos que poseen la experiencia clínica, el conocimiento anatómico y la capacidad de tratar las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias potenciales son los únicos preparados para realizar estos procedimientos.
3. El daño al nervio es un riesgo significativo de los procedimientos. Tanto la manipulación quirúrgica del paquete

El texto continúa en la pág. 237.

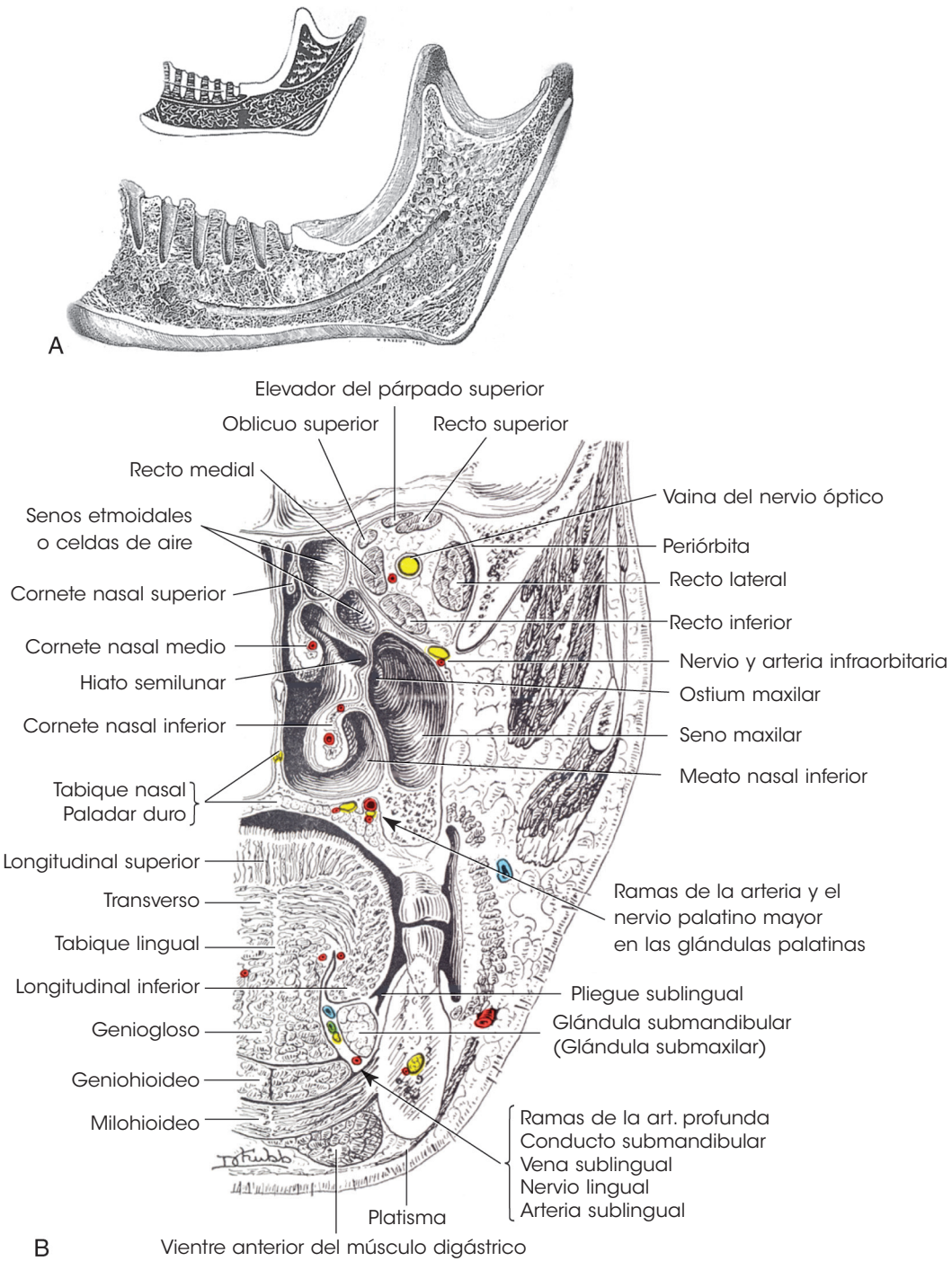


Figura 14-1. A, Vista diagramática de un corte longitudinal de la mandíbula, que demuestra la relación del conducto alveolar inferior y el agujero mentoniano con los ápices dentales. La disminución de la altura vertical del hueso por encima del conducto después de la pérdida de los dientes posteriores es evidente. **B,** Sección coronal de la cabeza con el nervio dentario inferior localizado lejos del hueso cortical bucal y lingual, porque no hay atrofia en este espécimen.

Continúa

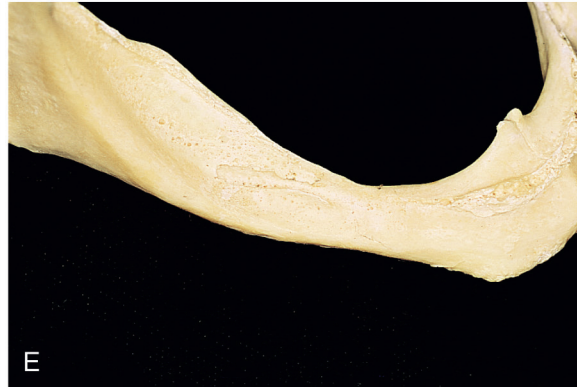
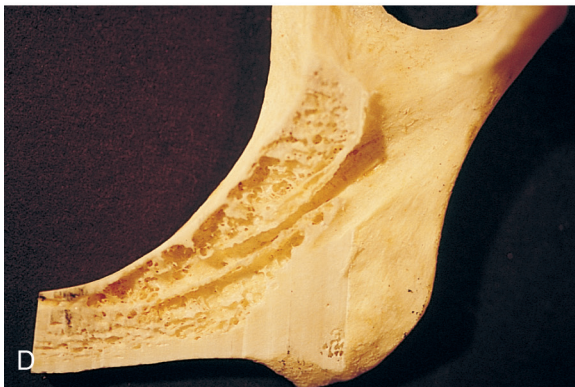
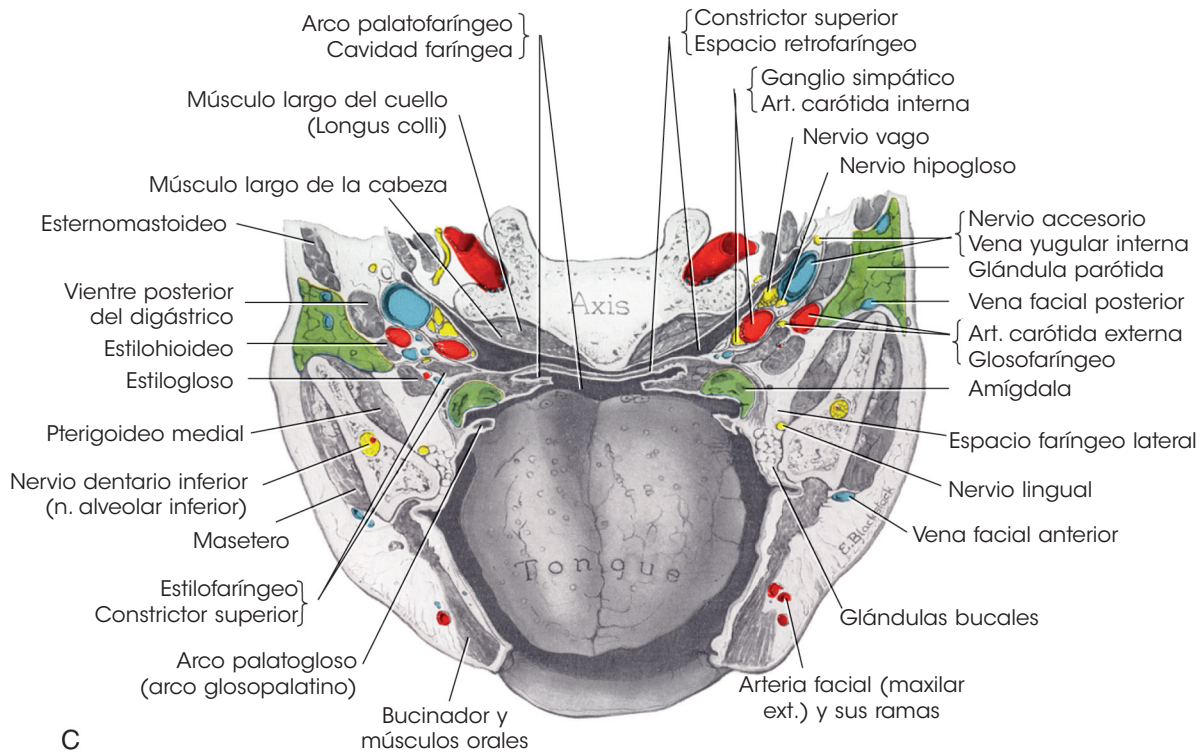


Figura 14-1, cont. C. Sección transversal de la cabeza con el nervio dentario inferior en estrecha proximidad al hueso cortical bucal y lingual, en un reborde con atrofia horizontal muy severa (comparado con la parte **B**, que no se encuentra atrófica). **D.** Una mandíbula con menos de 2 mm de hueso vertical por encima del conducto alveolar inferior. **E.** Una mandíbula que muestra la dehiscencia del hueso sobre el conducto alveolar inferior en la región de los premolares y continúa con el agujero mentoniano.



Figura 14-1, cont. F, Mandíbulas edéntulas que demuestran la posición relativa del agujero mentoniano después de haber sufrido diversos grados de atrofia. **G,** Las secciones transversales seriadas de una mandíbula visualizan la trayectoria del conducto alveolar inferior y del agujero mentoniano, incluyendo la sección a la derecha del agujero, que revela el conducto para el asa anterior del nervio. **H,** Sección transversal de una mandíbula que muestra el hueso cortical bien circunscrito del conducto alveolar inferior. **I,** Las secciones transversales del lado derecho e izquierdo de la mandíbula revelan la simetría bilateral de la arquitectura, posición del conducto y densidad ósea. **J y K,** Las secciones transversales de dos mandíbulas exhiben la atrofia extrema del reborde alveolar, causa por la cual el agujero mentoniano se encuentra situado en la cresta del reborde residual.

Continúa