

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA PREVISIBILIDAD Y EL ÉXITO

RENATO MAZZONETTO
VALDIR CABRAL ANDRADE

INTRODUCCIÓN

A pesar de los recientes avances tanto en las técnicas quirúrgicas como en el campo de la Bioingeniería y de los bancos de tejidos, las reconstrucciones de los defectos de los rebordes alveolares muchas veces también son un gran desafío para el cirujano. En la actualidad, los pacientes que acuden a nuestra clínica para una rehabilitación con implantes son diferentes a los de 15 ó 20 años atrás. Antiguamente, la restauración de la función era el foco primordial de la Implantodoncia. Los detalles para la obtención de una estética absoluta eran relegados a un segundo plano. Mucho de esto se daba principalmente por la incapacidad de posicionar los implantes en forma adecuada en áreas de deficiencias óseas. En la actualidad, eso cambió principalmente con los avances en las técnicas de reconstrucción y un mejor entendimiento de los factores que influyen positivamente esos procedimientos. Esos factores se basan en la institución de un protocolo clínico riguroso, provenientes de un profundo conocimiento biológico y técnico. Como pasos fundamentales para el éxito, podemos sugerir:

- Diagnóstico preciso del tipo de defecto;
- Selección de la técnica quirúrgica más adecuada para el tratamiento del defecto en cuestión;
- Selección del material de injerto ideal, de acuerdo con los criterios biológicos y técnicos bien establecidos.

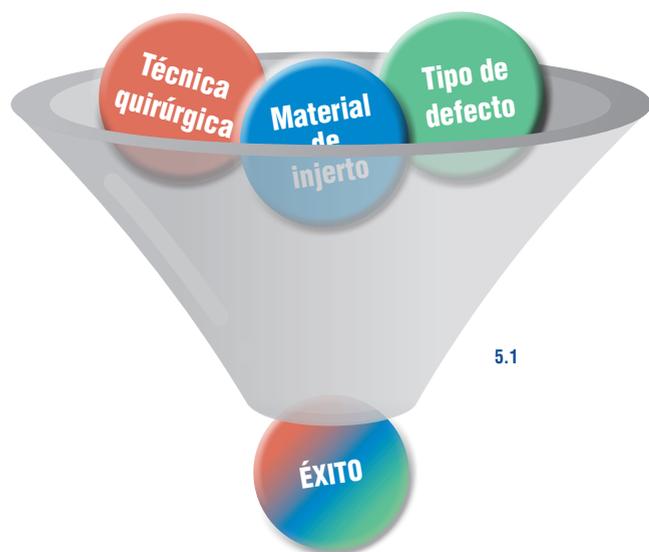


Figura 5.1
Triada compuesta para el logro del éxito y la previsibilidad de nuestras reconstrucciones.

FORMA DE UTILIZACIÓN DE LOS INJERTOS

De acuerdo con el tipo de defecto de los injertos, independientemente de su origen, estos pueden ser utilizados bajo la forma de bloques o particulados.

Si la opción fuera para los bloques, estos pueden ser usados de las siguientes formas:

- *Onlay*, indicados para defectos en espesor;
- En silla de montar, indicados para los defectos asociados en altura y espesor;
- *Inlay*, indicados para defectos intraóseos, en alvéolos o en el seno maxilar.

En el caso que la selección sea un injerto particulado, estos pueden ser utilizados bajo la forma:

- Aposicional sobre el reborde alveolar, en este caso siempre junto con una malla de titanio o membrana con refuerzo, con el objetivo de mantener el injerto en posición y definir la nueva forma de reborde;
- Para el relleno de interfases o espacios entre injertos en bloque, o, también, para mejorar la adaptación de un injerto en bloque sobre un reborde irregular;
- Técnica de levantamiento del colgajo del seno maxilar;
- Técnica de expansión del reborde alveolar.

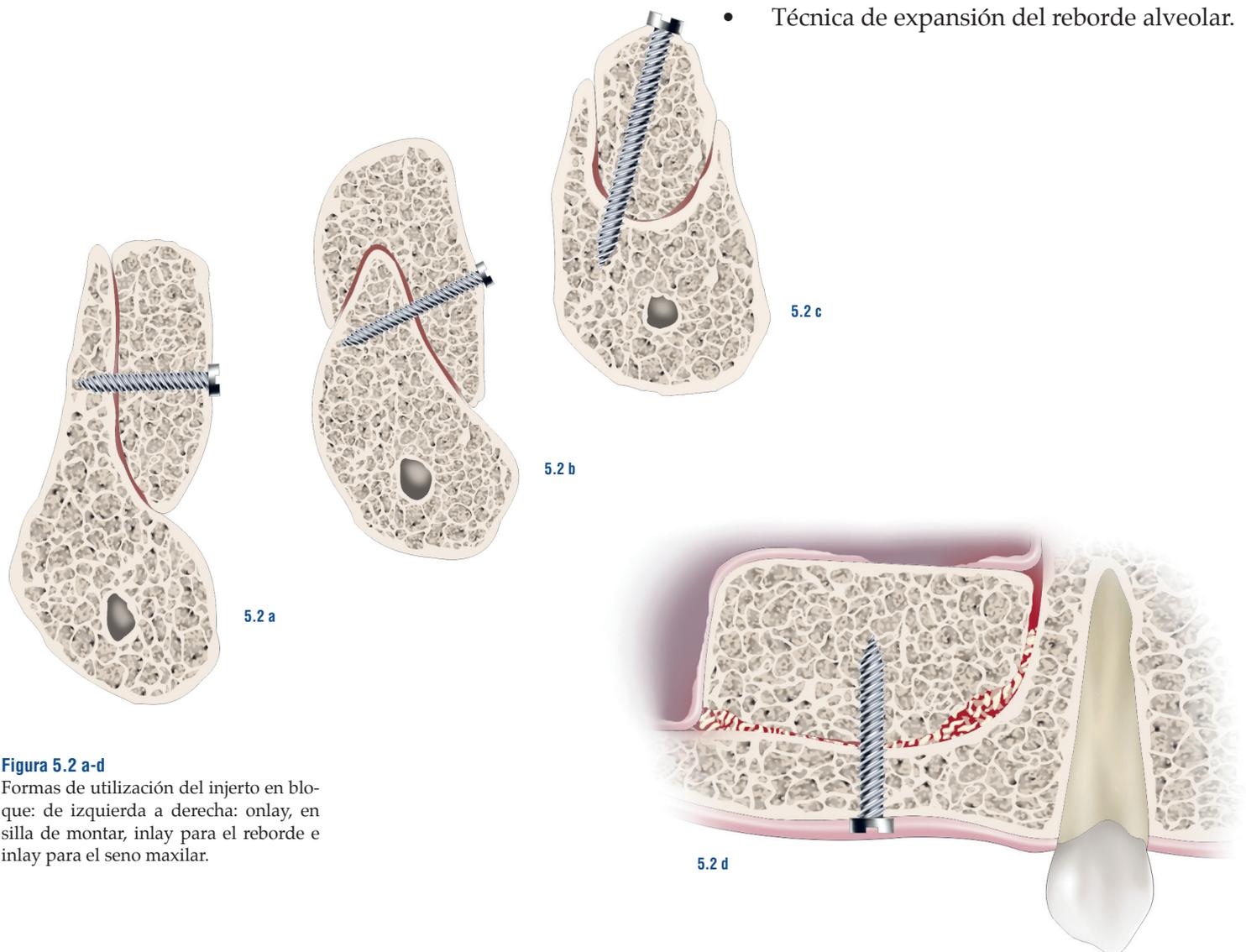


Figura 5.2 a-d

Formas de utilización del injerto en bloque: de izquierda a derecha: onlay, en silla de montar, inlay para el reborde e inlay para el seno maxilar.



PROTOCOLO QUIRÚRGICO PARA EL ÉXITO

Independientemente de la técnica quirúrgica seleccionada, para la realización con criterio y éxito de nuestros injertos, es necesaria una secuencia protocolar de pasos quirúrgicos. Esta secuencia es aplicada en las situaciones clínicas donde el injerto fue la opción seleccionada, incluso con el uso de rhBMP-2. Para la técnica de *distracción osteogénica alveolar*.

La negligencia de uno de los factores descritos a continuación puede poner bajo riesgo el éxito del procedimiento. El Diagrama 5.1 muestra la secuencia a ser seguida para la aplicación de las técnicas quirúrgicas.

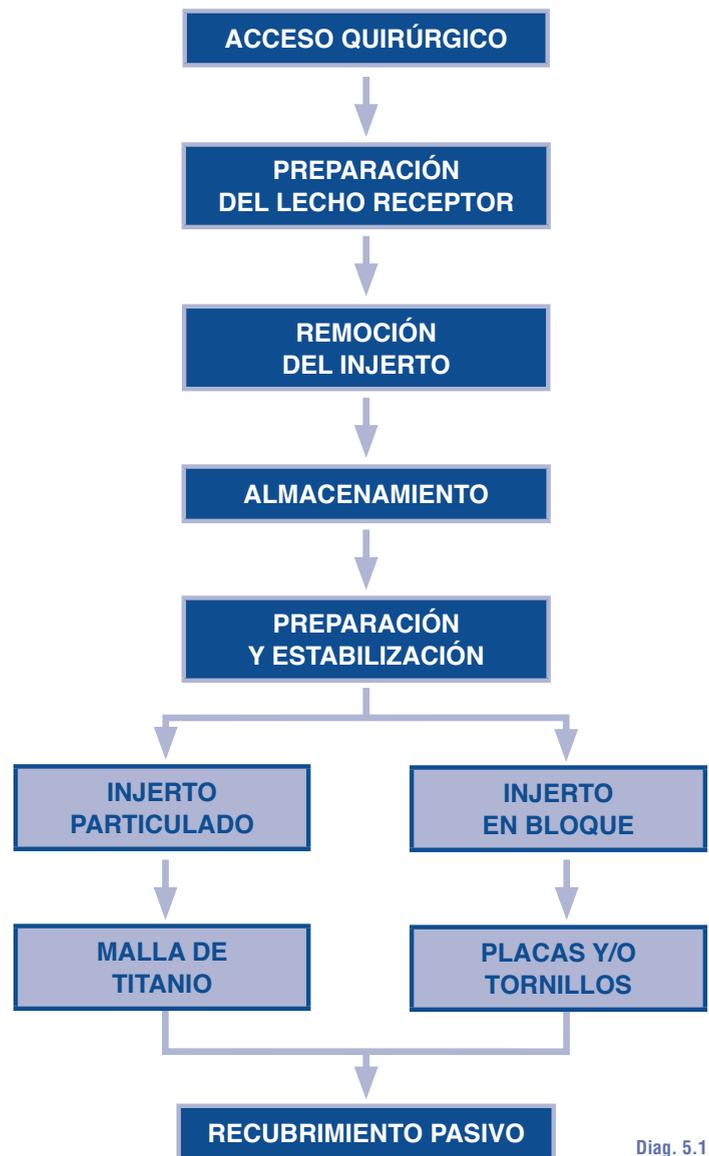


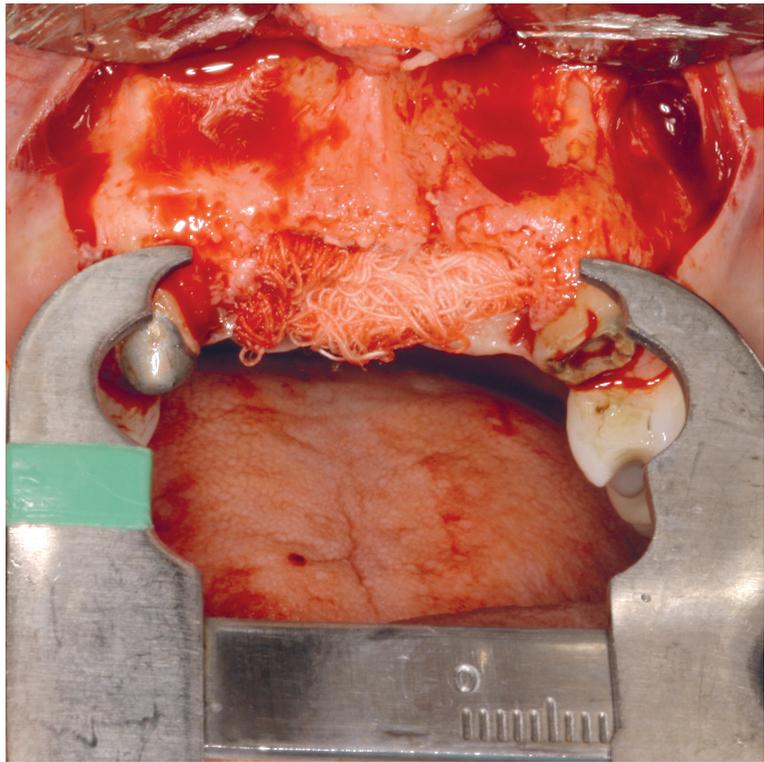
Figura 5.3 a-c
Formas de utilización del injerto particulado, de izquierda a la derecha: aposicional, dentro de la técnica de expansión del reborde y para el levantamiento del colgajo de seno maxilar.

Diagrama 5.1
Secuencia quirúrgica para la aplicación de las técnicas de reconstrucción con injertos.

Diag. 5.1

ACCESO QUIRÚRGICO. Como principio para toda cirugía de reconstrucción de los rebordes alveolares, el acceso quirúrgico debe ser realizado con los objetivos descritos a continuación.

- Proporcionar visibilidad al campo quirúrgico, para la realización de la técnica seleccionada.
- Seguir los principios de técnica quirúrgica conocidos.



5.4

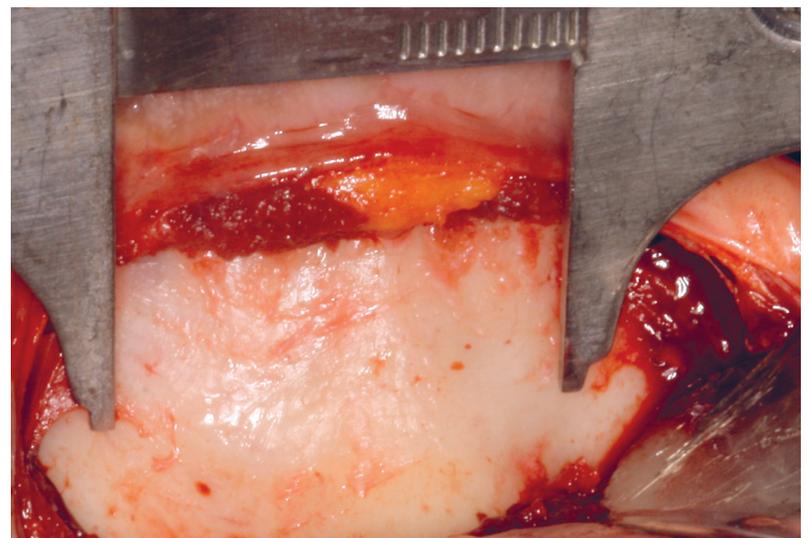
Figura 5.4

Después de haber realizado la planificación clínica y por imagen y ya se ha escogido el área donadora, inicialmente, se debe acceder al área receptora, y así tener una evaluación *in loco* del tamaño del defecto.

Figura 5.5

A continuación, después del acceso al área donadora, con un compás de Castroviejo se hace una previsión del tamaño del injerto a ser retirado, respetando los límites anatómicos.

- Individualizar el acceso de acuerdo con el área donadora y el área receptora seleccionada. Pueden utilizarse diferentes incisiones en distintas áreas donadoras y receptoras.
- Como principio básico para toda reconstrucción, la cirugía se inicia con el acceso a la región del defecto óseo, justo antes del acceso al área donadora. De esta forma, es posible medir *in loco* la magnitud del defecto y relacionarla con la necesidad volumétrica del injerto autógeno. Por supuesto, el área donadora ya fue seleccionada previamente, mediante la evaluación clínica y radiográfica durante la planificación, pero esa evaluación transoperatoria mencionada anteriormente sirve para suministrar el tamaño ideal y preciso del injerto a ser removido. Las Figuras 5.4 y 5.5 ilustran cómo medir el tamaño del defecto y del injerto a ser removido.



5.5