



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

Reg. Top. N. 233 1988

Compra Canje Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

11/10
283 233
1988

00263

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RAUL GERMAN RIOS G.

Código 821269

CIRUGIA PREPROTESICA CON INJERTO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

RECTOR

DR. JORGE ARANGO TAMAYO

DECANO

DRA. MARISOL ARANGO DE LEON

COORDINADOR

DR. JAIRO FORERO

DIRECTOR CURSO

DR. ROBERTO ARCINIEGAS

CONCEPTO DOCENTE

Yo, GLADYS DE VARGAS, odontóloga, especializada en cirugía maxilar y docente del Colegio Odontológico Colombiano hago constar el interés y capacidad investigativo del alumno, Raúl German Rios G, en el presente trabajo.

G. Vargas

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. HERNANDO RODRIGUEZ, Director del Departamento de Otorrinolaringología, del Hospital San José de la ciudad de Bogotá.

Al Dr. MILDARDO SEPULVEDA, Médico Odontólogo, y cirujano maxilofacial.

A la Dra. GLADYS DE VARGAS, odontóloga y cirujana maxilar.

Por ellos porque sin su colaboración, sin sus conocimientos y enseñanzas me habría sido imposible llevar a feliz término el presente, por lo cual me encuentro en el deber de significarles mis más profundos agradecimientos.

DEDICATORIA

El presente no es un tratado didáctico, sino un resumen lo más sucinto posible sobre algunas técnicas de cirugía preprótesica, quiero decir desde luego, va dedicado, no a los que necesitan aprender cirugía preprótesica, sino a los que necesitan refrescar la memoria de lo que aprendimos y en especial a la Dra. Gladys de Vargas y al Dr. Mildardo Sepulveda; por supuesto.



TABLA DE CONTENIDO

CIRUGIA PREPROTESICA	1
DEFINICION	1
CRITERIOS ANATOMICOS PARA REBORDE DESDENTADO IDEAL	1
MANIOBRA TECNICA DE EXTENSION DE REBORDES	2
TECNICAS QUIRURGICAS PREPOTESICAS	3
VESTIBULOPATITA INFERIOR	5
PLANEAMIENTO PREOPERATORIO	6
TECNICA EN EL PISO DE LA BOCA A CIELO ABIERTO	7
TECNICAS DE PREPARACION DEL REBORDE EN EL CASO QUE EL MENTONERO ESTE CASI EN EL REBORDE.	9
TECNICA SUTURA	10
DESCRIPCION DE TECNICA DE SUTURA ESPECIAL PARA EL METODO A CIELO CERRADO DE OBWEGESER.	10
EVOLUCION POSOPERATORIA	11
TECNICAS DEL AUMENTO DEL REBORDE	12
TECNICA DEL INJERTO CON HIDROXIAPATITA	15
VESTIBULOPLASTIA POR EPITELIZACION SECUNDARIA	17
CASO CLINICO	20

CIRUGIA PREPROTESICA

①

DEFINICION:

Es todo procedimiento de tipo quirúrgico correspondiente a mejorar la base ósea y su correspondiente cubierta de tejidos blandos, para preparar, mejorar, preservar y hasta reconstruir los maxilares para lograr un uso prolongado de prótesis confortables y funcionales.

CRITERIOS ANATOMICOS PARA REBORDE DESDENTADO IDEAL²

1. Soporte óseo adecuado en espesor y altura para la prótesis.
2. Hueso cubierto con tejido blando sano y adecuado.
3. Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes.
4. Ausencia de bandas cicatriciales que impidan el asiento o asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
5. Ausencia de rebordes agudos.

6. Surco vestibular y lingual adecuados.
7. Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis.
8. Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superiores e inferiores.
9. Ausencia de pliegues de tejidos blandos o hipertrofías en los rebordes.
10. Ausencia de fragmentos o estructuras dentarias.
11. Ausencia de enfermedades neoplásticas o quísticas.
12. Ausencia de hipertrofías en los rebordes, caras vestibulares o surcos.

Principios Cirugía Bucal:

1. Manipulación suave de los tejidos.
2. Preservación del suministro sanguíneo.
3. Prevención de infecciones

MANIOBRA TECNICA DE EXTENSION DE REBORDES

Que es ? Es el descubrimiento del hueso basal existente de los maxilares por medios quirúrgicos, reposicionando la mucosa que lo recubre. Las inserciones musculares y los músculos, en una posición más baja en la mandibula, o en una posición más alta en el maxilar superior.

Objetivo: Es el poder lograr un flanco protésico más grande, lo cual contribuye así a una mayor estabilidad y retención de la prótesis.

TECNICAS QUIRURGICAS PREPOTESICAS:

- I. Técnicas para el maxilar superior
 - a. Abordaje vestibular
 - Disección mucoperióstico de espesor total Collett.
 - Disección submucosa, periostio intacto Szaba.
 2. Vestibuloplastia submucosa Obwegeser, Yrastorza.
 3. Vestibuloplastia con injerto de piel en el reborde Weisser, Schuchardt.
 4. Injerto de piel en el surco vestibular - Esser, Gillies.
 5. Vestibuloplastia con injerto mucoso en el reborde - Obwegeser, Steinhauser, Maloney y col.

- II. TECNICAS PARA EL MAXILAR INFERIOR
 - A. Abordaje vestibular
 1. Disección submucosa, periostio intacto
 - a. Vestibuloplastia por epitelización secundaria.
 1. Incisión en la mucosa labial - Kazanjian
 2. Incisión sobre la cresta del reborde Clark.
 - b. Vestibuloplastia con injerto de piel en el reborde - Obwegeser, McIntosh y Obwegeser.
 - c. Vestibuloplastia con injerto mucoso - Propper,

Nabers, Hall y O'Steein, Maloney y Col, Shepherd y Col, Guernesey.

2. Disección mucoperióstica de espesor total
 - a. Incisión en la mucosa labial - Godwin
 - b. Incisión sobre la cresta del reborde con descenso del nervio mentoniano y fenotomía lingual con trasplante del geniogloso Cooley.
 - c. Incisión en la mucosa labial e incisión del periostio por encima de la cresta del reborde Edlan.
 - d. Injerto de piel en el reborde e incisiones sobre su cresta, con remoción de los tubérculos geni y reubicación de los músculos geniogloso y geniohioideo- Anderson.

B. Abordaje Lingual

1. Disección submucosa, periostio intacto
 - a. Epitelización secundaria
 1. Extensión del surco lingual con resección del músculo milohioideo y con o sin injerto cutáneo lingual - Trauner,
 2. Descenso del piso de la boca - Trauner, Obwegeser.
 3. Extensión sublingual del reborde con injerto libre de mucosa - Lewis.

2. Disección mucoperióstica de espesor completo.

- a. Extensión del surco lingual con resección de la línea oblicua interna el músculo milohioideo y cobertura del hueco del hueso con colgajo lingual - Obwgeser.
- b. Extensión del reborde lingual - Caldwell.
- c. Extensión del surco lingual con injerto libre de piel - Ashley.

C. Abordaje vestibulolingual

1. Abordaje submucoso, periostio intacto
 - a. Extensión sublingual y vestibular anterior del surco con técnica de fenestración. Baumash.
 - b. Vestibuloplastia con injerto de piel en el reborde combinada con un descenso total del piso de la boca.

VESTIBULOPLATIA INFERIOR

Qué es? Es lograr un vestibulo suficiente reposicionando las inserciones musculares.

Indicaciones:

1. Mandíbula atrófica aunque no delgada como un lápiz.
2. Inserciones altas del músculo buccinador.
3. Mucosas atróficas, movil y delgadas. Además, el piso de la boca hace eminencia hacia arriba para desplazar el flanco de la prótesis.

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE:

El paciente típico es aquél con una boca lastimada por la prótesis, y una historia de ser incapaz de manejar o retener una prótesis completa inferior en una situación de soportar las tensiones.

SELECCION DEL CASO

Con esta cirugía, más que con cualquier otra que se haya comentado, es imprescindible una minuciosa selección del caso y asesoramiento sobre las secuelas esperadas.

Hay que explicar al paciente detalladamente y por adelantado las posibles secuelas de hipertesia, parestesia o anestesia del nervio mentoniano, con una severa disfagia, y dolor al deglutir, que se asocian con las operaciones del piso de la boca, y que son pasajeras y no definitivas y eso es solo en las veces que se presentan.

PLANEAMIENTO PREOPERATORIO

Después del asesoramiento y el estudio del paciente, se completa el estudio radiográfico de la mandíbula de manera de evaluar el tamaño y la forma del hueso basal, la posición de los agujeros mentonianos y la presencia o ausencia de re-

bordes agudos. }

Un día antes del acto operatorio se hace la tipificación del paciente para mejorar dos unidades de sangre entera. La noche antes de la cirugía se administra dexametasona (decadrón), 4 mg por vía intramuscular, y penicilina G procainica 600.000 V por vía intramuscular, que se repite dos veces el día siguiente de la cirugía.

La dexametasona se reduce entonces a 2 mg, 2 veces por día, luego a 1 mg 2 veces por día, y luego se interrumpe el tercer día post-operatorio. Esta combinación va a disminuir sustancialmente el edema post-operatorio y la probabilidad de infección, que podría ser una amenaza por la vía aérea.

Esta es claramente una operación de cirugía mayor, y sólo puede hacerse bajo anestesia general en la sala de operaciones.

TECNICA EN EL PISO DE LA BOCA A CIELO ABIERTO

Se infiltra inmediatamente por debajo de la mucosa lingual de la mandíbula una solución de lidocaína al 2% con epinefeina 1:100.000 para extender los tejidos y proveer vasoconstricción, se hace una incisión mucosa inmediatamente hacia la línea media de la cresta del revordes desde una

almohada retromolar hasta la del otro lado. La lengua es vigorosamente retraída lateralmente para tener el músculo milohiideo bajo tensión. Esto facilita la disección roma y aguda, esta técnica es a cielo abierto, se hace la desinserción muscular del milohiideo sin cortarlo, se sutura en perpunte para la retención extraoral o simplemente se mantiene la nueva posición con una placa de flancos largos.

En la línea media, se disecciona las fibras laterales y superiores del músculo geniogloso, pero el haz muscular inferior se deja intacto para que sostenga la lengua, aunque el geniogloso se desinserta en muy raras ocasiones y solo se hace cuando la apófisis geni son particularmente altas o grandes esta es una modificación sugerida por Anderson y Asoc.

El periostio que recubre el tubérculo se incide verticalmente, y se identifica las inserciones musculares, se liga una sutura de Catgut crónico No. 2-0 al haz para servir como sutura de tracción. Se corta el haz desde la inserción. Las apófisis se reducen con un martillo o escoplo.

El periostio se cierra con suturas crómicas.

La sutura de tracción crónica se liga por debajo de un nudo en la sutura circunferencial, permitiendo así que el haz mús-

cular se desplace hacia abajo, y luego se mantenga allí cuando la sutura circunferencial se ligue sobre la placa; se coloca una placa quirúrgica que mantenga la nueva posición.

TECNICAS DE PREPARACION DEL REBORDE EN EL CASO QUE EL MENTONERO ESTE CASI EN EL REBORDE

La mucosa inferior lateral se infiltra con lidocaína para distender este tejido y proveer hemostasia. Se hace una incisión superficial en el reborde calculando el 7 y hasta el diente 3 ó menos. Atras se hacen dos incisiones laterales relajantes, por medio de estas incisiones se producen un colgajo supraperióstico hacia afuera y abajo, deteniéndose poco antes de la línea oblicua externa.

La disección, en la región del nervio mentoniano, es meticolosa para identificar y disecar estos importantes nervios liberándolos. Si se necesita un descenso (lo que es determinado por la presencia del agujero en la cresta del reborde) y eliminar una presión indebida sobre el nervio, se separa el nervio usando un gancho romo para nervios, mientras que el agujero se desciende y se hace un conducto en el hueso mediante la utilización de una fresa redonde No.6. La misma técnica se realiza del otro lado de la mandíbula.

TECNICA DE SUTURA

La sutura para la cirugía descrita es de unión corriente de los colgajos vestibular y lingual, previa sutura de respunte al milohiideo que se puede anudar extraoral o vestibular con apoyo de un tubo de polietileno en el surco vestibular y la colocación de la placa quirúrgica con los flancos linguales largos conforme a la impresión estática que se ha tomado.

DESCRIPCION DE TECNICA DE SUTURA ESPECIAL PARA EL METODO A CIELO CERRADO DE OBWEGESER

Aclaro que la cirugía descrita anteriormente en el piso de la boca es a cielo abierto. En esta técnica a cielo cerrado que no la describí, los bordes mucosas liberados obtenidos por medio de disecciones vestibular y lingual de los colgajos, requieren ser reubicados y estabilizados en su posición más inferior. Esto se logra con 8 suturas cuidadosamente realizadas con Mercilene o Terdek No. 2-0 por abajo de la mandíbula. Se pasan a través del colgajo lingual y se sostienen con pinzas hemostáticas las 8 suturas 4 de cada lado de la línea media, estando la primera en 1 cm de ésta, cerca del haz de fibras del geniogloso. Comenzando desde distal hacia mesial, se pasa una lezna desde la piel submandibular hacia el interior del piso de la boca; ambos extremos de la sutura se enhebran en el ojo de la lez-

na, que se retira hacia el borde inferior de la mandíbula, y luego se pasa hacia vestibular donde se retira hacia el borde inferior de la mandíbula, y luego se pasa hacia vestibular donde se retira una sutura del ojo de la lezna. La hebra restante se pasa entonces a través de la mucosa del colgajo vestibular y se retira del ojo de la lezna, que se saca. Esto termina la realización de una sutura en Coy. La sutura se toma nuevamente con la pinza hemostática. Se emplean leznas separadas, y se colocan y se fijan las suturas remanentes.

Se elimina en este momento con tijeras, el exceso de tejido fibrosos, las insercciones musculares y el tejido cicatricial gingival, teniendo cuidado de no perforar el periostio.

Ahora se coloca la placa de acetato y se puede mantener fija con dos suturas de Mercilene o Teudek No. 2-0 ligadas circunferencialmente por encima de la placa.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

El edema postoperatorio y la tumefacción inmediatas se controlan con dexametoxona, bolsas de hielo en la zona y abstención de alimentación bucal hasta que la deglución sea menos dolorosa. La alimentación bucal con líquidos se

inicia generalmente a las 24 horas, avanzando hasta una dieta líquida de alto contenido calórico y proteico.

La placa se retira en 7 días para constatar la viabilidad y a manera de control. Se realiza un tratamiento protésico inmediato rebasando las viejas prótesis y aliviando la periferia, cerca de la nueva extensión del surco, pero a por lo menos 1 a 2 mm.

Estas prótesis pueden usarse hasta 3 meses bajo estrecha supervisión, para evitar que se formen puntos de presión o granulaciones, o ambas cosas. Luego pueden confeccionarse las prótesis definitivas.

TECNICAS DEL AUMENTO DEL REBORDE

Las técnicas del aumento del reborde pueden considerarse en casos con atrofia o traumatismo de los maxilares que hayan producido un estado tal que, aunque haya sido realizada una máxima extensión de rebordes por surcoplastia, éste sea aún insuficiente como para permitir una prótesis funcional. Esta área de la cirugía preprótesica ha recibido poca atención por parte de los cirujanos, probablemente a que no parecía haber operación efectiva para el aumento del reborde empleando un método extraoral extérril de inserción. Dado que la penetración en la cavidad bucal duran-

te el procedimiento se consideraba equivalente a un fracaso, pocos cirujanos o pacientes correrían este riesgo para el aumento electivo de la mandíbula. Este método de tratamiento no fue aceptado hasta el advenimiento de los antibióticos, y los primeros informes en la bibliografía de éxito en injertos.

Los cirujanos están buscando continuamente el mejoramiento de las técnicas existentes de aumento, con el objeto de minimizar la contracción por reabsorción que se produce cuando se coloca el injerto en función por debajo de una prótesis.

Se han usado injertos para restaurar rebordes en pérdidas por atrofías, traumatismo, a procedimientos quirúrgicos radicales, se han empleado una gran variedad de materiales aloplásticos que van desde la malla de tantalita hasta los plásticos siliconados. En general, estos materiales, exceptuando el hueso autógeno, no marchan bien cuando se colocan bajo una tensión funcional.

Para la cirugía de aumento de rebordes, Kruger recomienda la cresta ilíaca. Aunque una costilla con escotaduras puede ser fácilmente contorneada a la forma del arco mandibular, puede esperarse hasta un 50% de pérdida por contracción en este tipo de cirugía.

Cabe notar que los mejores resultados se obtienen si la mandíbula aumentada no es tensionada por el uso de una prótesis o una técnica de vestibuloplastia durante 4 meses después del injerto. Esto da tiempo a que se forme una excelente lámina cortical en el sitio injertado.

A. TECNICA

Después de una inyección de lidocaína al 2% con solución de epinefrina 1:100,000 para la hemostasia, se hace una incisión en la cresta del reborde desde una almohadilla retromolar hasta la otra, teniendo cuidado de no incidir los nervios mentonianos, si es que ellos emergen en un punto alto de la cresta. Se levanta un colgajo mucoperiostico de espesor total, se identifican los nervios mentonianos y se disecan liberándolos cuando entran al labio, para minimizar la tensión sobre ellos durante la separación, si se va a ejercer presión sobre el nervio con injerto de aumento, los agujeros mentonianos se bajan como en la vestibuloplastia.

Después de la exposición de la mandíbula a la cavidad bucal, se alivia ampliamente el periostio del lado vestibular. Se secciona la inserción del músculo milohiideo en la cara lingual para liberar el tejido lo suficiente como para cerrar por encima del injerto. La mayor relajación

del tejido puede lograrse cortando la hamaca periostica intacta tan bajo como sea posible, cerca del borde inferior de la mandíbula y por ulterior disección mucosa del colgajo. Una técnica similar de aumento puede realizarse en el maxilar superior atrófico, teniendo especial cuidado durante el socavado del tejido para el cierre, para evitar la entrada en la cavidad nasal.

TENICA DE INJERTO CON HIDROXIAPATITA

Se hace incisión vertical a lado y lado por delante del mentonero, y luego se levanta el periostio en nivelización vestibular para inyectar el material que viene en jeringas de 2 cms que previamente se mezcla con suero fisiológico o agua estéril y se deposita subperiosticamente directo sobre el hueso atrófico, teniendo cuidado de no colocar el material sobre el conducto y el nervio mentonero en este caso, luego se procede a hacer el cierre con sutura de colchone-ro horizontal continua con Dexon 3-0, teniendo la precaución de no cerrar los tejidos bajo tensión alguna.

Con suturas interrumpidas se refuerza la incisión para tener un cierre hermetico.

Debido a que todos los procedimientos en el piso de la boca son proclives a un importante edema y fumefacción, los

pacientes se colocan bajo el mismo régimen de corticoesteroides y antibióticos que aquellos en los que se va a practicar una vestibuloplastia.

Previamente se ha realizado a nivel de laboratorio con modelos y radiografías un modelo mandibular de como se va a dejar al paciente dicha mandibula en espesor, altura y contorno, además de verificar la relación con el otro maxilar, y se realiza una placa quirúrgica transparente sobre dicho modelo mandibular y es la que denitivamente va a determinar la altura y contorno del reborde.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

Si se ha realizado un cierre meticuloso libre de tensiones la incisión cicatriza por primera intención y con el injerto, y con la colaboración del paciente en el uso de la placa quirúrgica transparente, se pronóstica un reborde alveolar ideal que para la prótesis que así podra cumplir con sus requerimientos funcionales y sociales.



VESTIBULOPLASTIA POR EPITELIZACION

SECUNDARIA

Indicaciones: Según McIntosh y Obwegeser, la vestibuloplastia por epitelización secundaria es la técnica de elección para los pacientes con cicatrices extensas o epulis fisurado en el surco, o aquellos que tengan un recubrimiento mucosa de buena calidad disponible sin altura suficiente.

La vestibuloplastia por epitelización secundaria requiere la disección supraperióstica de la mucosa para formar un colgajo (similar al colgajo mucoso periodontal para la técnica de empuje hacia atrás) y el repocisionamiento superior suturando el colgajo alto al periostio. El periostio expuesto se deja granular y reepitelizar sin el beneficio del recubrimiento de una prótesis.

Neidhardt estudió una gran cantidad de casos en los que se había utilizado esta técnica y halló que el 50% de los casos del maxilar superior recidiva en 3 años. Esta incidencia de recidivas puede alcanzar entre el 80% y el 95% en los pacientes sometidos a esa cirugía en la mandíbula, y es la razón por la que se emplean injertos de piel o muco-

sa para sostener los músculos reubicados en una nueva posición para lograr una incidencia de recidiva de contracturas menos frecuente y más aceptable del 20% al 30%.

Los injertos libres de mucosa trasplantado de un sitio a otro de la cavidad bucal, no son nuevos. Muchos autores han abogado por su uso para problemas quirúrgicos específicos.

Dice el autor que en su experiencia con pacientes que sufren de traumatismos de guerra en el maxilar superior, que traen como resultado extensas cicatrices y pérdidas de sustancias, ha hallado que es mejor reemplazar el tejido perdido con tejido semejante siempre que sea posible. Del mismo modo Steinhauser ha señalado que la vestibuloplastia de extensión con injerto de piel en el maxilar superior ha sido insatisfactoria para la retención de prótesis y, en cambio ha recomendado injertos libres de mucosa del carrillo, que proveen una mucosa vestibular autóctona que aumenta la adhesión de la prótesis.

Maloney y Asoc. Recomiendan injertos, libres de mucosa de esperores parcial de los carrillos para todos los tipos de técnicas prepotésicas y reconstructivas de los tejidos blandos bucales.

Dice el autor que concuerda con Steinhauser, ha hallado que la mucosa masticatoria que soporta las tensiones, similar a la encía adherida, funciona mejor. Esta mucosa puede procurarse fácilmente del recubrimiento del paladar duro. La mucosa palatina es un tejido ideal para soportar tensiones, ya que está queratinizada y, por lo tanto, es tejido de trasplante preferido para el maxilar superior cuando se requiere aumentar la altura vestibular. Con la nueva técnica de injertos de mucosa palatina con fenestración, se pueden expandir las pequeñas fuentes dadoras de manera de cubrir grandes áreas.

CASO CLINICO

Paciente era una mujer blanca de unos 42 años de edad, con salud aceptable. Su queja principal era la incapacidad de usar satisfactoriamente una prótesis inferior. El paciente hacia 13 años que era desdentado total, habiendo perdido en último termino los dientes molares inferiores. Antes de esas extracciones habia usado con éxito durante 5 años una protesis completa superior y una prótesis parcial inferior removible. El paciente tenia un total de 2 prótesis superiores (todas bien toleradas) y solo una prótesis completa inferior, que no cumplia sus requerimientos funcionales y sociales. Expresó la opinión que sería una pérdida de tiempo y esfuerzo hacer otras prótesis completa inferior convencional. El paciente informó que había tratado todo tipo de medicamentos - materiales como rellenos y pastas con el objeto de poder usar las prótesis, pero esto no resultaba positivo.

El examen bucal reveló que no había patología aparente en los tejidos blandos. El reborde desdentado superior tenia factores anatómicos y locales favorables, ofreciendo un buen pronóstico. El reborde inferior desdentado estaba muy moderadamente atrofiado. En los segmentos lingual y

vestibular inferior y anterior se notó la presencia de surcos poco profundos. A nivel de las líneas oblicuas interna y externa se marcaba surcos poco profundos de ambos lados.

El examen radiográfico reveló que no había patología ósea. Había poca presencia de una buena altura ósea de los segmentos anterior y posterior de la mandíbula, todo como para dar lugar a una cirugía de descenso de piso y de injertos subperiostico.

La prótesis superior existente mostraba una adecuada retención y estabilidad. La prótesis inferior existente, estaba exageradamente bajo extendida. Pues la forma carecia totalmente de una buena relación con la anatomía funcional de los tejidos que la rodeaban.

La dimensión vertical de la oclusión era poco suficiente. No coincidía la relación céntrica y la oclusión céntrica, se indicaban unas prótesis nuevas y completas.

Se diagnóstico insuficiencia funcional masticatoria provocada por un hueso mandibular atrófico.

FASES DEL TRATAMIENTO¹⁰

1. Preparación quirúrgica preprótesica convencional.
2. Prótesis completas convencionales o corrección de las prótesis existentes. Este procedimiento va a permitir una determinación del pronóstico de la prótesis inferior y va a servir como prototipo de la "prótesis post-quirúrgica".
3. Hospitalización para la cirugía, injerto y colocación de placa quirúrgica transparente.
4. Conversión de la prótesis inferior existente para ser usada como una prótesis postquirúrgica de transición.
5. Confección prótesis definitivas

Estas expectativas del paciente de los resultados potenciales para el tratamiento se juzgaron razonables y susceptibles de ser logradas, y se lo aceptó para el tratamiento, es de anotar que hasta el presente solo se va en la Fase IV del caso clínico, pues todavía hay que esperar 3 meses para completar la fase V y así evaluar si fue satisfactorio el tratamiento al presente caso clínico.

BIBLIOGRAFIA

Cirugía Bucal. Con patología Clínica y Terapéutica. p.p.
451-459.

Guillermo A. Ries Centeno. Octava Edición. Editorial
Ateneno. Buenos Aires (Argentina).

Cirugía Buco-Maxilofacial. p.p. 108-143.

Gustavo Kruger. Editorial Médica. Panamericana S.A.
Junin 1er. piso Buenos Aires. Quinta Edición



































































































