

# EL COLGAJO ROTATORIO PALATINO: UNA ALTERNATIVA EN LA CICATRIZACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN EN EL PALADAR

## PALATAL ROTATIONAL FLAP: AN ALTERNATIVE FOR PALATAL PRIMARY INTENTION HEALING

Sixto A. García Linares<sup>1</sup>

RESUMEN

### Objetivo

El estudio clínico intenta mostrar una alternativa para el cierre de alvéolo de los premolares superiores para mantener el reborde y evitar la alveolitis por cicatrización de primera intención.

### Resultados

Se observó que al término de 15 días 12 pacientes tenían una cicatrización completa del alveolo y el paladar mostraba un tejido de granulación consistente. Un paciente discontinuó el tratamiento. Dos pacientes tenían una cicatrización al 75%. No se registraron efectos adversos: hemorragia, dolor postoperatorio intenso, alveolitis.

### Conclusiones

El colgajo rotatorio del paladar es una alternativa sencilla y rápida de mantener el reborde alveolar de las premolares superiores. Se evita la alveolitis. Se puede usar en el cierre de las comunicaciones bucosinusales cuando las raíces de la segunda premolar penetran en el seno maxilar.

**Palabras clave:** Colgajo periodontal colgajo palatino, comunicación bucosinusal.

ABSTRACT

### Objectives

The present clinical study tries to show an alternative for closing of superior bicuspid alveolus to maintain alveolar ridge and to avoid alveolitis because of first intention wound healing.

### Results

It was observed after 15 days; 12 patients had a complete wound healing of the alveolus and the palate showed a mattress of consistent granulation. A patient discontinued the treatment. Two patients had a wound healing up to 75%. They didn't register adverse effects: hemorrhage, intense postoperative pain neither alveolitis.

### Conclusions

The rotational palatal flap is a simple and quick alternative of maintaining the maxillary alveolar ridge. Alveolitis is avoided. You can use it for closing of buccosinusal communication when the roots of the second bicuspid penetrate in the maxillary sinus.

**Key words:** Palatal flap, periodontal flap.

## INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la periodoncia se ha buscado soluciones con respecto al cierre por primera intención de las exodoncias realizadas. Debemos considerar sin embargo que existen limitaciones anatómicas relacionadas tanto a la pieza extraída como al tejido gingival circundante además de la relación con las piezas adyacentes.

La zona premolar superior tiene ciertas características propias que ayudan al diseño de un colgajo alternativo para cerrar por primera intención después de una exodoncia o en los casos de comunicación bucosinusal no intencional por exodoncia de alguna de las premolares. En primer lugar tenemos que la distancia bucopalatina no es tan ancha

como para necesitar gran tejido gingival. Segundo tenemos el paladar como fuente de un colgajo pediculado rotatorio, algo que no se puede realizar en la mandíbula por ejemplo. Tercero, que no se encuentra dentro del área estética de influencia es decir en el sector antero superior de canino a canino.

Deseamos mostrar la utilidad de un nuevo colgajo rotatorio palatino para la oclusión por primera intención del alveolo de la primera o segunda premolar superiores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 15 pacientes de la Unidad de Periodoncia del Hospital de Policía (Lima Perú) cuyos premolares superiores tenían que ser extraídas por diversos motivos. Se excluyeron del trabajo aquellos pacientes con antecedentes de diabetes, alteraciones de coagulación, tratamiento con

<sup>1</sup> Profesor Auxiliar de Periodoncia, UNMSM Asistente Periodoncia HCPNP

anticoagulantes. El diseño del colgajo se realizó mediante una incisión con bisturí N° 15 que se iniciaba: Incisión en el paladar mesial a la pieza adyacente de la pieza extraída del mismo ancho que la distancia mesiodistal del alveolo, luego en ángulo recto continuar con la incisión a espesor completo tanto como el ancho vestibulo palatino del alveolo y nuevamente en ángulo recto continuar la incisión que sea paralela al primer trazo y con el mismo ancho mesiodistal, quedara un pedículo que será la fuente de irrigación del colgajo rotatorio. Con una legra 24G se desprenderá el colgajo y se rotará ocluyendo el alvéolo. Se sutura con Vicryl 4/0 c/a quedando en el paladar quedando una exposición que será cubierta con Solcoseryl para una mejor cicatrización.

Como criterios de exclusión se consideró: Pacientes con analgésicos a grandes dosis por otras razones médicas; Pacientes que tomaban corticoesteroides o antiinflamatorios; Pacientes con alguna alteración del proceso de cicatrización; Pacientes con alguna alteración en el proceso de coagulación; fumadores y alcohólicos.z

### Diseño del Colgajo

#### INCISIONES

##### Primera Incisión (A- Verde)

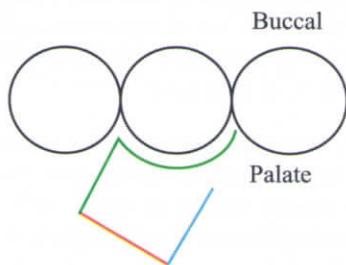


Fig. 2

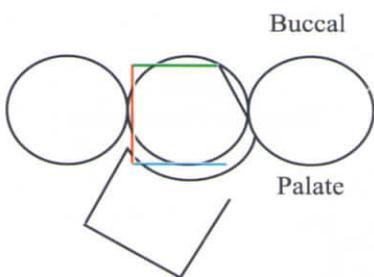


Fig. 1

En la cara mesio palatina se realiza una incisión del mismo ancho mesio distal del alveolo presente con un bisturí No 15

##### Segunda Incisión (B-rojo)

Se gira 90° y continua una línea recta del mismo ancho

bucopalatino

##### Tercera Incisión (C- celeste)

Se gira 90° volviendo hacia el alveolo dejando unos 20 mm alejado del margen gingival lo cual nos servirá de pedículo vascular para el colgajo. La imagen que habremos obtenido será similar a un rombo inconcluso.

##### Rotación del Colgajo

1. Con una legra 24g se libera el colgajo a espesor completo y se rota sobre su pedículo buscando cerrar por primera intención.
2. Se procede a suturar con Vicryl 4/0 c/a

##### Cicatrización Paladar

Se coloca en el paladar Solcoseryl ®

Pasta dental adhesiva la cual acelerará la cicatrización del paladar por segunda intención.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años sexo femenino que acude a la consulta por fractura de espigo en la pieza 1.4. se planifica la exodoncia y se le explica al paciente el procedimiento a realizar. Se usa anestesia infiltrativa (mepivacaina al 2 % con levonodrefina). Al realizar la exodoncia se usa bisturí N° 15 Brad Parker con el fin de liberar sin mayor daño las fibras gingivales.

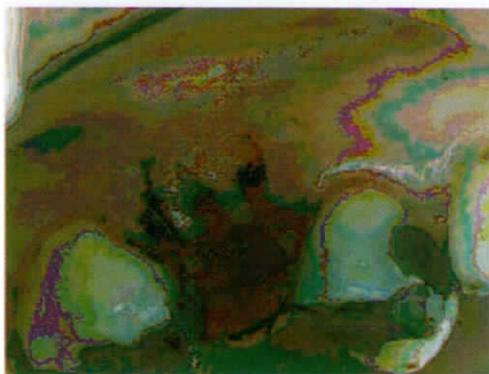


Fig. 1

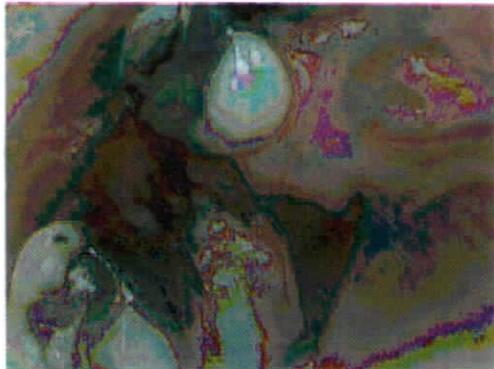
Luego se realiza un colgajo de espesor parcial con dos incisiones liberadoras para tener un mejor afrontamiento. Desde el punto de vista vestibular. En lado palatino se realiza el colgajo rotatorio según la descripción del autor como se aprecia en la figura N° 2

Debemos tener en cuenta que el colgajo palatino deber ser lo suficientemente ancho para ocluir el alveolo dejado por la exodoncia de la pieza 1.5.



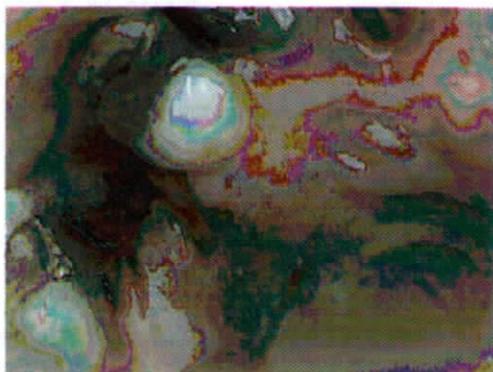
**Fig. 2**

Asimismo el pedículo dejado al formar este rombo inconcluso debe también tener adecuada irrigación para no ser una complicación por ausencia de la misma. Se puede observar en la figura n° 2 como el pedículo en la zona mesio palatina de la primera molar tiene suficiente ancho como para brindar una adecuada irrigación al pedículo.



**Fig. 3**

Aquí podemos observar como el cierre por primera intención (Fig. N° 3) ha sido obtenido gracias al colgajo rotatorio palatino y el colgajo de espesor parcial en la zona vestibular. Se utilizó seda negra 4/0 c/a para realizar la sutura con puntos interrumpidos simples.



**Fig. 4**

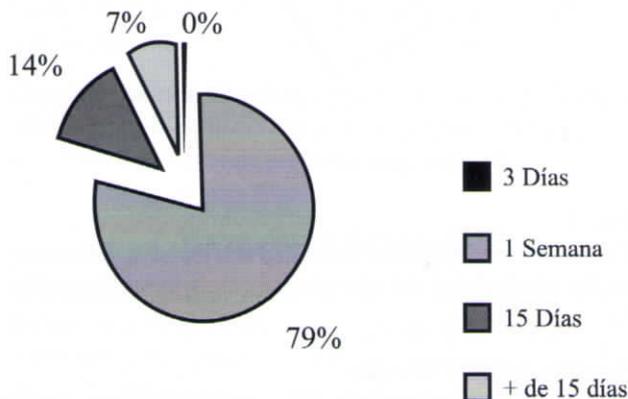
Para la cicatrización por segunda intención paladar hemos empleado Solcoseryl Ò pasta dental adhesiva la cual ayuda a una buena epitelización del tejido así como un medio sencillo de protección y anestesia, ayudando al paciente a sobrellevar el postoperatorio con mejor resultado.

## RESULTADOS

Se observó a 12 pacientes (de un total de 15) al término de 15 días tenían una cicatrización completa del alveolo y el paladar mostraba un tejido de granulación consistente. Un paciente discontinuó el tratamiento. Dos pacientes tenían una cicatrización al 75%. No se registraron efectos adversos: hemorragia, dolor postoperatorio intenso. Tampoco se observó alveolitis en ningún caso.

En la tabla adyacente puede verse que los pacientes sometidos al colgajo rotatorio palatino tuvieron en promedio una cicatrización de sólo 01 semana en el 79% de los casos. El cierre por primera intención se concluyó con éxito y la epitelización del paladar se realizó sin ninguna complicación.

**Gráfico # 1**  
**Tiempo de Cicatrización**



## DISCUSIÓN

La técnica propuesta se emplea para conservar el reborde a nivel de la primera y segunda premolar o la primera molar superior en si el caso se presenta para cerrar por primera intención una comunicación bucosinusal a través del ápice dentario.

No se realiza a nivel del canino por presentar cerca las rugosidades palatinas ni tampoco en la segunda molar por la presencia del paquete vascular nervioso que emerge por el conducto palatino posterior.

En el maxilar inferior la limitación más relevante es la falta de tejido queratinizado para realizar adecuadamente el procedimiento.

El colgajo rotatorio del paladar es una alternativa sencilla y rápida de mantener el reborde alveolar de los premolares superiores. Además puede evitarse la presencia de alveolitis por el cierre por primera intención del alveolo. Se evita la alveolitis.

Se puede usar en el cierre de las comunicaciones bucosinuales cuando las raíces de la segunda premolar penetran en el seno maxilar. Debe evaluarse también la contribución realizada por el Solcoseryl® el cual permitió una rápida e indolora cicatrización del lecho expuesto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The American Academy of Periodontology. *Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics*. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1989:1/23- 1/24.
2. 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *Papers*. Oak Brook, Illinois, October 30-November 2, 1999. *Ann Periodontol* 1999; 4:i, 1-112.
3. Brown LJ, Løe H. Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. *Periodontol*. 2000 1993; 2:57-71.
4. Gohar A. Salam, and Janki P. AMIN, *Am Fam Physician* 2003;67:2329-32.
5. Parameters of Care. American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 2000; 71(5 Suppl):i-ii, 847-83.
6. Carranza F Perry D *Manual de Periodontología Clínica*. Interamericana Mc Graw Hill 1988
7. Wilson Kornman *Fundamentals of Periodontics*. Quintessence Pub. 1998.

Dirección del autor: dentpres@ec-red.com