

PRÁCTICA 3.

INCISIONES Y SUTURAS.

PRÁCTICA 3. INCISIONES Y SUTURAS.

Objetivos de la práctica:

1. Conocer las indicaciones y contraindicaciones de las distintas incisiones.
2. Realizar las incisiones en los modelos realizados por los alumnos.
3. Conocer las indicaciones de cada tipo de sutura tanto de los puntos simples como de la sutura continua.
4. Practicar los distintos puntos de sutura sobre los modelos y con pechugas de pollo que los alumnos deben traer a las prácticas.

Material aportado por los alumnos:

1. Modelos preparados por los alumnos durante las prácticas en el laboratorio.
2. Pechugas de pollo y esponjas.
3. Una bandeja de plástico.

1. PRINCIPIOS BÁSICOS

La incisión tiene por objeto crear una solución de continuidad en el tejido, que permita extirpar un fragmento del mismo o acceder a los tejidos profundos.

La sutura es la maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados debido a una acción traumática o por mecanismo quirúrgico.

2. TIPOS DE INCISIONES

2.1 Incisiones sobre la mucosa vestibular:

2.1.1 Incisión de Partsch: También se le ha llamado incisión semilunar.

- Ubicación: Tanto en el maxilar superior como el inferior; se puede hacer en la mucosa vestibular y también en la fibromucosa palatina.
- Forma: En semiluna con mayor ó menor radio según las necesidades de la patología a tratar. En el maxilar superior la concavidad de la semiluna mira hacia arriba y en el maxilar inferior hacia abajo.
- Técnica: Se debe realizar un corte único, firme, de profundidad total, llegando a hueso y seccionando el periostio.
- Indicaciones: Se usa para patología periapical y en la extracción de pequeños restos radiculares o quistes localizados a nivel apical.
- **Dibuja la incisión de Partsch:**



Fig. 1

2.1.2 Incisión de Neumann: se describen tres variantes:

2.1.2.1 Neumann completa:

- Ubicación: Se realiza exclusivamente en la mucosa vestibular de ambos maxilares.

- Forma: Diseño cuadrangular del colgajo con tres trazos distintos hechos en continuidad, sobrepasando mesial y distalmente la lesión en al menos uno o dos dientes.
- Técnica: Inicio distal a la lesión con un trazo vertical en el fondo de vestíbulo hasta el cuello dentario. Segundo trazo festoneado siguiendo los cuellos dentarios y seccionando el ligamento gingivodentario. Tercer trazo igual al primero desde el cuello dentario mesial a la lesión hasta el fondo vestibular. Las descargas en mesial y distal forman un ángulo obtuso respecto a la incisión horizontal.
- Indicaciones: En patologías extensas de los maxilares que abarcan una amplia superficie ósea, como grandes quistes y patologías de tejido duro, dientes retenidos con acceso vestibular o caninos en posición mixta, grandes épulis, etc.
- **Dibuja la incisión de Neumann completa:**



Fig. 2

2.1.2.2 *Neumann parcial:*

- Forma: Varía de la anterior en cuanto a que el diseño de esta es triangular.
- Indicaciones: Se realiza en aquellas lesiones menos extensas, que precisen una menor exposición ósea.
- **Dibuja una incisión de Neumann parcial:**



Fig. 3

2.1.2.3 *Neumann modificada (Vreeland):*

- Puede realizarse de igual forma como Neumann completo o parcial.
- Ubicación: Se realiza exclusivamente en la mucosa vestibular de ambos maxilares.
- Técnica: El trazo festoneado se hace a 1-2 mm de los cuellos dentarios con idéntico recorrido y forma.
- Indicaciones: Pacientes portadores de prótesis fija, a fin de preservar la encía queratinizada y evitar posibles defectos estéticos en la cicatrización tras la reposición del colgajo por recesiones del tejido blando.
-
- **Dibuja la incisión de Neumann modificada o colgajo de Vreeland:**



Fig. 4

2.1.2.4 *Colgajo de Luebke-Ochsenbein:*

- Se trata de un colgajo trapecoidal modificado. Al igual que el Neumann modificado, consta de una incisión horizontal que puede ser recta u ondulante, y dos descargas verticales.

- La diferencia con la anterior, es que la incisión horizontal, se sitúa más alta a 3-5 mm del margen gingival.
- Este colgajo proporciona un buen campo quirúrgico, con buena visibilidad; la incisión y su elevación son sencillas y no se altera el margen gingival evitando las retracciones gingivales.

- **Dibuja el colgajo de Luebke-Ochsenbein:**



Fig. 5

2.2 Incisiones sobre fibromucosa palatina.

2.2.1 Incisión festoneada:

- Ubicación: En la fibromucosa palatina, y en ocasiones sobre la mucosa lingual (torus linguales).
- Forma: Festón alrededor de los cuellos dentarios. La longitud de la incisión varía dependiendo de la región ósea que se necesite exponer.
- Técnica: Se incide entre el cuello dentario y la encía adherida, seccionando el ligamento gingivodentario en profundidad y recorriendo la forma anatómica los cuellos dentarios.
- Indicaciones: En los casos de inclusiones dentarias, caninos y supernumerarios, resección de torus mandibular y en tratamientos periodontales.

- **Dibuja una incisión festoneada:**

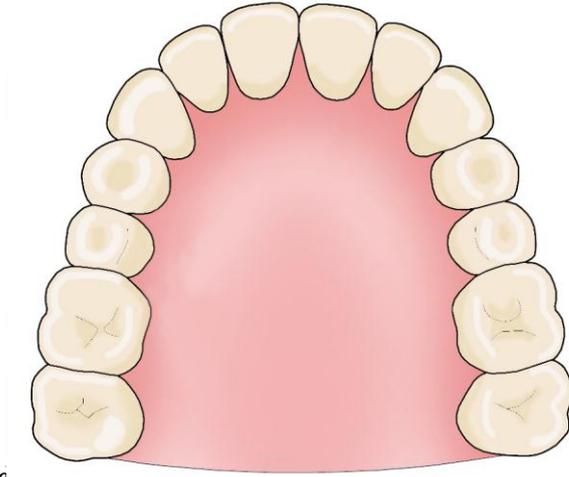


Fig.6

2.2.2 Incisión en a

- Ubicación: En la fibromucosa palatina.
- Forma: Se realiza con una incisión lineal y dos incisiones que salen divergentes de cada uno de sus extremos.
- Técnica: Se realiza primero la incisión lineal y dos incisiones simétricas entre sí, a ambos lados, que mantendrán un ángulo de 120° y 160° entre ellas.
- Indicaciones: En la resección de los torus palatino.
- **Dibuja una incisión en doble Y:**

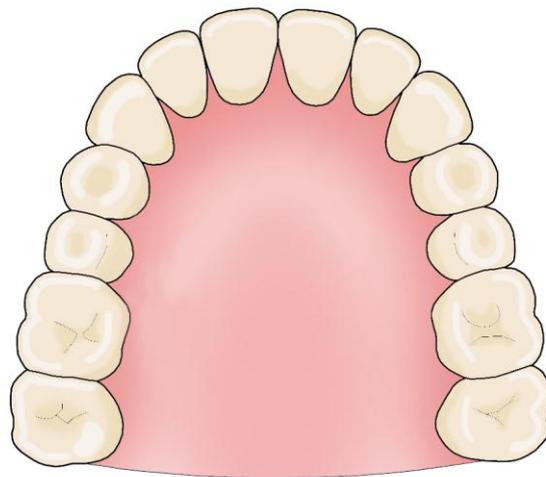


Fig. 7

2.3 Incisión en los terceros molares.

2.3.1 *Festoneada lineal:*

- Ubicación: En la tuberosidad del maxilar superior, así como en el triángulo retromolar del maxilar inferior.
- Forma: Se realizan dos trazos continuados, uno recto y otro festoneado.
- Técnica: Se realiza primero el trazo lineal sobre la mucosa retromolar, en su segmento oclusal, hasta llegar a la cara distal del segundo molar, continuando con un trazo festoneado hasta la cara mesial del primer molar.
- Indicaciones: Extracción de terceros molares incluidos en posición favorable y que no precise una gran exposición ósea.

- **Dibuja una incisión festoneada lineal:**



Fig. 8.

2.3.2 *Incisión en bayoneta:*

- Ubicación: Idéntica a la anterior.
- Forma: Diseño triangular en forma de bayoneta con tres trazos, extensibles mesialmente hasta el primer molar.
- Técnica:

Cordales incluidos inferiores: Partiendo de la zona más posterior del triángulo retromolar se traza una incisión que alcanza el hueso y llega a la cara distal del segundo molar, recorre el cuello del segundo molar, seccionando el ligamento

gingivodentario por distal y vestibular, finalmente se hace una descarga a nivel de la cara mesial de segundo molar.

Cordales incluidos superiores: Comienza en el tercio inferior de la fibromucosa de la tuberosidad, se continúa por el cuello dentario del segundo molar superior, desde distal hasta mesial por vestibular y después se hace una descarga en la zona mesial.

- Indicaciones: terceros molares incluidos en posición desfavorable o patologías asociadas (quística, tumoral, etc.).

- **Dibuja una incisión en bayoneta:**



Fig. 9. A

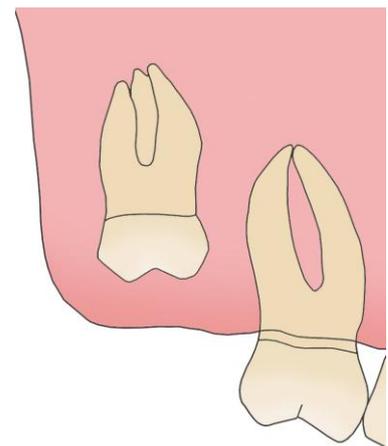


Fig. 9. B

2.3 Incisiones en la patología de tejidos blandos.

2.3.1 Incisión Oval:

- Técnica: Se realiza un óvalo perilesional con las incisiones en semiluna que se unen a ambos lados de la lesión a extirpar.
- Indicaciones: Extirpación de pequeñas tumoraciones benignas como mucocelos, fibromas, papilomas...
- **Dibuja una incisión oval:**

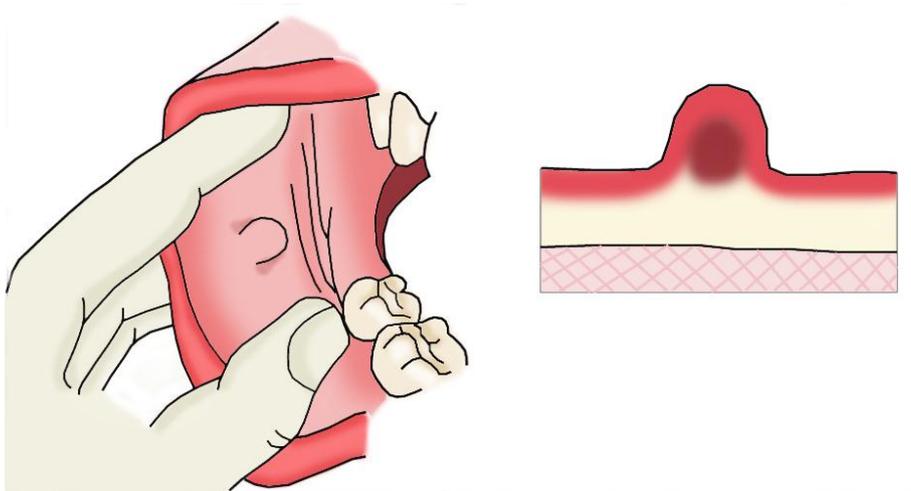


Fig. 10

EJERCICIOS

- **Ejercicio:** Indica de las incisiones siguientes las que son correctas y las que no lo son, explicando en cada caso la respuesta.

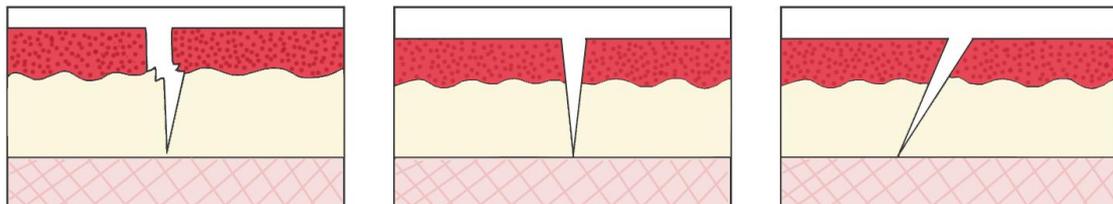


Fig. 11

- **Ejercicio:** Indica cual es el lugar correcto de ubicar la incisión.

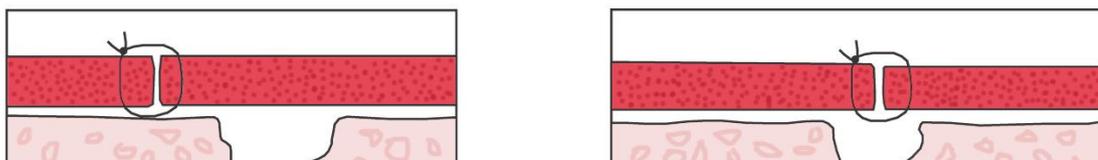


Fig. 12

3. TIPOS DE PUNTOS DE SUTURA.

3.1 Puntos sueltos.

Son puntos independientes unos de otros, existen varios tipos:

3.1.1 Puntos simples: Se toma el borde de la incisión con unas pinzas, se introduce la aguja por todo el grosor del tejido, a unos 3-4 mm del borde, después se pasa por dentro del otro borde. Se realiza una vuelta del hilo alrededor del porta-agujas, después con la punta del mismo se coge el extremo libre del hilo y se desliza a través de la vuelta realizada sobre él; se tiran de los extremos hasta que se forme el nudo. A continuación se repite la maniobra, realizando un nuevo nudo que descansa sobre el anterior, cortándose a continuación los dos extremos del hilo (Fig.13).

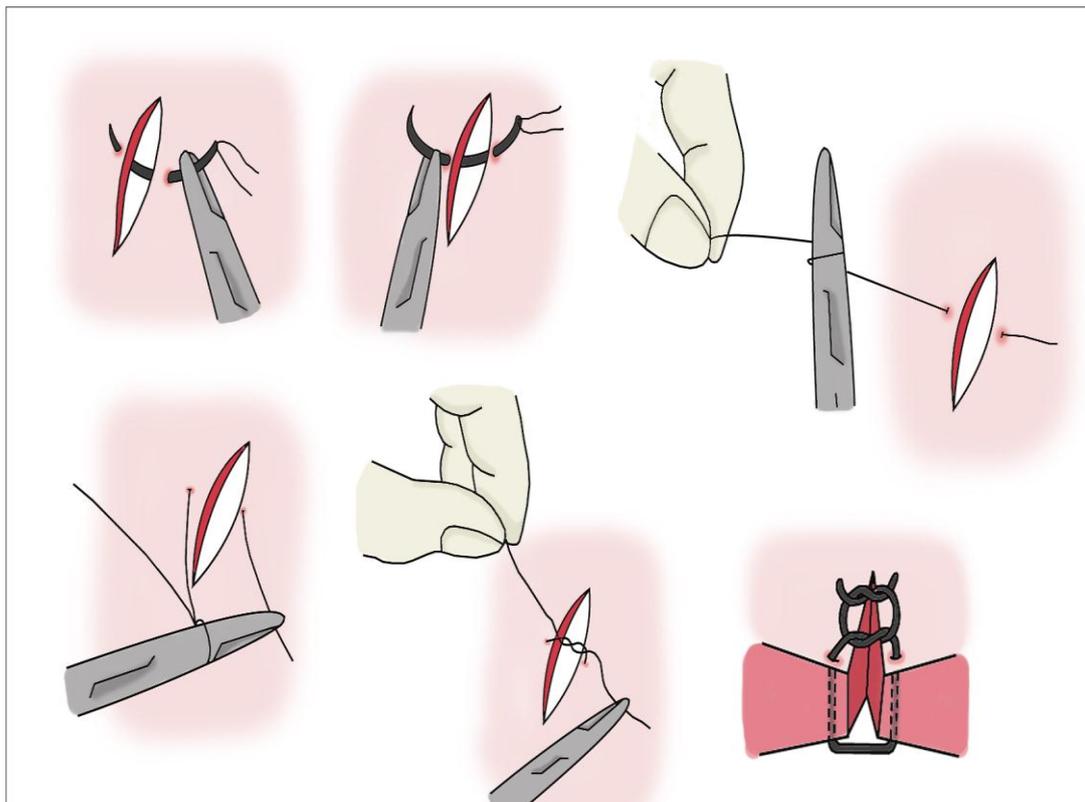


Fig. 13

Existen variaciones con respecto a este ultimo nudo, estas son: en lugar de dar una vuelta sobre el porta-agujas se darán dos vueltas, obteniendo el punto doble; si al hacer el segundo nudo se vuelven a realizar dos vueltas sobre el porta-agujas, se obtendrá el punto doble-doble. Se puede realizar puntos simple-simple, doble-simple, o doble-doble (Fig.14).

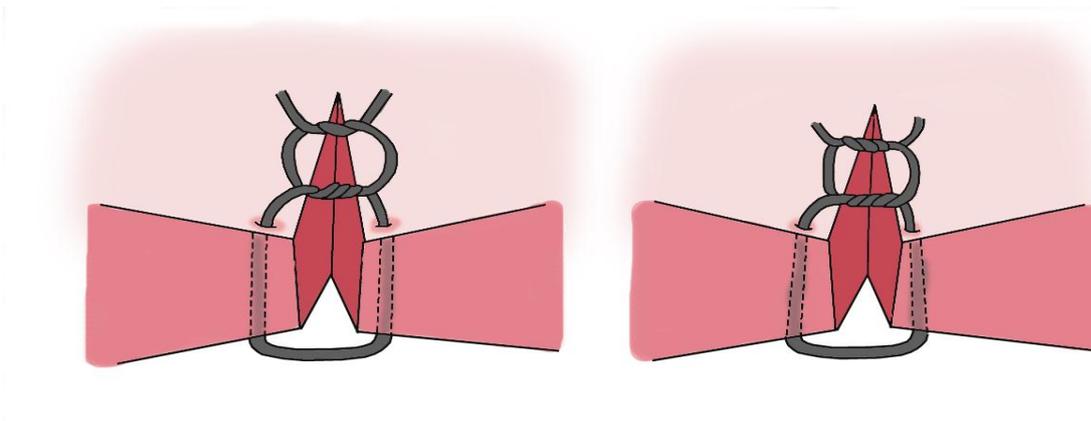


Fig.14

3.1.2 Punto de Donati: Es un punto de doble recorrido en el mismo plano transversal pero en distinta profundidad uno del otro. Se introduce la aguja a través de los dos bordes de la herida como si se fuera a dar un punto simple, pero en vez de proceder a la realización del nudo, se introduce otra vez la aguja en sentido inverso, si bien a mayor distancia de la zona cruenta y a mayor profundidad. Asimismo, la aguja emergerá en el borde contrario en el mismo plano transversal que la primera entrada, pero a mayor distancia de la herida (Fig.15).

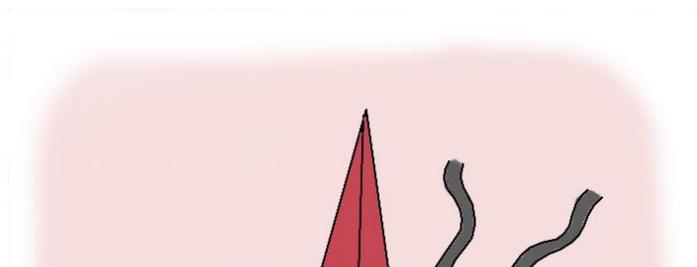


Fig. 15

3.1.3 Punto colchonero o de ida y vuelta: Es también un punto de doble recorrido, aunque en este caso los recorridos son en distinto plano transversal, pero en el mismo plano horizontal. La distancia entre el primer y segundo recorrido será aproximadamente 3-4 mm (Fig.16).

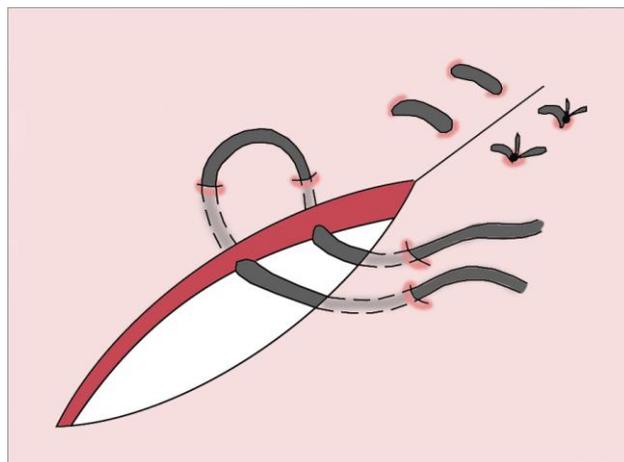


Fig. 16

3.1.4 Punto en cruz: Es también un punto de doble recorrido, similar al punto anterior pero cruzando los hilos y diseñando una cruz. Los recorridos son en el mismo plano horizontal (Fig.17).

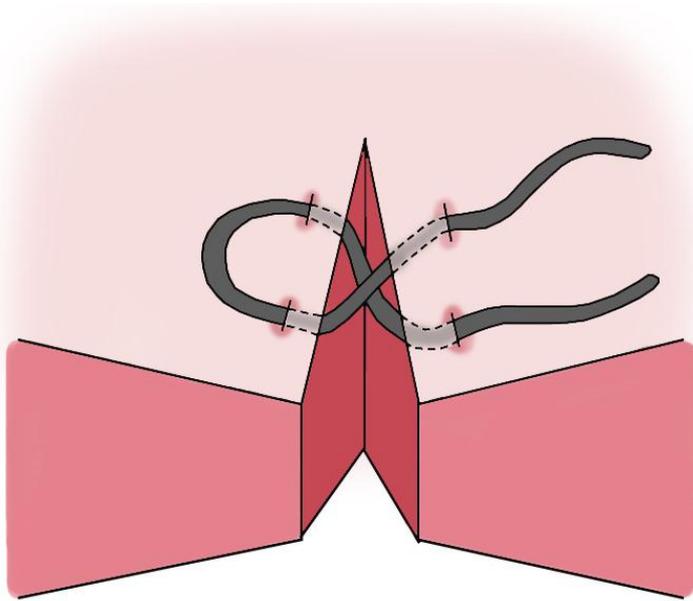


Fig 17

3.2 Sutura continua.

Su uso se restringe a grandes incisiones. Se realiza con más rapidez pues no es necesario ir cortando y anudando los puntos. Existen dos tipos:

3.2.1 Sutura continua simple: Se da el primer punto realizando la técnica del punto simple, una vez anudado solo se corta el extremo sin aguja, y con el extremo de la aguja se vuelve a introducir en el mismo sentido con igual dirección, a unos 0,5 cm del nuevo practicado y por ambos extremos de la incisión; se tracciona el hilo, se realiza nuevamente cada 0,5 cm. Al llegar al otro extremo de la incisión se da el último punto simple. Existe la sutura simple oblicua y la sutura simple perpendicular (Fig.18 y 19).

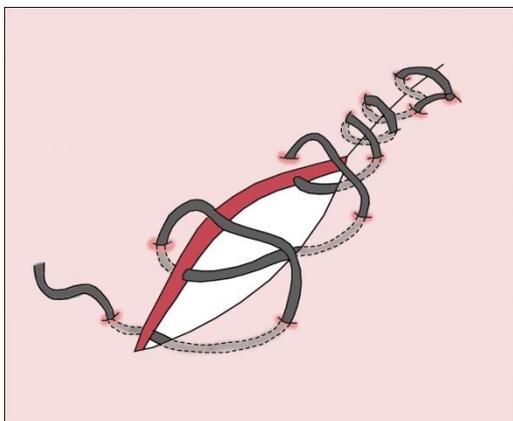


Fig. 18. Sutura simple oblicua.

- **Dibuja una sutura simple perpendicular:**

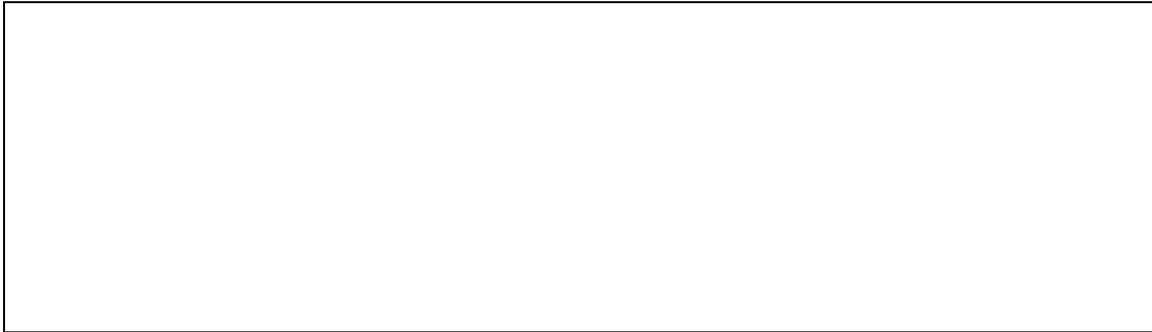


Fig.19. Sutura simple perpendicular.

3.2.2 Sutura continua festoneada o en ojal: se inicia con un punto suelto en un extremo de la incisión. Seguidamente, se introduce la aguja por ambos bordes de la herida y al sacarla por el segundo se pasa la aguja por detrás del hilo que entra por el primer borde. Se completa hasta el extremo distal terminando en un punto suelto (Fig.20).

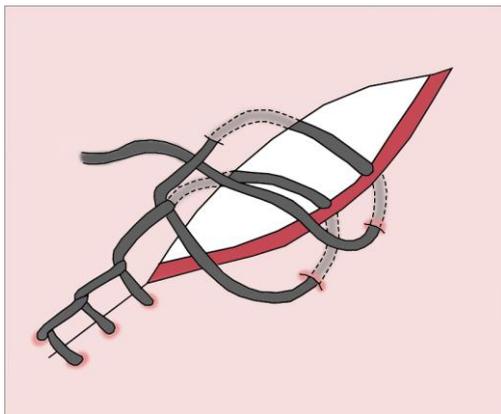
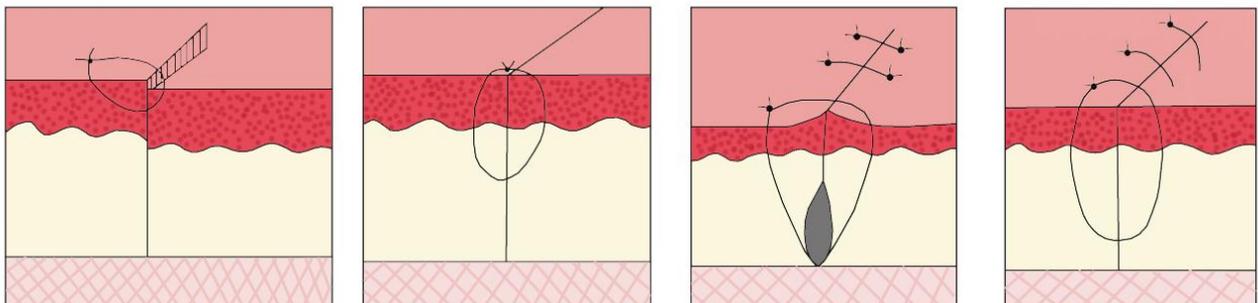


Fig. 20

EJERCICIOS

- **Ejercicio:** Señala que dibujos son correctos y los que no lo son, explicando la



Fi 21

Fig. 21

- **Ejercicio:** Numera el orden con el que se realizarían los distintos puntos de sutura.

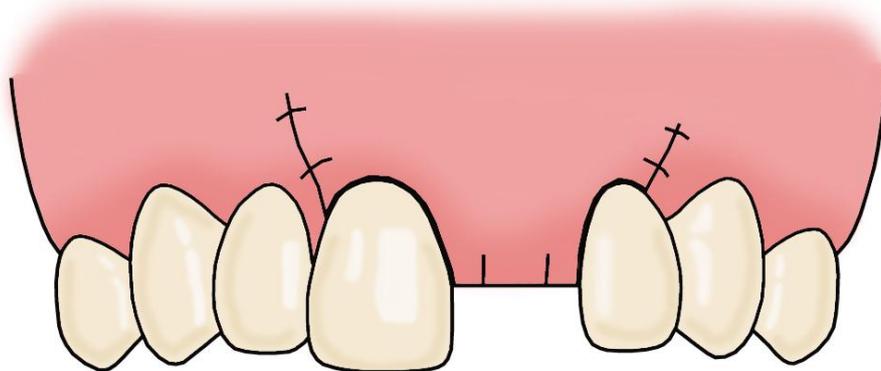


Fig. 22

3.3 Extracción de los puntos de sutura.

Si el hilo de sutura no es reabsorbible se tendrá que eliminar, pasados de 5 a 7 días de la intervención quirúrgica. Para ello necesitaremos unas tijeras finas y afiladas ó bisturí y unas pinzas finas de disección. Se corta el hilo a ras de la superficie de la mucosa, así al retirar el hilo no se llevara ningún desecho al interior de los tejidos al sacar el cabo cortado, evitando así el riesgo de contaminar la herida.

