

CIRUGIA PRE- PROTESICA

Laura Condori Pamela¹

RESUMEN

Después de la pérdida de los dientes naturales se producen diversos cambios óseos en los maxilares, donde el hueso comienza a reabsorberse ya que no responde a las fuerzas transmitidas por los dientes y el ligamento periodontal. En muchos pacientes, el proceso de reabsorción tiende a estabilizarse después de un periodo, mientras que en otros existe una serie de procesos que dan lugar a la pérdida total del hueso alveolar y del hueso basal subyacente, los resultados de ésta reabsorción, se ven acelerados cuando los pacientes son portadores de prótesis, puesto que las mismas tienden a afectar a la mandíbula de mayor modo que al maxilar por la menor área superficial y la distribución menos favorable de las fuerzas oclusales, por otra parte al realizar una exodoncia sin criterio protético existe el riesgo de dejar ciertas irregularidades en el reborde alveolar, convirtiéndose en un área residual con aristas óseas, las cuales serán muy dolorosas a la presión ejercida en el momento de la masticación y por las fuerzas de oclusión, por lo cual éstas deben ser eliminadas si se considera tener una prótesis dental.

PALABRAS CLAVE

Prótesis dental. Injerto. Osteointegración.

INTRODUCCION

A pesar del enorme progreso en la tecnología disponible para preservar la

dentición, aun se requiere de la restauración protésica y la rehabilitación del sistema masticatorio en los pacientes desdentados o parcialmente desdentados, puesto que factores sistémicos y locales generales son responsables de la variación en la cantidad y patrón de reabsorción del hueso alveolar.

Llevar una prótesis contribuye a la reabsorción del reborde alveolar por una adaptación inapropiada del mismo a la prótesis o una distribución inadecuada de las fuerzas oclusales. Por otra parte las variaciones en la estructura facial, pueden afectar también a los patrones de reabsorción ya que el volumen real del hueso de los rebordes alveolares, varia con la forma facial, además algunos pacientes con ángulos bajos en el plano mandibular y ángulos gonialesmas agudos son capaces de generar mayor fuerza de oclusión, por lo tanto se dará lugar a una mayor presión en el área de reborde alveolar¹, como resultado de los factores generales y locales que influyen a la reabsorción ósea se dará lugar a la pérdida del reborde alveolar, aumento del espacio interarcada, aumento de la influencia del tejido blando circundante, menor estabilidad y retención de la prótesis, por lo tanto un aumento excesivo en las molestias ocasionadas por la prótesis a causa de una adaptación inapropiada de la misma².

En otros casos la sustitución de piezas dentales perdidas o ausentes, implica con frecuencia la preparación quirúrgica de los tejidos orales restantes para sustentar de forma adecuada la futura prótesis, con frecuencia las estructuras orales como las inserciones de los frenillos y exostosis no son de mucha importancia cuando el paciente aún conserva los dientes naturales, pero se convierten en obstáculos para la confección apropiada del aparato

¹Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

protésico²⁻³. Después de la pérdida dental al realizarse una rehabilitación protésica en el paciente, el objetivo es el restablecimiento y mejoría de la estética dental y facial, por otra parte es necesaria la máxima preservación de los tejidos duros y blandos durante la preparación quirúrgica pre-protésica que incluye el fin de crear estructuras de soporte apropiadas para el uso posterior de los dispositivos protésicos, por lo que la cirugía pre-protésica es el camino más viable hacia una restauración funcional, estética y biológica del paciente, sin embargo existen muchas otras causas por las cuales es aconsejable éste tratamiento, entre ellas están :

1. Reabsorción ósea en maxilar edéntulo

El edentulismo deriva en una pérdida ósea progresiva en los maxilares que dificulta la restauración funcional y estética. Esta pérdida de hueso es constante en las diferentes poblaciones de sujetos, aunque parece ser más acentuada en el grupo de mujeres de raza blanca.

El patrón de reabsorción es imprescindible en cada individuo, existiendo amplias variaciones³. Aunque la mayor proporción de hueso se pierde el primer año, el proceso de reabsorción continúa durante los 25 años siguientes. En el maxilar superior, la reabsorción de las crestas alveolares tiene predominio horizontal, es decir que la cresta ósea se desplaza hacia palatino, perdiendo de ésta forma el soporte labial⁵. Entretanto, en el maxilar inferior, la reabsorción de las crestas alveolares tiene predominio vertical y es mucho más progresivo que en el maxilar superior, observando que el reborde alveolar residual adopta en poco tiempo la forma en *filo de cuchillo*.

2. Regularización del reborde alveolar

3. Consiste en la eliminación de irregularidades óseas presentes en el reborde alveolar y la superficie palatina que al no ser retiradas podría causar irritación de la zona en contacto directo con la prótesis. Estas irregularidades también podrían interferir con el soporte correcto de la prótesis y deben ser removidas como el caso de la regularización del reborde alveolar que se realiza después de una exodoncia que no tuvo el criterio protético de eliminar bordes agudos y crestas que llegan a ser sumamente dolorosas a la presión. Estas irregularidades deben ser eliminadas, realizándose la intervención según los principios de la operación a colgajo⁵.

Por otra parte en el caso de la extirpación de torus palatino al ser una excrecencia ósea congénita, que llega a ubicarse en la parte central del paladar, en la cual se debe realizar una incisión en forma de cruz que atraviese la fibromucosa palatina llegando de ésta manera hasta el hueso. Esta irregularidad debe ser eliminada ya que perjudicaría el establecimiento correcto de una prótesis dental causando una lesión crónica posterior⁴

4. Frenectomía labial

Se debe realizar la cirugía en el frenillo labial cuando contenga en su estructura una banda fibromucosa adherida al periostio que se inserta entre la cresta alveolar y el labio superior, en algunos casos la inserción inferior del frenillo labial está ubicada entre la papila interdental o en la papila incisal del paladar, razón por la cual dificulta la ubicación correcta del dispositivo protésico⁵.

5. Frenectomía lingual

Es necesaria una cirugía en el frenillo lingual cuando en el paciente edéntulo provoca problemas de estabilidad y retención de la prótesis, puesto que el frenillo al ser muy corto impide el libre movimiento a la lengua (*anquiloglosia*)⁹.

6. Vestibuloplastia,

La vestibuloplastia tiene como objetivo corregir la altura de los vestíbulos bucales, debido a que produce molestia puesto que ocasiona una movilidad exagerada en la prótesis, por lo tanto la vestibuloplastia se ocupa en conseguir un aumento relativo de la cresta alveolar para un mejor soporte de la prótesis⁴⁻⁵.

La cirugía pre-protésica está destinada a mejorar o acondicionar los procesos alveolares con el fin de adaptar una prótesis dental, logrando una funcionalidad y estética armónica, su finalidad, es obtener un proceso alveolar bien conformado, de dimensiones normales y con los respectivos surcos, tanto en vestibular como en la región glosa alveolar, una profundidad adecuada, de paredes paralelas y de borde superior lo más cercano a lo horizontal. La mucosa alveolar debe ser de un grosor adecuado y la mucosa libre de la base debe mantener su elasticidad y debe carecer de inserciones musculares o bridas cicatrizales, por lo general los defectos que se encuentran en un proceso alveolar, parcial o totalmente anodónico, son el producto de actos quirúrgicos, mal manejo durante las exodoncias, además de traumas, y enfermedades sistémicas⁷.

Para la aplicación de las medidas quirúrgicas pre-protésicas no se debe esperar a que las condiciones del lecho protésico lleguen a situaciones que tal vez van a requerir intervenciones mayores, o en el peor de los casos, que

no se pueda restablecer un defecto ocurrido.

Es importante evitar que en el momento de ser efectuada una exodoncia o un acto quirúrgico que involucre el proceso alveolar, por un manejo ligero o un descuido, se produzcan defectos, cicatrices viciosa o bandas fibrosas que con el paso del tiempo van a agravar un defecto original⁷⁻⁸.

Por otro lado deben de realizarse las intervenciones quirúrgicas para mejorar los cambios anatómicos que sufrieron los procesos alveolares al producirse la atrofia de los procesos alveolares, que la mayoría de las veces, al ser exagerados, producen las dificultades para la adaptación de una prótesis. En primer lugar, al producirse la pérdida de altura, varios elementos anatómicos quedarán situados en sitios donde van a interferir con el lecho protésico y en segundo lugar, al producirse la pérdida de altura y el adelgazamiento del proceso alveolar no van a permitir la colocación de éste aparato, es por ello que se opta por transposiciones o reducciones de elementos anatómicos y en caso de la pérdida de la altura las intervenciones aumentarían el tamaño del proceso alveolar⁸.

Es por ello que se realizan estas medidas quirúrgicas correctoras ya que estos cambios anatómicos impedirán la adaptación de la prótesis, ya se trate de inserciones musculares, espinas óseas o forámenes con sus respectivos nervios³⁻⁹. Para subsanar estos problemas es que se indica la cirugía pre protésica que correctamente aplicada pueden ser determinantes para la adaptación de una prótesis⁶.

Es conveniente la colocación de una placa de acrílico o eventualmente la prótesis del paciente después de efectuada la plastia para evitar la

contracción de los bordes de las heridas que van a reducir el espacio ganado³. Para la elaboración de esta placa, se toma previamente una impresión de la arcada, y en el modelo obtenido se desgastan los surcos que van a ser intervenidos².

Elaborada la placa, los bordes que van a cubrir la zona operada se alargan convenientemente y sobre estos, para evitar lesiones por presión del colgajo, se coloca una lámina delgada de una esponja de material plástico, lo último también se puede hacer sobre la prótesis del paciente.

La prótesis o la placa se mantienen en su sitio durante 12 días mediante una transfijación al proceso alveolar o a los arcos cigomáticos³⁻⁹. Transcurrido este tiempo, se retira la placa protectora y se efectúa un rebasado, si es posible con acrílico blando, lográndose con este procedimiento que la placa se mantenga en su sitio por succión. La prótesis definitiva no debe ser adaptada antes de 4 semanas de haber sido efectuada la plastia, debiendo el paciente usar la placa protectora durante este periodo. Prótesis mal adaptadas o colocadas muy tempranamente, por su movilidad, van a producir cicatrices o fibromas fisurales³.

La placa provisional y luego la prótesis definitiva debe ser portada día y noche, lo que en ocasiones es una carga para el paciente, pero de no portarlas continuamente, se corre el riesgo de producirse retracciones cicatrizales que van a ocasionar el fracaso de la intervención quirúrgica.

La cirugía pre-protésica debe emplearse cuando los defectos en reborde alveolar comprometan la futura colocación del aparato protésico o cuando hay una alteración en el perfil facial se indican intervenciones posteriores para subsanar estas imperfecciones.

BIBLIOGRAFIA

1. James H. Cirugía Oral y Maxilofacial. 5ta Edición. Editorial Elsevier. España. 2010; 213,214, 216, 223, 224, 225, 229, 248, 249, 252.
2. Ellis E. Abordajes Quirúrgicos del Macizo Facial. 2ª Edición. Editorial D'vinni. Colombia. 2008; 133, 134, 135.
3. Montilla S. La Cirugía Preprotética. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial: introducción básica a la enseñanza; 1ª Edición. Editorial D'Vinni. Colombia. 2007; 142, 143, 144, 147, 148, 158, 159, 160, 163, 164
4. Raspall Martin G.. Cirugía Preprotésica. Cirugía Oral. 2ª Edición. Fareso Madrid. 1994; 215, 216, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 237, 238.
5. Ries Centeno A. Preparación quirúrgica de los maxilares con fines protéticos. Cirugía Bucal: Patología, Clínica y Terapéutica. 9na Edición. Editorial "El Ateneo". Argentina. 1987; 414, 415, 419, 420, 421, 422.
6. Salmerón J.I.. Cirugía Preprotésica. Análisis crítico. Mi SciELO [revista en Internet] 2007 julio-agosto [acceso 02 de agosto de 2012]; 29 (4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-05582007000400002>
7. González-García R, Naval-Gías L, Muñoz-Guerra MF, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ, Gil-Díez-Usandizaga JL. Preprosthetic and implantological surgery in patients with severe maxillary atrophy. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:343-54.
8. Gietz E.. Cirugía Oral Menor. Buenos Aires. Editorial Progrental; 1946; 1: 133, 134.
9. Matteo Chiapasco y Col.. Cirugía Preprotésica. Tácticas y técnicas en cirugía oral. 2ª Edición: Editorial Amolca; Venezuela. 2010; 111, 112, 113