



CIRUGÍA PREPROTÉSICA EN LA CLÍNICA CIRUGÍA MAXILOFACIAL. COJÍMAR, 2019

Autor principal: Ms.C. Yurian Gbenou Morgan. Especialista de I grado en Cirugía Maxilofacial. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Máster en Odontogeriatría. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Correo: ygbenoumorgan@gmail.com

Coautora: Dra. Yodalys Freixas Piñeiro

Resumen

Introducción: La cirugía pre-protésica es un camino viable hacia una restauración funcional y estética del paciente desdentado parcial o total. **Objetivo:** caracterizar la cirugía preprotésica en la Clínica de Cirugía Maxilofacial Cojímar. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en pacientes sometidos a cirugía preprotésica en la Clínica de Cirugía Maxilofacial Cojímar, 2019. **Resultados:** El 52% de los pacientes intervenidos correspondieron al grupo etario de 60 años y más. Los hombres fueron los más afectados pues constituyeron el 52,5% de la población estudiada. Las principales entidades patológicas bucales que se intervinieron correspondieron a las exóstosis representando un 42,5% y los torus mandibular en un 25%. Los tipos de tratamientos quirúrgicos más empleados fueron la exéresis quirúrgica en un 30% y las exodoncias múltiples con alveoloplastias para un 27,5%. La paridad teniendo en cuenta los tipos de preparaciones iniciales y secundarias constituyendo el 50% en ambos casos. Las entidades patológicas tratadas afectaban en un 90% los tejidos duros. **Conclusiones:** El grupo etario de 60 y más al igual que los hombres son los más afectados. Las principales entidades patológicas bucales más frecuentes son la exóstosis seguida de los torus mandibular; así mismo, los tratamientos quirúrgicos más utilizados son la exéresis quirúrgica seguido de las exodoncias múltiples con alveoloplastias. Las preparaciones iniciales y las secundarias se presentan



similarmente y las cirugías preprotésicas se realizan fundamentalmente en tejidos duros.

Palabras clave: cirugía preprotésica; cirugía bucal.

I. INTRODUCCIÓN

La sustitución de piezas dentales pérdidas o ausentes, implica con frecuencia la preparación quirúrgica de los tejidos orales restantes para sustentar de forma adecuada la futura prótesis. ^(1, 2) Resulta necesaria la máxima preservación de los tejidos duros y blandos durante la preparación quirúrgica pre-protésica la cual se planifica con el fin de crear estructuras de soporte apropiadas para el uso posterior de un dispositivo protésico. ^(3, 4)

La cirugía máxilofacial en función de la prótesis dental, comprende las intervenciones quirúrgicas que se realizan en la cavidad bucal con el fin de prepararla para que la prótesis dental pueda tener una base firme, sin irregularidades, libre de protuberancias óseas marcadas o sinuosidades, exenta de inserciones musculares o un exceso de mucoperiostio. ^(5,6) El criterio que debe orientar este tipo de cirugía será siempre modelante, tratando de conservar o de obtener la mayor superficie útil para el soporte de la prótesis. Su ejecución supone una estrecha relación entre el protesista y el cirujano. ^(7,8)

La cirugía preprotésica se define como el conjunto de procedimientos que van encaminados a conseguir la suficiente cantidad y calidad de tejidos duros y blandos con el objetivo de poder rehabilitar posteriormente el hueso maxilar y mandibular mediante prótesis dentales. ^(9,10)

Existen varias clasificaciones de la cirugía preprotésica. Según Archer ⁽¹¹⁾ se divide en las anomalías que afectan tejidos blandos, óseos y mixtos. Así mismo, Kruger ⁽¹²⁾ señala que se debe tener en cuenta el momento de la cirugía clasificándola en preparaciones iniciales y preparaciones secundarias. Las preparaciones iniciales tienen lugar en el momento de la extracción dentaria o al hacer la instalación de la primera prótesis. Las preparaciones secundarias del reborde tienen lugar después de un período prolongado de uso de las prótesis durante el cual una excesiva atrofia o



traumatismo, han provocado un cambio marcado en el hueso basal y los tejidos blandos que lo recubren, impidiendo de este modo el uso exitoso del aparato protésico.

Se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar la cirugía preprotésica en la Clínica de Cirugía Maxilofacial Cojímar, 2019.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de corte longitudinal y descriptivo en la clínica Cirugía Maxilofacial Cojímar, desde el 6 de Enero hasta el 24 de Diciembre de 2019. Se procesaron los datos con una base de Excel y se analizaron de manera automática utilizando un paquete estadístico SPSS versión 15.0. Se utilizó el cálculo porcentual como medida de resumen de la información, y se presentaron los resultados a través de tablas de salida.

Se estudió un universo constituido por 40 pacientes, la que coincidió con el total de personas examinadas con criterio de intervención de cirugía preprotésica; quienes acudieron a nuestro Servicio en el período analizado.

Criterios de inclusión

Pacientes con 18 años o más, con criterio de intervención quirúrgica de cirugía preprotésica y respuesta positiva al consentimiento informado.

El diagnóstico fue realizado por el cirujano maxilofacial de turno. Los datos fueron recopilados en la planilla de recolección de datos. Consecutivamente, los pacientes fueron examinados, diagnosticados, tratados, según caso, y evolucionados. Se realizó un seguimiento por 3 meses después de instaurado el tratamiento correspondiente, con una frecuencia semanal durante el primer mes de status postoperatorio mediato y mensual hasta completar los 3 meses. El diagnóstico incluyó interrogatorio, examen clínico intrabucal y extrabucal auxiliados de luz artificial.

Las variables operacionalizadas fueron:

Edad: grupos etarios de 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 y más.

Sexo: masculino o femenino.

Diagnóstico: exóstosis, torus mandibular, reborde alveolar irregular, atrofia alveolar residual, épulis fisurado, torus palatino y disfunción masticatoria.



Tipo de tratamiento: exéresis, exodoncias múltiples con alveoloplastias, regularización, alveoloplastias, exéresis y sutura en bolsa de señora, injerto óseo, profundización virtual de surco vestibular, elevación de seno maxilar.

Clasificación de Kruger: preparaciones primarias o preparaciones secundarias.

Clasificación de Archer: intervención en tejidos blandos o en tejidos duros.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes intervenidos de cirugía preprotésica según edad y sexo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	#	%	#	%	#	%
20-29	1	2,5	-	-	1	2,5
30-39	-	-	1	2,5	1	2,5
40-49	2	5	5	12,5	7	17,5
50-59	6	15	4	10	10	25
60 y +	12	30	9	22,5	21	52,5
100	21	52,5	19	47,5	40	100

La tabla 1 muestra que el 52% de los pacientes intervenidos por cirugía preprotésica correspondieron al grupo de edades de adulto mayor, o sea, de 60 años y más. En tanto, los hombres fueron los más afectados pues constituyeron el 52,5% de la población estudiada.



Tabla 2. Distribución de pacientes intervenidos por cirugía preprotésica según el diagnóstico.

Diagnóstico	#	%
Exóstosis	17	42,5
Torus mandibular	10	25
Reborde irregular	5	12,5
Atrofia alveolar residual	3	7,5
Épulis fisurado	3	7,5
Torus palatino	1	2,5
Disfunción masticatoria	1	2,5
Total	40	100

En la tabla 2 se nota que las principales entidades patológicas bucales que se intervinieron correspondieron a las exóstosis representando un 42,5% y los torus mandibular en un 25%.

Tabla 3. Distribución de pacientes intervenidos por cirugía preprotésica según tipo de tratamiento quirúrgico empleado.

Tipo de tratamiento	#	%
Exéresis quirúrgica	12	30
Exodoncias múltiples/alveoloplastias	11	27,5
Regularización	6	15
Alveoloplastias	4	10
Exéresis/sutura en bolsa de señora	3	7,5
Injerto óseo	2	5
Profundización virtual de surco vestibular	1	2,5
Elevación de seno maxilar	1	2,5
Total	40	100



En la tabla 3 se observa los tipos de tratamientos quirúrgicos más empleados fueron la exéresis quirúrgica en un 30% y las exodoncias múltiples con alveoloplastias para un 27,5%.

Tabla 4. Distribución de pacientes intervenidos por cirugía preprotésica según la clasificación de Kruger.

Clasificación de Kruger	#	%
Preparación inicial	20	50
Preparación secundaria	20	50
Total	40	100

La tabla 4 refleja la paridad teniendo en cuenta los tipos de preparaciones iniciales o secundarias constituyendo el 50% en ambos casos.

Tabla 5. Distribución de pacientes intervenidos por cirugía preprotésica según la clasificación de Archer.

Clasificación de Archer	#	%
Tejidos duros	36	90
Tejidos blandos	4	10
Total	40	100

A través de la tabla 5 se corrobora la distribución de pacientes intervenidos por cirugía preprotésica teniendo en cuenta el tipo de tejido afectado; donde las entidades patológicas tratadas afectaban en un 90% los tejidos duros.



IV. DISCUSIÓN

En consonancia con este estudio al analizar la distribución de pacientes de acuerdo a los tejidos afectados y grupos de edades Cárdenas Pérez y colaboradores ⁽¹³⁾ evidenció un aumento progresivo de las afecciones que necesitaron cirugía preprotésica encontrándose más afectados los pacientes de 61 y más años de edad pero se discrepa en los resultados obtenidos en las alteraciones que aparecen en los tejidos blandos (52,50%) donde en la mayoría de los estudios incluyendo el de este autor los tejidos duros son los más afectados en los adultos mayores.

Así mismo, este reporte concuerda también con el de Cárdenas Pérez y cols. ⁽¹³⁾ en cuanto a los tipos de tratamientos empleados donde pudo apreciar que el 62,88% de las cirugías con fines protésicos realizadas en Ciego de Ávila se efectuó en tejidos duros con un predominio de las alveoloplastias y exodoncias múltiples con alveoloplastias representadas por el 27,27% y 24,24% respectivamente. En la presente investigación se empleó fundamentalmente la exéresis quirúrgica seguida de las extracciones múltiples con alveoloplastia.

En varias partes del mundo se han realizado estudios sobre este tema, pudiendo referirnos al estudio sobre pacientes ambulatorios realizado por Bachur y cols. ⁽¹⁴⁾ donde obtuvieron como resultado que, de las intervenciones quirúrgicas realizadas, el 20,28% fueron cirugías preprotésicas. Sin embargo, este autor discrepa parcialmente en los diagnósticos y totalmente teniendo en cuenta la clasificación de Archer reportados de la cátedra de cirugía de la Facultad Odontológica de Córdoba ⁽¹⁴⁾ al presentar un mayor porcentaje de pacientes operados de tejidos blandos que en comparación a los tejidos duros. De ellas el 23,5% pertenecen a tejidos duros y el 76,5% a tejidos blandos, siendo en estas últimas las más frecuentes la hiperplasia inflamatoria fibrosa o tejido hiper móvil con un 71,64% causada fundamentalmente por prótesis desajustadas, se localizaban comúnmente en el fondo del surco vestibular; seguida por los frenillos labiales y linguales mal insertados para un 19,40% y por último el borramiento del surco vestibular inferior con un 8,95%. En los tejidos duros las más frecuentes por orden fueron los rebordes irregulares (55,00%), extracciones múltiples con alveoloplastias (33,5%), exostosis óseas y torus mandibular con un 10% cada una.



Mientras que en esta investigación la exóstosis ósea y el torus mandibular fueron los más frecuentes.

También Cárdenas Pérez y cols. ⁽¹³⁾ afirma al igual que en este trabajo investigativo teniendo en cuenta la clasificación de Kruger, las causas de aparición de las alteraciones que requieren cirugía preprotésica se pudo corroborar que en los tejidos blandos predominan las causas secundarias o adquiridas con un 70,00% y en los tejidos duros se presentó con mayor frecuencia las causas primarias o congénitas (56.63%). Dorosz y cols. ⁽¹⁵⁾, coinciden favorablemente con estos resultados ya que muestran similares resultados en varios estudios de cirugía bucal.

V. CONCLUSIONES

El grupo etario de 60 y más al igual que los hombres son los más afectados. Las principales entidades patológicas bucales más frecuentes son la exóstosis ósea seguida de los torus mandibular; así mismo, los tratamientos quirúrgicos más utilizados son la exéresis quirúrgica seguido de las exodoncias múltiples con alveoloplastias. Las preparaciones iniciales y las secundarias se presentan similarmente y las cirugías preprotésicas se realizan fundamentalmente en tejidos duros.

Referencias bibliográficas

1. Condori Pamela L. Cirugía Pre-protésica. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet] 2012 [citado 2020 Abr 21]. Disponible en: http://www.revistas.bolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900010&lng=es.
2. Fahmy MD, Jazayeri HE, Razavi M, Masri R, Tayebi L. Three-Dimensional Bioprinting Materials with Potential Application in Preprosthetic Surgery. J Prosthodont. [internet] 2016 Jun [citado 10 agosto 2020]; 25(4): [aprox 8p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jopr.12431>.
3. Groot RJ, Oomens MAEM, Forouzanfar T, Schulten EAJM. Bone augmentation followed by implant surgery in the edentulous mandible: A systematic review. J Oral Rehabil. [internet] 2018 Abril [citado 10 agosto, 2020]; 45(4): [aprox 11p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12605>.
4. Ephros H, Klein R, Sallustio A. Preprosthetic Surgery. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. [internet] 2015 Aug [citado 10 agosto, 2020]; 27(3): [aprox 13p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2015.04.002>.
5. Coulthard P, Esposito M, Worthington HV, Jokstad A. WITHDRAWN: Interventions for replacing missing teeth: preprosthetic surgery versus dental implants. Cochrane Database Syst Rev. [internet] 2015 Dic [citado 10 agosto, 2020]; 7(12): CD003604. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003604.pub2>.



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



6. Zhuang R, Liu C, Han Z, Li J, Geng W. Implant-Supported Hybrid Prosthesis for Severe Mandibular Defects: A Sequence of Treatments From Alveolar Distraction Osteogenesis to Implant Restoration. *J Oral Maxillofac Surg.* [internet] 2018 Jun [citado 10 agosto, 2020]; pii: 0278-2391(18): [aprox 4p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2018.05.024>.
7. Trento GDS, Reis JMDSN, Hochuli-Vieira E, Pereira-Filho VA. Mandibular Reconstruction by Osteogenic Distraction Due to Two Different Injuries. *J Craniofac Surg.* [internet] 2018 Mar [citado 10 agosto, 2020]; 29(2): [aprox 3p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0000000000004215>.
8. Rachmiel A, Emodi O, Rachmiel D, Israel Y, Shilo D. Sandwich osteotomy for the reconstruction of deficient alveolar bone. *Int J Oral Maxillofac Surg.* [internet] 2018 May [citado 10 agosto, 2020]; pii: S0901-5027(18): [aprox 7p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2018.05.004>.
9. Salmerón Escobar J.I. Cirugía Preprotésica: Análisis crítico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [Internet]. 2007 Ago [citado 2020 Abr 21]; 29(4): 228-239. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582007000400002&lng=es.
10. Zhan L, Gao R, Fan J, Ma H. The effects of dentoalveolar distraction extraction on alveolar ridge preservation: Cone-beam computed tomography and X-ray analysis in canine model. *J Xray Sci Technol.* [internet] 2018 Jun [citado 10 agosto, 2020]; 29: [aprox 7p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/XST-18384>.
11. Archer WH. Cirugía bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1978. p. 243-74, 497-502.
12. Kruger G. Cirugía Bucomaxilofacial .Cirugía paraprotética. La Habana: Ed. Revolucionaria; 1985.
13. Cárdenas Pérez E, Cepero Franco F, Pérez López Y, Morales Pardo M, Quintero Herrería Y. Cirugía preprotésica en pacientes del área norte de Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2007 [citado 11 Ago 2020]; 13(8): [Aprox 7p.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/m_ciego/vol13_01_07/articulos/a8_v13_0107.htm
14. Bachur R, González R, Samar ME. Estudio sobre pacientes ambulatorios de la cátedra de cirugía. Córdoba: Editorial Facultad de Odontología, 2002.
15. Dorosz N, Dominiak M. Mandibular ridge reconstruction: A review of contemporary methods. *Adv Clin Exp Med.* [internet] 2018 Jul [citado 10 agosto, 2020]; 17: [aprox 7p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17219/acem/74054>.