

4
F 3303



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

495

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

TRATAMIENTO DE ZONAS EDENTULAS
PREVIO A RESTAURACION CON
PROTESIS PARCIAL FIJA

28-6-01-1111

Presentado a: DR. JORGE ARANGO
DR. CARLOS CASTRO

Presentado por: Claudia Castiblanco Cod. 901215
Eliana Cobo Cod. 901219
Francya Hermida Cod. 901272
Alba Luz Hernández Cod. 901277

SANTAFE DE BOGOTA, D.C., NOVIEMBRE 23 DE 1995

DEDICATORIA

Este logro es dedicado a todas las directivas, cuerpo docente del C.O.C. y a nuestros padres, quienes con su esfuerzo hicieron posible la culminación de nuestra carrera.

AGRADECIMIENTOS

Es para nosotras un honor finalizar nuestros estudios universitarios en esta facultad que nos enseñó desde un principio a realizarnos íntegramente en nuestra labor Odontológica.

Es una gran satisfacción la de nuestros padres, hermanos y demás miembros de la familia saber que tienen un profesional con valores éticos, morales y sociales que engrandecen a nuestra patria.

Nos sentimos muy agradecidas con el Dr. Jorge Arango, Dr. Carlos Castro (Director de X semestre), Docentes de I a X, que día a día nos ayudaron en nuestra labor profesional. Todas las directivas de C.O.C. y muy especialmente a nuestros padres por habernos apoyado a lo largo de estos años, para que hoy seamos personas capacitadas para transmitir nuestros conocimientos.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	1
1. ETIOLOGIA DE LAS DEFORMIDADES DEL REBORDE	2
2. RECONSTRUCCION ESTETICA DE LOS DEFECTOS DE REBORDE ALVEOLAR	2
2.1 OBJETIVOS	2
3. EXAMEN CLINICO	3
4. MECANISMOS DE CLASIFICACION	5
5. TECNICAS PARA AUMENTO DE REBORDE	6
6. RESULTADOS Y DISCUSIONES	8
7. VENTAJAS DEL MATERIAL DE IMPLANTE HIDROXIA-PATITA SOBRE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO	10
8. VENTAJAS DEL COLGAJO PALATINO	10
9. REQUISITOS PARA TENER EXITO	10
10. PRESERVACION DEL REBORDE	12
11. AUMENTO INMEDIATO DEL REBORDE	13
12. TECNICAS DEPENDIENTES DE PERFUSION VASCULAR	13
13. INJERTO ONLAY	14
14. INJERTO INLAY	15



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

15.	INJERTO INLAY-ONLAY	15
16.	MALLA DE TITANIO	16
17.	CONCLUSIONES	17
	BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCION

Cuando pensamos en restaurar a un paciente, con prostodoncia parcial fija, no debemos limitarnos al reemplazo de las estructuras dentales faltantes, basado sólo en la función. La restauración del paciente debe ser global, sin olvidar el componente periodontal; como son aquellas depresiones causadas por exodoncias prematuras, iatrogenias, enfermedad periodontal avanzada, etc.

Gran parte de los profesionales en salud oral realizan restauraciones con prostodoncia parcial fija, pasando por alto la zona donde va colocado el pónico, sin recurrir a nuevas técnicas de reconstrucción de dicho problema. La idea es concientizar al profesional de una restauración completa del paciente.

En este trabajo vamos a dar una pausa para la rehabilitación ideal del paciente, con problemas de defectos óseos.

1. ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DEL REBORDE

- Defectos de desarrollo.
- Enfermedades periodontales avanzadas.
- Lesión traumática.
- Trauma quirúrgico.
- Anodoncias.
- Ubicación excéntrica de los maxilares, con su extrema-
da superficie delgada y su sensible paladar, ofrecen
sitios comunes para deficiencias.

2. RECONSTRUCCION ESTETICA DE LOS DEFECTOS DE REBORDE ALVEOLAR

2.1 OBJETIVOS

Reparar las estructuras orales perdidas, prevenir unas deformaciones estéticas inaceptables, son las metas de varios procedimientos de reconstrucción periodontal. Muchos de estos esfuerzos reconstructivos son limitados en su eficacia debido a la inadecuada cobertura del colgajo y perfusión vascular.



Investigar, analizar las ventajas y desventajas de dichas técnicas reparativas, y enseñar la reparación de los problemas, conociendo la etiología y clasificación de las depresiones óseas, aplicando la técnica de reconstrucción más adecuada.

Aprender valoración clínica y radiográfica del paciente con defectos óseos y saber cuál es la etiología de las depresiones de reborde.

3. EXAMEN CLINICO

Los siguientes factores deben ser evaluados durante la examinación del paciente cuando es preparado para una cirugía periodontal de reconstrucción de colgajo:

- 1.- La línea de la sonrisa, que a nivel del labio superior esté elevado cuando el paciente se encuentre en una posición natural y cuando sonríe, o sonrisa alta.
- 2.- Tipo y extensión de la deformidad después de una exodoncia.

Estos pueden ser evaluados con radiografías que determinen la cantidad de hueso interproximal y evaluación clínica de la papila.

Aquí incluimos la clasificación de Seibert:

Clase I

Pérdida de tejido vestíbulo lingual sin pérdida de tejido apico coronal.

Clase II

Pérdida tejido apico coronal sin pérdida de tejido vestibulo lingual.

Clase III

Combinación de los dos anteriores.

3.- Forma del arco dental

Forma de los dientes (morfología, longitud)

Posición de los dientes

Futuros sitios de implante.

4.- Futura interrelación del pónico y la encía.

5.- Tipo de restauración soportada por el diente, implantes dentales o combinación de dientes con implantes.

6.- Tipo de periodonto. Un periodonto grueso es más fácil de manipular evitando pérdida de papila. Este tejido también requiere una manipulación más suave.

7.- Presencia o ausencia de hueso y su forma.

8.- Interrelación del reborde alveolar de maxilar superior con el maxilar inferior.

9.- Interrelación del reborde alveolar con las estructuras orofaciales circundantes (labio, mucosa oral, lengua).

10.- Posición de frenillos y línea mucogigival.



4. MECANISMOS DE CLASIFICACION

La reconstrucción periodontal con colgajos puede ser clasificada por la dirección, transferencia y geometría.

1.- Rotacional

Todos los colgajos rotacionales tienen como característica común el movimiento alrededor de un punto del muñón. El radio de rotación del arco es la línea de mayor tensión.

A mayor rotación, será mayor la retracción del colgajo.

2.- Mejorado

El sitio final del colgajo de reborde mejorado, es aparte de la rotación un movimiento lateral. El colgajo mejorado consiste en dos incisiones verticales de 100 a 110 grados de corte.

Estas incisiones nos permiten que los bordes de la herida sean confrontados nuevamente y así coordinar su movimiento.

Los dos colgajos pueden ser clasificados según su geometría:

1. Transposicional: Cuando en segmento rectangular de encía o mucosa es usado.

2. Rotacional: Cuando un segmento circular de encía o mucosa es usado.

Estas clasificaciones están basadas y aceptadas por los principios quirúrgicos y es modificada para ser más exacta la descripción de la reconstrucción periodontal del colgajo, puede ayudar a la visualización prequirúrgica del diseño, la cual será subsecuente al seguro esfuerzo de óptima reconstrucción, otras subdivisiones no son necesarias.

5. TECNICAS PARA AUMENTO DE REBORDE

Injerto de Tejido Conectivo Fibroso

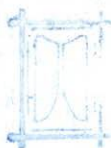
Los resultados están reportados en 21 casos que incluyen 26 sitios. Los 14 sitios donde se uso injerto de tejido conectivo fibroso presentaron encogimiento, aunque fue obtenida una mejora en el contorno del reborde residual.

Esta técnica fue descrita por Langher y Calagna, en la cual se usa este injerto de tejido conectivo fibroso y simultáneamente por Garber y Rosemberg, y ha sido satisfactoria

para la reconstrucción de depresiones moderadas en la dimensión bucolingual.

Técnica de Hidroxiapatita

- 1- Las incisiones paralelas fueron hechas cerca al diente adyacente de los rebordes deficientes, empezando aproximadamente a 6 o 12 mm. de la cresta del reborde palatino.
Estas incisiones se extendieron por toda la cresta del reborde y dirigidas hacia la unión mucogigival.
2. Una tercera incisión conectando las incisiones palatinas paralelas, levantando con disecciones agudas como un colgajo de corte denso hacia la cresta del reborde.
3. Se elevó un colgajo totalmente denso desde la cresta del reborde y se formó una bolsita en la depresión con un corte agudo.
4. Cuando fue necesario, las incisiones paralelas fueron extendidas para permitir el acceso para la elevación del tejido facial y liberar el colgajo para movimientos faciales o coronarios en el área de la depresión.
5. Una vez que el tejido facial había sido elevado, las incisiones paralelas fueron suturadas facialmente a la altura de la cresta del reborde alveolar en preparaciones para el asentamiento de la hidroxiapatita.



6. El alveológrafo fue ubicado en 7 sitios donde había depresiones usando las jeringan manufactureras, y arriba se colocó una amalgama plástica estéril.
7. El colgajo fue asegurado en todos sus márgenes con suturas múltiples e interrumpidas. Debido al movimiento facial y coronario, una pequeña área fue granulada en palatino.
8. Las aplicaciones temporales que reemplazaron al diente perdido, fueron aflojadas 3 mm. para prevenir presión del colgajo proveniente del edema, durante las primeras etapas de la curación.
9. El revestimiento periodontal fue puesto durante 1 semana en el lugar quirúrgico.

Los pacientes fueron vistos a la semana, tercera, sexta, 3 meses y seis meses para control post-operatorios y observación.

Técnica de Roll o de Tejido Conectivo des-epitalizado

Es la más práctica para la reconstrucción de depresiones en la dimensión apico coronal, pero requiere de suficiente tejido suave en la superficie directamente y el paladas para la cresta del reborde residual.

6. RESULTADOS Y DISCUSIONES

Todos los 26 sitios demostraron incremento del contorno del reborde residual, permitiendo mejores estéticas en la restauración final. Todos los 14 sitios que usaban injerto de tejido fibroso mostraron encogimiento post-operatorio a pesar de un relleno deliberado en el momento de la cirugía. Tales encogimientos sucedieron sin importar la severidad del efecto, siendo observados en los tres defectos suaves que fueron tratados.

Un sitio que recibió injerto necesitó de una segunda fase operatoria para resultados positivos. El encogimiento ocurrió de la cuarta a la sexta semana post-operatoria.

Los sitios aumentados han permanecido estables después de 3 años.

No se observó ningún encogimiento en los sitios donde su uso hidroxiapatita. Un sitio presentó una perforación debido a la densidad inadecuada de la mucosa facial, y una pequeña cantidad de material de implante se perdió. En otro caso una porción del colgajo se desprendió por la presión de una prótesis.

Se notó una inflamación post-operatoria, después se observó una estabilidad de los sitios afectados.

Los resultados más gratificantes se observaron con la técnica hidroxiapatita.

7. VENTAJAS DEL MATERIAL DE IMPLANTE HIDROXIAPATITA SOBRE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO

1. Sólo requiere un sitio quirúrgico
2. Está disponible una cantidad ilimitada de material de implante.
3. Es más probable el logro de la propiedad del contorno.

8. VENTAJAS DEL COLGAJO PALATINO

1. Se puede obtener cierre total del tejido suave sobre el implante de partículas sintéticas.
2. El colgajo debe ser elevado lo suficiente para obtener contorno del reborde residual apical y coronal.
3. La posición de la unión mucogingival puede ser mantenida o restaurada.

9. REQUISITOS PARA TENER EXITO

1. El corte crevicular en el diente adyacente al reborde desdentado, debe ser ligero, si hay presencia de bolsas éstas deben ser tratadas prioritariamente a las operaciones de aumento.
2. Debe ser o haber una zona de gingiva queratinizada



alrededor de dientes adyacentes al reborde desdentado, esto puede ser previsto por procedimiento de tejido suave, si es necesario.

3. Debe haber una adecuada cantidad y calidad de tejido suave en el área desdentada para permitir el grado de elevación y suficiente densidad del colgajo, para prevenir alguna perforación.

Las perforaciones del tejido suave, se deben corregir por medio de injertos, anteriores a la colocación del material de implante.

4. Las incisiones verticales deben ser contenidos fuera del contacto del diente adyacente. esto permite el cierre del tejido blando previniendo obstrucción de partículas de implante.

5. La disección de las bolsas periodontales debe ser restringido al sitio del defecto, y el material de implante debe ser ubicado sin excesiva presión, para evitar desplazamiento del implante y pérdida del contorno deseado.

6. Las aplicaciones temporales deben ser sueltas para impedir cualquier interferencia del colgajo durante la cicatrización.

7. Se debe dejar cicatrizar mínimo por un plazo de 6 semanas, antes de iniciar una cirugía reconstructiva. Esto permite suficiente tiempo para la cicatrización del tejido antes de la preparación e impresión de la corona.

Esta técnica mejorada ofrece medios refinados para mejorar la calidad de odontología reconstructiva donde la pérdida del contorno alveolar ha sido localizada.

10. PRESERVACION DEL REBORDE

Preservando el reborde en el momento de la exodoncia ayuda a reducir futuros daños que usualmente requieren procedimientos quirúrgicos más amplios para el aumento previo a la restauración protésica final.

Ventajas

- Reduce la incidencia de colapso de reborde
- Reduce el número de procedimientos reconstructivos posteriores.

Desventajas

- Requiere la preparación de los dientes antes del procedimiento quirúrgico.
- La restauración provisional debe ser colocada inmediatamente después de la exodoncia del diente y la preservación del reborde.
- Se debe planear un precirugía restaurativa antes del procedimiento quirúrgico.
- Se debe realizar un completa debridación quirúrgica en áreas de lesión periapical.

11. AUMENTO INMEDIATO DEL REBORDE

Esta técnica puede ser realizada en el momento de la exodoncia. Esto capacita al operador a reducir el número de cirugías y a obtener una óptima arquitectura del reborde.

Ventajas

- Esto elimina la necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas de aumento en pérdida de volumen.
- Permite una correcta interrelación del pónico con los tejidos blandos.

Desventajas

- Difícil manejo del colgajo en áreas de aumento extensas.
- Todas las desventajas mencionadas anteriormente en procedimientos de preservación.

12. TECNICAS DEPENDIENTES DE PERFUSION VASCULAR

Estas técnicas pueden ser las más convenientes para pequeños defectos pero pueden ser también usadas en defectos grandes.

La mayor desventaja es la cantidad de material donante que el operador sea capaz de recolectar del paladar. Si

producir una gran defecto debido a la cicatrización por segunda intención.

Mayores limitaciones abarcan la no seguridad de que la perfusión del tejido sobreviva al injerto.

13. INJERTO ONLAY

Indicaciones

El injerto Onlay es de valor impredecible en pequeñas áreas.

Ventajas

- Incremento en la dimensión gival.

Desventajas

- Limitada cantidad de material donador
- Son necesarios dos sitios de cirugía
- Limitada supervivencia debido a la no seguridad de la perfusión vascular del tejido receptor.
- La necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas para aumentar grandes defectos.
- El color es desfavorable debido a la degradación de la queratinización del injerto donador.
- La contracción post-operatoria de los tejidos blandos es impredecible.

14. INJERTO INLAY

Indicación

Los injertos inlay son de valor impredecibles en áreas pequeñas.

Ventajas

- Igualdad de color
- Vascularización, esta es mejor a través del colgajo sobre el injerto donador.
- Capacidad de estabilizar el injerto donador al sitio deseado.

Desventajas

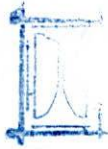
- Limitada cantidad de material donante
- Son necesarios dos sitios quirúrgicos
- La contracción del tejido donador es impredecible
- El diseño y mantenimiento del colgajo debe ser especial en el área de la papila o interproximal.

15. INJERTO INLAY-ONLAY

Esta es una combinación de las técnicas descritas anteriormente. Estas tienen todas las ventajas y desventajas de cada técnica.

16. MALLA DE TITANIO

Por ser tan nueva esta técnica, no hay bibliografía disponible.



17. CONCLUSIONES

- Estas técnicas mejoradas ofrecen medidas refinadas para aumentar la calidad de la odontología reconstructiva en casos donde la pérdida del contorno del reborde alveolar ha sido localizada.
- Se puede prevenir el colapso de reborde realizando la cirugía de aumento en el mismo instante en que se realiza la exodoncia con las técnicas expuestas en el trabajo de preservación.
- Es importante planear el tratamiento restaurativo de toda la dentición antes de realizar la exodoncia de cualquier diente.
- Debemos prevenir el colapso del reborde después de una exodoncia traumática y dientes avulsionados.
- El procedimiento de aislamiento de membrana permite a las células regenerativas de los huesos rellenar los defectos óseos.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS, L. Aumentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prothesis. Compend contin Educ Dent, 1980 - 205
- BAHAT O, Handelselman M. Periodontal Reconstructive Flaps Classification and surgical considerations, 481-487
- GARBER D, Rosenberg Es. The edentulous ridge in fixed prosthodontics. Compend Contin Educ Dent. 1981, 212
- HALL, WB. Pure Mucogingival Problems. Chicago. Quintessence, 1985, 456
- LANGER B, Calanga. The subepithelial connective tissue graft. Prosthet dent. 1980, 44-363