

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RADIOGRÁFICAS
DE LOS PACIENTES ATENDIDOS, ENTRE ENERO DEL 2004 Y DICIEMBRE
2006**

INTEGRANTES

FREDDY DUEÑAS	032002
MARTHA SALAS	032024
KAREN HERNÁNDEZ	032040
NATALIA TAUTIVA	032044

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
BOGOTA D.C. 2008**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RADIOGRÁFICAS
DE LOS PACIENTES ATENDIDOS, ENTRE ENERO DEL 2004 Y DICIEMBRE
2006**

INTEGRANTES

FREDDY DUEÑAS	032002
MARTHA SALAS	032024
KAREN HERNÁNDEZ	032040
NATALIA TAUTIVA	032044

ASESOR ESTADÍSTICO

Dr. Magnolia Moreno

Estadista

ASESOR CIENTIFICO

Dr. Carlos Arturo Villamizar Galvis

Cirugía, Implantología y Patología Oral

ASESOR METODOLOGICO

DRA. CLAUDIA ALCAZAR

OD. Magíster en Epidemiología

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

BOGOTA D.C. 2008

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a nuestros padres. Por su esfuerzo, compromiso, dedicación amor y su apoyo incondicional, ya que fueron nuestra motivación para la culminación de dicho proyecto de investigación. A nuestra **Institución Universitaria Colegios de Colombia**, a nuestros docentes compañeros, amigos y familiares y todo aquel que hizo posible de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis principalmente se realizó con un fin investigativo, en donde nuestro mayor deseo fue proporcionar la mejor información de nuestro proyecto. Pero gracias a nuestra **Institución Universitaria Colegios de Colombia** y la ayuda de asesores como el doctor Carlos villamizar y la doctora Claudia alcázar. Con su experiencia y aporte de conocimientos esto no hubiese alcanzado tan altas perspectivas.

Gracias a los integrantes de dicha tesis, por ser parte de este equipo, que pese a sus dificultades, fue capaz de sacar adelante este proyecto, ya que cada uno perseguía los mismos ideales y luchaba por el mismo sueño.

Por ultimo queremos agradecer a los seres más maravillosos, que están siempre como angelitos de la guarda y son nuestros padres, quienes iluminan nuestra vida, anhelando el mejor de los presentes para cada uno de sus hijos.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. ASPECTO TEÓRICO CIENTÍFICO	12
1.1 PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 PROPÓSITO	14
1.4 MARCO TEORICO	15-41
1.5 OBJETIVOS	42
1.5.1 Objetivo general	42
1.5.2 Objetivos Específicos	42
2. ASPECTOS METODOLOGICOS	43
2.1 Tipo de Estudio	43
2.2 Objeto de estudio	43
2.3 Población estudio	43
2.4 Muestra	43
2.5 Criterios de selección	44
2.5.1 Criterios de Inclusión	44
2.5.2 Criterios de Exclusión	44
2.6 Cuadro de variables	45
2.7 Procedimiento	46
3. ANALISIS ESTADISTICO	47
3.1 Resultados	47-49
3.2 Discusión	50
4. CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	52-54

INTRODUCCION

El siguiente trabajo se realiza con el fin de proporcionar una clara idea acerca de las características sociodemográficas y radiográficas, de los pacientes que han sido atendidos en la clínica del centro entre 2004 y diciembre 2006, dejando como principal objetivo las características sociodemográficas y radiográficas más frecuentes a nivel de rehabilitación protésica; a lo largo de este trabajo exponemos los diferentes tipos de rehabilitaciones y características mas relevantes, basados en una historia clínica que demuestra con gran claridad, cada procedimiento y el uso de diferentes ayudas diagnosticas permitiendo así diferenciar con mayor exactitud cada característica de los pacientes.

1. ASPECTO TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1. PROBLEMA

La pérdida prematura de dientes ha llevado a la odontología a buscar diferentes maneras de reemplazar dichas estructuras dentarias, permitiendo al paciente recobrar sus funciones masticatorias, y de fonación, así como poder devolver su aspecto estético y su autoestima.

Una de estas formas de restaurar las piezas dentarias perdidas, es la protodoncia y sus distintos tratamientos. Esta protodoncia requiere en su mayoría de veces de un buen soporte óseo y una mucosa sana en donde se ven estructuras como los rebordes óseos apropiados para la colocación de los mismos.

En la gran mayoría de los pacientes es necesario realizar la exodoncia de piezas destruidas, ya sea por caries o enfermedad periodontal, lo cual requiere de un procedimiento quirúrgico adicional que garantice la adecuada forma del reborde alveolar y por ende de la mucosa suprayacente. Este procedimiento se conoce como remodelado óseo preprotésico.

Este remodelado óseo es indispensable para la correcta elaboración de una protodoncia y en muchos casos, el éxito de dicha protodoncia depende de dicho procedimiento.

De acuerdo a lo anterior se plantea el siguiente problema.

¿Cuáles son las características más comunes que presentaron los pacientes que recibieron una cirugía ambulatoria de remodelado óseo con un fin protésico en el periodo de enero del 2004 a diciembre del 2006, en la clínica del centro del Colegio Odontológico Colombiano?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los remodelados óseos consisten en una cirugía de método abierto cuyo propósito es adecuar los rebordes alveolares para poder elaborar posteriormente una prótesis confortable que se adapte a la mucosa oral permitiendo así estética y funcionalidad para el paciente. Sin embargo estas técnicas en muchas ocasiones suelen ser traumáticas ya sea al maxilar en que se realizan a la cantidad de dientes que se extraen y a la extensión de remodelado óseo. Este trauma genera complicaciones intra y postoperatorias que van desde procesos inflamatorios agudos, hemorragias y presencia de espículas posteriores al tratamiento que en muchas ocasiones prolonga el tiempo de cicatrización la posterior elaboración de la prótesis.

No existe una revisión sistematizada del número de características específicas para determinar la frecuencia de la intervención en cirugía de remodelado óseo por eso se hace necesario registrar estos datos para brindar calidad en la atención de los pacientes que asisten a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano.

1.3. PROPÓSITO

Presentar mediante un estudio descriptivo retrospectivo las características demográficas y radiográficas que presentaron los pacientes que recibieron una cirugía ambulatoria de remodelado óseo en el periodo comprendido de enero del 2004 a diciembre del 2006 en la clínica del centro del colegio odontológico colombiano.

1.4. MARCO TEÓRICO

UNIDADES TEMÁTICAS

1. CIRUGÍA PREPROTESICA

2. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN REMODELADOS ÓSEOS
INDICACIONES
CONTRAINDICACIONES

TIPO DE REHABILITACION PROTESICA

2. RADIOGRAFÍAS UTILIZADAS EN LOS REMODELADOS ÓSEOS

Dentro de la gran clasificación de la cirugía oral se encuentra la cirugía preprotésica que está relacionada con un procedimiento quirúrgico que consiste en la remodelación ósea para una regeneración óptima.

El hueso es el único tejido del organismo capaz de regenerarse, permitiendo la restitución e integración tras el trauma. Cuando se produce una fractura, se coloca un implante osteointegrado o se realiza un injerto para aumentar el sustrato óseo antes de la inserción de implantes, lo que se pretende es la regeneración ósea, es decir, la formación de hueso nuevo que, tras un proceso de remodelado, sea idéntico al preexistente.(1)

El hueso es un tejido dinámico en constante formación y reabsorción. Este fenómeno equilibrado, denominado proceso de remodelado, permite la renovación de un 5-15 % del hueso total al año en condiciones normales (2).

El remodelado óseo consiste en la reabsorción de una cantidad determinada de hueso llevada a cabo por los osteoclastos, así como la formación de la matriz osteoide por los osteoblastos y su posterior mineralización. Este fenómeno tiene lugar en pequeñas áreas de la cortical o de la superficie trabecular, llamadas "unidades básicas de remodelado óseo". (3)

La actuación terapéutica en los campos de la Traumatología y Ortopedia, Cirugía Oral y Maxilofacial e Implantología, se asienta sobre los principios biológicos de la regeneración ósea, en los que están implicadas células, matriz extracelular y señales osteoinductivas (4)

Los remodelados óseos entran en una gran variedad de tratamientos protésicos ya sean para rehabilitar con implantes o prótesis implantomucosoportadas o sencillamente rehabilitar a los pacientes con prótesis parcial fijas o removibles de estos tratamientos depende la pérdida de estructura ósea que presentan estos pacientes ya sea vertical u horizontal.(5)

Los defectos óseos a nivel de la cresta alveolar mandibular dificultan la colocación de los implantes dentales en el lugar idóneo.

La reconstrucción quirúrgica mediante injertos de hueso autólogo es una opción que permite la fijación de los implantes de manera estética y funcional.

Presentamos un paciente con grandes pérdidas óseas mandibulares, secundarias a procesos inflamatorios periodontales.

Se realizó la reconstrucción del proceso alveolar mandibular, empleando injertos en bloque, tipo onlay, tomados de la mandíbula. Los injertos fueron estabilizados al colocar los implantes a través de ellos, consiguiéndose además una buena fijación primaria de los mismos. Tras dos años de seguimiento existe éxito clínico y radiológico. En mandíbula, donde es complicada la regeneración ósea, en este caso consiguieron unos buenos resultados, minimizando el tiempo de espera al realizar los injertos y la colocación de los implantes en una cirugía. (6)

Además, proporciona una base de tejidos duros y blandos que permiten obtener estabilidad y retención a una rehabilitación protésica, una mejor función masticatoria, mejor estética y, en definitiva una mejor calidad de vida para el paciente.

Por consiguiente el éxito de dicho procedimiento quirúrgico depende en gran parte de diferentes factores como son la eliminación de todas las condiciones patológicas intraorales y extraorales, proporcionar una cresta alveolar ancha y convexa en el maxilar y en la mandíbula, proporcionar la existencia de tejidos blandos fijos sobre el área de soporte de la prótesis, crear vestíbulos faciales y linguales para las prótesis convencionales proporcionar unas relaciones intercrestales ideales, proporcionar protección al paquete vasculonervioso en mandíbulas muy atróficas, crear una configuración ideal a los procesos alveolares (forma de U ancha con componentes verticales paralelos), y proporcionar espacio por detrás de la tuberosidad que facilite el sellado posterior de la prótesis (7)

Se deben tener en cuenta contraindicaciones en pacientes que previamente hallan sufrido de enfermedad valvular preexistente, prolapso de la válvula mitral con regurgitación, implantación de válvulas cardiacas protésicas. Lesiones en válvulas cardiacas como secuela de fiebre reumática, cardiopatías congénitas y pacientes con problemas sistémicos no controlados (8)

En cuanto a los aspectos que afectan la reabsorción ósea, y en los cuales el clínico debe intervenir, para determinar un tratamiento favorable se encuentran Técnica de extracción atraumatica. Es un factor fundamental para determinare la cantidad de hueso remanente, por lo que es necesario emplear una técnica conservadora con las corticales bucal y lingual, así como utilizar un remodelado mínimo (9).

Después de pérdida del diente, la mandíbula demuestra una pérdida extensa de hueso en algunos individuos. Esto puede plantear un problema significativo en la restauración protodontica y de la estética. Los muchos factores que se han propuesto como siendo responsables de la variación interindividual en el medio que remodelaba de la poste-extracción que un análisis superficial de la literatura, en la cual los estudios bien-controlados, relevantes son escasos, pueden no proporcionar la historia entera. Algunos de los factores locales y sistémicos que pueden desempeñar un papel importante en la remodelación poste-extracción en la mandíbula. Puesto que la resorción residual severa del canto puede ocurrir incluso cuando el estado del hueso en el resto del esqueleto es bueno y viceversa, se concluye que los factores funcionales locales están de significación suprema. Es esencial ahora determinarse cómo pueden ser modificados y aplicando a la ayuda mantenga la altura y la calidad del canto en el envejecimiento de la población edén tula. (10)

En el estado edentulo la reabsorción puede atribuirse al desuso y a la aplicación de fuerzas anormales o excesivas sobre la cresta remanente este factor es denominado Carga protésica. Esto explica que la reabsorción ósea en la mandíbula es superior, dado que la superficie disponible para el apoyo de la prótesis en el maxilar es 1.8 veces superior a la superficie disponible en al mandíbula. (11)

La pérdida periodontal del hueso se asoció a resultados del periodontitis en aumento en la distancia entre la ensambladura del cemento-esmalte (CEJ) y la cresta alveolar del hueso (ABC). Este estudio analizaba pérdida periodontal del hueso en 100 mandíbulas de los negros surafricanos que nunca fueron expuestos al tratamiento dental preventivo o restaurativo. Los especímenes eran excedente igualmente distribuido el tercero a la séptima década de la vida del adulto. Las distancias de CEJ-to-ABC (CA) fueron medidas a lo largo de 4904 superficies de 1076 dientes. El análisis de las medidas demostró que, generalmente, las distancias del CA aumentaron con edad; las diferencias eran substanciales entre las primeras y quinto categorías de edad. Los incisivos eran lo más seriamente posible afectadas en todas las categorías de edad, y la pérdida del hueso era menos severa alrededor de los dientes posteriores. Los premolares y las segundas muelas perdieron el menos hueso. No se encontró ningunas diferencias significativas entre las medidas en las superficies bucales, linguales, mesial, o distal para estos dientes. Las medidas en los lados izquierdos derechos y de la mandíbula no diferenciaron perceptiblemente. Estas observaciones se pudieron, en parte, haber influenciado por la pérdida de la mitad de la vida de dientes causados por periodontitis severo; su ausencia de la muestra pudo haber enmascarado el grado verdadero de la pérdida periodontal del hueso. La

diferencia en la edad de la erupción y, por lo tanto, la diferencia en el período de la exposición al ambiente oral pueden explicar la pérdida más severa del hueso en los dientes anteriores, especialmente en especímenes de individuos más jóvenes (21-30 años).(12)

Es necesario tener un concepto mas específico de las técnicas utilizadas en el procedimiento quirúrgico de remodelado óseo con fines protésicos, de acuerdo a las características que los pacientes presenten para así determinar cual será la técnica mas adecuada según su rehabilitación protésica, por tal motivo existen técnicas quirúrgicas prepotéticas.

Alveoloplastia: Eliminación de las irregularidades del hueso alveolar con el fin de obtener la mejor configuración tisular posible para el soporte de una prótesis. Durante la exodoncia convencional se debe prestar especial atención a la conservación de la mayor cantidad de hueso posible.

Alveoloplastia simultanea a exodoncia: Tras la exodoncia conservadora de los dientes se debe proceder a comprimir digitalmente las dos corticales alveolares. Si se observa la existencia de irregularidades óseas es necesario elevar un colgajo.

Alveoloplastia secundaria: accidentes de la exodoncia como proyecciones óseas laterales o socavados pueden dificultar la, construcción de prótesis y requerir su corrección quirúrgica.

Técnica: se realiza una incisión cresta asociada a descargas laterales que permitan un acceso y una visualización adecuados. Se eleva un colgajo

mucoperiostico y se identifican las áreas problema. Se procede a la eliminación conservadora del hueso con pinza gubia o lima de hueso. La eliminación de pequeños osteomas con escoplo puede permitir su utilización como onlay en zonas e deficiencia. Se repone el colgajo, y se palpa digitalmente en busca de imperfecciones. Se elimina el exceso de tejido blando y se sutura la mucosa.

Alveoloplastia interseptal: Incisión crestal con elevación de colgajo mucoperiostico mínimo, seguida de la eliminación de los tabiques intercéptales. Fractura digital de la cortical vestibular en la dirección palatina. De esta forma se eliminan los socavados sin reducir la altura de la cresta alveolar. (13)

Existen diversas técnicas quirúrgicas preprotésicas que son necesarias para la rehabilitación completa en los pacientes que recibirán un remodelado óseo como:

Vestibuloplastia: Procedimiento dirigido a conseguir un aumento relativo de la cresta alveolar dedicada al soporte de la prótesis. El mecanismo es la profundización del surco vestibular.

-**Vestibuloplastia submucosa:** procedimiento que conduce al aumento de la profundidad del surco vestibular, mediante la tunelización y suspensión de los tejidos blandos de la cresta alveolar. Este indicado cuando la altura ósea es correcta pero las inserciones mucosas o musculares están muy próximas a la cresta alveolar.

Técnica: se realiza una incisión mucosa vertical en la línea media del maxilar y se lleva acabo una disección supraperiostica con tijeras. Tras la completa liberación de los tejidos submucosos, la mucosa se fija en una posición vestibular alta, inmovilizándola con prótesis y suspensiones alambicas. (14)

Para estos procedimientos es necesario reconocer y clasificar criterios para rebordes edentulos sea de un tramo largo o corto,

Goodsell señalo los siguientes criterios de un reborde desdentado ideal:

Soporte óseo adecuado para la prótesis.

Hueso cubierto con tejido blando adecuado.

Ausencia de socavados o protuberancias sobresalientes.

Ausencia de rebordes agudos.

Surcos vestibular y lingual adecuados.

Ausencia de bandas cicatrizales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.

Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de la prótesis.

Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior.

Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redundancias o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.

Ausencia de enfermedades neoplásicas.(15)

El patrón de reabsorción es impredecible en cada individuo, existiendo amplias variaciones. Aunque la mayor proporción de hueso se pierde en el primer año el proceso de reabsorción continúa durante los 25 años siguientes.

Factores que influyen la pérdida ósea en el paciente edentulo son tanto generales como locales.

Factores generales: enfermedades óseas sistémicas, Postmenopausia, Hiperparatiroidismo, Síndrome de Cushing, Osteomalacia: Déficit de vitamina D,

Osteodistrofia renal, Hiperparatiroidismo secundario, Malnutrición, Fármacos, Corticoterapia esteroidea crónica, Heparinización crónica, Terapia, anticonvulsionante, Alcohol.

Factores locales: Morfología facial: Cara corta, Traumatismo y alveolectomía, Prótesis (16)

Tanto como existen unos factores también encontramos unas indicaciones entre las cuales están: Pacientes con rebordes irregulares o agudos, pacientes que van a recibir prótesis total, pacientes con soporte óseo adecuado para la prótesis, pacientes que requieran exodoncias múltiples, pacientes con enfermedad sistémica controlada, pacientes con surcos vestibular y lingual adecuados. Y contraindicaciones tales como: Pacientes con enfermedad sistémica no controlada, pacientes con pérdida ósea avanzada, pacientes inmunosuprimidos, pacientes con malnutrición, pacientes en estado de embarazo, pacientes que presenten fibras musculares o frenillos que puedan movilizar la periferia de la prótesis.

El paciente candidato a cirugía preprotésica debe ser evaluado por el cirujano y por el protodoncista, idealmente al mismo tiempo.

Inspección visual y palpación: Se debe valorar la forma de arcada, presencia de socavados y prominencias, torus y exostosis, inserciones musculares, localización del nervio mentoniano, así como las relaciones interarcada.

Después de la cirugía preprotésica se debe rehabilitar al paciente con un medio protésico dentro de los cuales están: implantes, prótesis total, prótesis removible

entre otros pero estos son los mas usados; los implantes en nuestros tiempos son los mas pedidos por los pacientes pero muchas veces no llenan las expectativas de estos dentro de los estudios realizados encontramos este estudio donde el objetivo fue evaluar el grado de satisfacción de los pacientes edéntulos

Totales tratados en nuestro servicio mediante implantes dentales y la colocación posterior de una prótesis implantosoportada (sobre dentadura o prótesis fija). Para evaluar el grado de satisfacción se realizó una encuesta telefónica con seis preguntas: 1) ¿Siente algún tipo de dolor en los implantes? 2) ¿Tiene algún problema cuando habla? 3) ¿Se atreve a reír con esta

Prótesis? 4) ¿Puede comer cómodamente? 5) ¿Está satisfecho en general con el tratamiento recibido y el resultado de éste? 6) ¿Repetiría el tratamiento? Para cuantificar la satisfacción de los pacientes se valoraron de forma individual y de forma conjunta las respuestas a estas

Preguntas.

De los datos obtenidos destacaremos que el 65% de los pacientes encuestados estaban satisfechos con el tratamiento recibido y con el resultado de éste, independientemente de si estos eran portadores de una prótesis fija o de una sobre dentadura. También el 65% de los pacientes repetirían el tratamiento, Mediante el test de χ^2 (grado de significación $p < 0.05$) se relacionaron las diferentes variables (tipo de prótesis implantosoportada y tipo de dentición presente

En la arcada antagonista) con el grado de satisfacción de los pacientes (16).

Uno de los más importantes determinantes en la confección de las prótesis completas es la localización del plano oclusal. Se han usado diversos métodos para hallar dicho plano. Pero ninguno de ellos ha sido aún plenamente aceptado.

De acuerdo con diversas publicaciones, los conceptos en relación a la orientación del plano oclusal divergen notablemente entre las distintas escuelas odontológicas. Para algunos autores, en la mandíbula el plano oclusal vendría definido en el área anterior por consideraciones de tipo estético, y posteriormente debería tenerse en cuenta la situación de la lengua, el triángulo retromolar y el conducto de Stenon. Los puntos de referencia anatómicos definirían la orientación del plano oclusal mandibular. Según estas distintas concepciones, es importante examinar la orientación del nuevo plano oclusal basado en puntos de referencia del plano oclusal de individuos dentados. Augsburger concluía que el plano oclusal es paralelo a la línea del plano de Camper con variaciones menores en los distintos tipos faciales. Otros autores recomiendan la disección del espacio entre las crestas residuales.

La técnica que relaciona el arco oclusal maxilar a la línea de Camper, o línea ala nasal-trago, está bien asentada. Sharry estableció que "este plano (ala-trago) sirve meramente como un punto de inicio para la colocación vertical de los segundos molares y los incisivos". Wilkie afirmaba que otros puntos de referencia intraorales, la estética, las crestas residuales y factores guía de los carrillos y de la lengua, pueden alterar el plano oclusal final. Además, los pacientes geriátricos edéntulos habitualmente presentan importantes cambios morfológicos y fisiológicos.

Al comparar la línea de Camper como un plano de referencia y el plano mandibular de orientación de la dentadura, como planos oclusales para dentaduras completas en pacientes edéntulo como conclusión el plano mandibular puede ser elegido en pacientes ancianos edéntulos para proveer una mejor distribución de las fuerzas oclusales. Este plano debería ser el elegido al realizar rehabilitaciones orales completas.(17)

La condición de los tejidos que rodean los implantes dentales es quizás el tema más estudiado en Implantología Dental. Sin embargo su importancia no pierde vigencia y su investigación se mantiene hasta la actualidad.

Desde que Brånemark publicó en 1977 sus resultados, presentando la oseointegración (1); la Implantología Dental ha experimentado un cambio revolucionario, convirtiéndose en un tratamiento más predecible.

Sin embargo, la oseointegración tampoco puede ser considerada una condición permanente (2) debido a que existen una serie de factores que afectan su durabilidad.

El sitio de colocación del implante implica una serie de circunstancias variables, entre las que podemos anotar: la calidad ósea, las fuerzas oclusales y al igual que en la dentición natural la acumulación de placa. El tipo de prótesis también se encuentra relacionado con las fuerzas oclusales y la acumulación de placa. Dichos factores pueden condicionar la larga durabilidad de un implante en función.

Al estudiar la relación del tipo de prótesis y la ubicación del implante con la condición de los tejidos periimplantarios en situaciones consideradas exitosas o sobreviviendo dando como conclusión que los implantes dentales ofrecen un tratamiento confiable y predecible en la reconstrucción de sitios edéntulos.

Bajo condiciones óptimas de procedimiento quirúrgico, carga de fuerzas e higiene, no hay cambios significativos en los tejidos duros y blandos periimplantarios.

La placa bacteriana por sí misma no tiene influencia significativa en el status del implante. (18)

La calidad ósea difiere significativamente en las regiones anterior y posterior de ambos maxilares.

La localización del implante y el tipo de estructura protésica pueden influir en la acumulación de placa bacteriana.

El tipo de prótesis puede influir en los valores de resorción ósea crestral, la cual disminuye cuando el número de implantes que la soportan aumenta.(19)

También dentro de las técnicas de rehabilitación protésica encontramos la prótesis parcial removible en la odontología como otras profesiones de salud se ven en la obligación de servir a la sociedad, a través de la historia esta profesión ha sufrido cambios producto de las necesidades de los pacientes, el uso de la alta velocidad, técnicas preventivas, mejores materiales de restauración, la conservación de dientes mediante procedimientos endodónticos y los implantes dentales, han cambiado la práctica dental. Dentro de las especialidades que conforman la práctica de la odontología la prostodoncia tiene un papel importante en el estudio de todos estos cambios para plantear soluciones a las necesidades de la población. (Ettinger y cols, 1984).

La utilización de los servicios dentales es un fenómeno complejo y varía según la disponibilidad, la aceptabilidad y la accesibilidad de los servicios odontológicos; la necesidad normativa de tratamiento protésico, es decir la necesidad estimada por un profesional dental, es frecuentemente mayor, que la demanda expresada por el paciente; los requerimientos de sustitución de dientes ausentes por una prótesis en la boca parcialmente edéntula probablemente solo este estimada por el deseo de mejorar el aspecto o la capacidad para comer o de reemplazar una prótesis existente insatisfactoria. (Basker y Mullance, 1997).

En 1982 un grupo de trabajo de la O.M.S. adoptó como objetivo para la salud bucal "la conservación durante toda la vida de una dentición natural, funcional y estética de no menos de 20 dientes y que no requiera el uso de prótesis" (Basker y Mullance, 1997). Cuando se estudian las necesidades protésicas es importante considerar el concepto de Arcadas Dentales Acortadas, descrito por Kayser (1997), quien basado en estudios previos, establece que la habilidad masticatoria

suele ser suficiente siempre que se conserven 20 dientes bien distribuidos o 10 dientes con contacto oclusal en las arcadas dentales premolares. En caso que se conservan menos dientes se manifiestan molestias causadas por fatiga muscular y trastornos temporomandibulares. Este concepto se contrapone con las pautas del tratamiento tradicional que han dictado la necesidad de arcadas dentales completas o de 28 dientes, causando el "Síndrome de los 28 Dientes" Levin, 1974, citado por Kayser, (1997).

La base del concepto de Arcada Dental Acortada, es diferenciar niveles de necesidades funcionales respecto a la edad y otros factores individuales, locales y sistémicos, donde la edad es el factor más importante. Kayser (1997). En tal sentido Meriske-Sterm y Geering (1997), refieren que en la sociedad occidental, la habilidad masticatoria y la necesidad de prótesis son un tema complejo basado en aspectos socioculturales que determinan la reacción de un individuo a la pérdida de dientes y la necesidad de una prótesis.

Vermeulen y cols, (1996), observaron que en muchas condiciones una gran parte de la población poseen una incompleta pero aun funcional dentición, un número substancial de estos arcos edéntulos no están protésicamente restaurados y gran número de pacientes están funcionando con un arco dental acortado sin ninguna necesidad de tratamiento, donde con frecuencia es necesario restaurar la función bucal y la apariencia, en grupos de clase económica alta existe un alto porcentaje de reemplazo de prótesis.

A nivel mundial son muchos los estudios realizados para evaluar las necesidades protésicas de la población, así por ejemplo, una investigación realizada en el Reino Unido en un periodo de 20 años, se observa una clara imagen del patrón de provisión de Prótesis Parcial Removible (P.P.R.), se evidenció que durante el periodo comprendido entre 1968 y 1988 la necesidad de P.P.R. para la población ha sido constante; el análisis estadístico de cada grupo de edad mostró una

reducción del uso de P.P.R. entre los adultos más jóvenes y un aumento en los grupos de edad de 55 - 74 años de edad. (Basker y O'Mullance, 1997).

Axel y Owal (1977) referidos por Owal en 1997, estudiaron la prevalencia del uso de prótesis y el edentulismo en una población sueca de 30.118 sujetos, observan que la mayor concentración de pacientes edéntulos se encuentra en el grupo de 75 años o más, mientras que las necesidades de P.P.R. se concentran en el grupo de 55 - 64 años.

Ettiger y cols, 1984, estudiaron las necesidades de P.P.R. en una población de 248 pacientes en Iowa EEUU. 119 hombres y 129 mujeres, se evidenció que el mayor porcentaje de necesidades protésicas estaba en los hombres de 65 - 74 años de edad y en las mujeres cuyo porcentaje es menor se observó un incremento en el grupo de edad de 75 años y más. Igualmente se evidencia que un grupo grande de personas edéntulas, 60%, no sintieron necesidad de tratamiento protésico. En este estudio se consideró la relación existente entre la posición socioeconómica y las necesidades protésicas, observando menor concentración de necesidades protésicas en los grupos de nivel educativo y socioeconómico superiores.

En Holanda se han publicado cifras detalladas de la producción protésica que incluyen servicios públicos y privados, observando que la producción de Prótesis Fija y P.P.R. fue mayor en 1994 que en 1992, mientras que la producción de prótesis totales se redujo. (Owall, 1997).

En un estudio realizado en la Facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela (U.C.V.) en 1995 se observó que el 67% de la población estudiada requiere algún tipo de prótesis dental, el predominio de necesidades protésicas se encuentra en el sexo femenino y en la edad comprendida entre los 25 y 44 años de edad; la máxima demanda la constituyen la P.P.R. seguida de las Prótesis Fija

y en menor proporción la Prótesis Total. Se evidencia que el cuadro de necesidades protésicas no ha variado en las últimas décadas, posiblemente debido a las características de la atención odontológica en el país, donde se ha observado una desigual distribución de la atención odontológica en base a los estratos sociales, la carencia de políticas de salud efectivas y donde predomina un modelo de atención curativo. (Sánchez y cols, 1998). Si a esta situación se le suma el aumento de la expectativa de vida en el país, la cual según la O.M.S. para el 1997 fue de 73 años y la esperada para el 2025 es de 77 años, es lógico esperar que en Venezuela se mantendrá un alto porcentaje de la población con necesidades protésicas, donde la P.P.R. constituye una opción válida para solventar gran parte de la demanda.

Ante esta situación es importante analizar las características del diseño de la prótesis y en especial la P.P.R. de manera de sustentar las medidas tendientes a optimizar el servicio protésico.

El estudio de la producción de tratamientos protésicos dentales, es decir, el número de unidades de los diversos tipos de aparatos protésicos que se fabrican en un periodo de tiempo específico o para determinada población, o por ejemplo, el tiempo que dedican los odontólogos a la colocación de prótesis, ha sido muy limitado. Este campo de investigación es relativamente despreciable debido a el gran número de técnicos de laboratorio dental que todavía producen una enorme cantidad de aparatos protésicos en muchos países industrializados, junto con el intenso énfasis puesto en la prevención de las enfermedades dentales. (Owall, 1997).

La tendencia actual en investigación en odontología protésica se ha dirigido en forma progresiva hacia la tecnología de materiales y procedimientos de implantes, mientras que se ha reducido enormemente el trabajo en el área de la P.P.R., ante esta situación, Carlson y cols, (1997), plantea que las mejoras en los implantes

dentales no eliminará la necesidad de P.P.R. y deberían asignarse más recursos a la solución de los problemas importantes todavía existentes relacionados con las P.P.R. Hasta ahora no se ha considerado esta sugerencia.

En cuanto a la investigación científica la Academia Americana de Odontología Restauradora en la revisión de 1996 seleccionó para el informe 319 artículos de más de 40 revistas publicadas en 1995 de los cuales solo 6 hacen referencia a la prótesis removible y están relacionados con materiales dentales.(20)

La condición de los tejidos que rodean los implantes dentales es quizás el tema más estudiado en Implantología Dental. Sin embargo su importancia no pierde vigencia y su investigación se mantiene hasta la actualidad.

Desde que Brånemark publicó en 1977 sus resultados, presentando la oseointegración (1); la Implantología Dental ha experimentado un cambio revolucionario, convirtiéndose en un tratamiento más predecible.

Sin embargo, la oseointegración tampoco puede ser considerada una condición permanente (2) debido a que existen una serie de factores que afectan su durabilidad.

El sitio de colocación del implante implica una serie de circunstancias variables, entre las que podemos anotar: la calidad ósea (3,4), las fuerzas oclusales (4) y al igual que en la dentición natural la acumulación de placa (5). El tipo de prótesis también se encuentra relacionado con las fuerzas oclusales (6,3) y la acumulación de placa (7). Dichos factores pueden condicionar la larga durabilidad de un implante en función la relación del tipo de prótesis y la ubicación del implante con la condición de los tejidos periimplantarios en situaciones consideradas exitosas o sobreviviendo.

Aunque una prótesis sea bien diseñada y planeada en ocasiones se pueden presentar complicaciones como se ha demostrado que el dolor resultante de la hiperactividad de los músculos masticatorios se encuentra asociado, en muchos casos, al papel desempeñado por ciertos patrones de posicionamiento bucal relacionados a hábitos parafuncionales tales como bruxismo diurno y nocturno, mordeduras de objetos (lapiceros, lápiz, etc.), roedura de uñas, descanso de la cabeza sobre la mano del lado de la cara, tocar instrumentos musicales que requieren posición viciosa (clarinete, violín, etc.), desvío continuo de la mandíbula, remoción continua de prótesis removibles sin retención, por medio de la lengua. En esta misma línea, ha sido demostrado a través de trabajos clínicos experimentales que muchos pacientes exhiben lo que se denomina perfil del dolor de los disturbios craneomandibulares, perfil este que incluiría una relación de causa y efecto entre los factores parafuncionales (bruxismo, morder objetos, estrés, etc.) y aumento de la susceptibilidad a dolores musculares generalizados no solo en las áreas de la cara sino también en regiones de la cabeza, cuello, espalda y hombros.

Christensen en 1981(1) demostró experimentalmente que el hábito de masticar objetos con los dientes, induce a la fatiga de la musculatura, a la debilidad muscular y al dolor en tanto que Sherman en 1985 (2) midió la contracción muscular por medio de electromiografía en pacientes con problemas previos de disfunción de la ATM y otros pacientes con estos síntomas, mas la asociación de hábitos parafuncionales, concluyó que la respuesta muscular fue mayor en estos últimos que para los pacientes con problemas en la ATM

Christensen (1) también afirmó que la pérdida de dientes, principalmente los posteriores y particularmente de forma unilateral (Clase II de Kennedy), más

frecuentes que las otras clases, han sido apuntadas como factores que desequilibrando la oclusión y llevando a la aparición de contactos oclusales deflexivos que asociados a hábitos parafuncionales, podrán actuar como mecanismo deflagrador en el aumento de la severidad de los dolores musculares y regiones asociadas por provocar disturbios en su patrón de actividad, sugiriendo una correlación entre pérdida de estos elementos y su reposición tardía con alteraciones fisiopatológicas y funcionales, tanto musculares como de la ATM.

Los hábitos parafuncionales podrán actuar aisladamente o en conjunto con otros factores, en el desencadenamiento de sintomatología dolorosa, actuando de cuatro formas diferentes:

1. Provocando fatiga muscular, comprobadas por estudios experimentales realizados por Christensen en 1981 (1) y 1971 (3).
2. Aumentando la estimación del mecanismo de retroalimentación neuromuscular por los propioceptores de la membrana periodontal y de la cápsula de la articulación temporomandibular ciclo dolor-espasmo-dolor) (4).
3. Llevando al desplazamiento condilar anterior (5,6) superior (7-9) o posterior (10,11).
4. Provocando el involucramiento intraarticular, por medio de procesos inflamatorios (capsulitis, artritis, sinovitis) que podrían ser causadas por un aumento mecánico de cargas y/o una capacidad reducida de los tejidos se adaptaron a las fuerzas desencadenadas por desplazamientos condilares anormales, crónicos, produciendo irritación en los ramos del nervio auricular posterior y en los nervios masetero y temporal profundo (12,13)

El patrón doloroso se encuentran envueltos en dos diferentes aspectos (14):

1. Disfunción Dolorosa de la ATM (TMJD) (4,15) que comprendería un espectro mas amplio, incluyendo, además de dolores musculares, alteraciones en el complejo de la ATM.

2. Disfunción Dolorosa Miofascial (MPD) (16) , que se refiere a pacientes con:

- a. Dolor de origen unilateral.
- b. Sensibilidad muscular.
- c. Ruidos en la región de la ATM.
- d. Limitación de la función mandibular

Existen variaciones significativas entre las diferentes clases estudiadas, mostrando una prevalencia en la ocurrencia de sensibilidad dolorosa en áreas asociadas, para los pacientes portadores de Prótesis Parciales Removibles en arcos parcialmente edéntulos unilaterales (Clase II de Kennedy) como también la existencia de una asociación positiva entre ciertos hábitos parafuncionales y dolores en regiones asociadas.

Los diversos tipos de arcos parcialmente edéntulos, representados por las diferentes Clases de Kennedy, pueden presentar grados variables de dificultad en el ámbito de sus respectivos planeamientos.

Hubo variaciones significativas entre las diferentes clases estudiadas, mostrando una prevalencia en la severidad de las señales y síntomas evaluados para los pacientes portadores de Prótesis Parciales Removibles en arcos parcialmente edéntulos unilaterales (Clase II de Kennedy).(21)

Exploración radiográfica: Es obligatorio realizar una ortopantografía para evaluar las características del hueso y de la existencia de entidades patológicas. También es aconsejable practicar un radiografía de perfil de cráneo par evaluar las relaciones antero posteriores de las arcadas superior e inferior dentro de estos medios diagnósticos encontramos la radiografía panorámica, oclusal y periapical.

Para colaborar con la realización del diagnóstico adecuado, y para contribuir en la ejecución del procedimiento quirúrgico de remodelado óseo, se hace necesario la utilización de ayudas diagnósticas adecuadas, a partir de una serie de películas en donde se encuentra la radiografía panorámica, donde se puede citar el siguiente estudio el propósito de este era evaluar la frecuencia de resultados radiográficos positivos en las radiografías panorámicas de los arcos edéntulos. Métodos: Una muestra de 327 radiografías panorámicas fue seleccionada del compuesto de pacientes de la universidad de odontología de Oklahoma. Las radiografías fueron evaluadas para examinar la presencia de las estructuras conservadas de la raíz, los dientes afectados, las áreas radiolucidas y radiopacas, las calcificaciones leves del tejido fino, y los cuerpos extraños. Resultados: Aproximadamente el 57.5% de radiografías panorámicas no revelaron ningún resultado radiográfico positivo, mientras que el 42.5% restantes obtuvieron resultados radiográficos 1 o más positivo. Los fragmentos de la raíz de 39 fueron identificados, y la mayoría fue situada en el maxilar. Sin embargo, solamente 5 de los resultados patológicos (3.8%) requirieron la modificación del tratamiento antes de la fabricación de la dentadura. Conclusiones: Los resultados del estudio no apoyan la radiografía panorámica en el tratamiento previo rutinario en los pacientes que buscan la fabricación de una dentadura. La radiografía panorámica es una herramienta de diagnóstico valiosa en el diagnóstico del tratamiento previo de los pacientes parcialmente y totalmente edéntulos, pero su uso rutinario en tales pacientes debe ser cuestionado. En este tipo de radiografía la cabeza y el tubo giran alrededor del paciente y se obtiene varias imágenes individuales, las cuales se combinan en una sola película, con lo que se crea una vista general del maxilar superior y la mandíbula.

En cuanto al uso de dicha radiografía se encuentran los siguientes propósitos:

Evaluar dientes impactados

Evaluar patrones de erupción

Detectar enfermedades, lesiones y trastornos de los maxilares

Examinar la extensión de lesiones grandes

Evaluar traumatismos

Evaluar estado óseo de los maxilares (cantidad de hueso)

Como no existe una técnica radiográfica completamente eficaz, las imágenes de las radiografías panorámicas no siempre son definidas o nítidas, como las que se observan en las radiografías intrabucales; en consecuencia no se deben utilizar para evaluar ni diagnosticar caries, enfermedad periodontal, ni lesiones periapicales. La radiografía panorámica no se utiliza como sustituta de las películas intrabucales pero también podemos utilizarla para estudiar si las radiografías panorámicas podrían predecir el contacto físico entre el tercer molar de la mandíbula y el canal de la mandíbula en la tomografía computarizada del cono-punto de incidencia limitado, conocido como 3D-CT dental (tomografía computarizada de 3 dimensiones [3D-CT]). Esto lo podemos ver reflejado en el estudio realizado a continuación:

PACIENTES Y MÉTODOS: La asociación de imágenes entre la radiografía panorámica y el 3D-CT dental fue investigada en un estudio transversal. Setenta y tres terceros molares inferiores en 65 pacientes fueron examinados. Los resultados de la ausencia o presencia de la línea blanca de la pared de la mandíbula del canal en las radiografías y contacto o separación panorámico entre el diente y el canal de la mandíbula en 3D-CT dental fueron comparados.

RESULTADOS: La ausencia de una línea blanca superior en la radiografía panorámica fue asociada a un riesgo creciente del contacto entre el tercer molar y el canal de la mandíbula en 3D-CT dental, incluso con los efectos de la posición, de la edad, y del género del diente considerado de los pacientes. El cociente

ajustado multivariable de las probabilidades era 10.79. En las mujeres era más probable tener contacto entre las 2 estructuras en 3D-CT dental, cuando su radiografía panorámica demostró la ausencia de la línea blanca. : La radiografía panorámica es útil para predecir un contacto físico del grado limitado entre el tercer molar inferior y el canal de la mandíbula en 3D-CT dental. PMID: (3)

Al igual que todas las técnicas radiográficas, la panorámica proporciona algunas ventajas y desventajas como son:

Ventajas

Tamaño del campo. La radiografía panorámica incluye una cobertura del maxilar superior y la mandíbula; es posible observar mas estructuras anatómicas en esta radiografía que en una serie radiografía intrabucal completa; además, permite detectar trastornos o lesiones de los maxilares que no se observan en las películas intraorales.

Simplicidad. Tomar este tipo de radiografías es relativamente simple, y requiere una cantidad mínima de tiempo y capacitación.

Cooperación del paciente. El paciente acepta con facilidad la exposición a una panorámica porque no ocasiona molestias y solo requiere exposición a las radiaciones.

Exposición mínima. Por tal motivo se practica la técnica de la radiografía panorámica.

Desventajas

Calidad de la imagen. Las imágenes que se observan en la panorámica no son tan nítidas como las de las radiografías intrabucales.

Limitaciones del conducto focal. No se observan los objetos de interés localizados fuera del conducto focal.

Para la toma de la radiografía panorámica se requiere de un procedimiento adecuado para el éxito de la imagen de la película. El tamaño de la localización y de campo del punto de incidencia de radiografía de panorámica dental no se puede comprobar visualmente la mayoría de las veces. Sin embargo, estos parámetros son necesarios para la determinación del control de calidad y de la dosimetría. Para aliviar este problema, probamos la película de GafChromic XR-QA en dos sistemas panorámicos. Para cada sistema, utilizamos la longitud de una imagen seccionada transversalmente del punto de incidencia y de la medida de la exposición con un compartimiento del ion del lápiz para computar el producto de la dosis-área. El resultado fue confirmado por un análisis directo de la distribución de la dosis en una película. La colocación del compartimiento del ion fue determinada por las últimas imágenes. El uso de la versión de la película GafChromic XR-QA y ha demostrado de esta manera un complemento provechoso por un compartimiento del ion del lápiz en la prueba de un sistema panorámico de la radiografía.

Preparación del equipo: Donde es importante cargar el estuche panorámico en un cuarto oscuro, bajo condiciones de luz de seguridad; dentro del estuche se colocan una película extrabucal y dos pantallas intensificadoras, que posteriormente son aseguradas. Para el control de infecciones se requiere proteger la lengüeta de mordida con una cobertura de plástico desechable; si no esta cubierto con un material impermeable se debe esterilizar después que la use cada paciente, y por ultimo establecer los factores de exposición (kilo voltaje, miliamperaje) de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. Se debe ajustar

el aparato para acomodar la altura del paciente y alinear todas las partes móviles de manera adecuada.

Preparación del paciente: En primer lugar se debe explicar al paciente sobre el procedimiento a practicar, se le debe colocar al paciente el mandil de plomo y asegurarlo, no se recomienda usar el collar tiroideo en la radiografía panorámica, ya que bloquea parte del haz y obstaculiza información diagnóstica importante. Se deben retirar objetos que interfieran en la exposición de la película, como anteojos, aretes, collares, hebillas, y prótesis parciales o totales.

Colocación del paciente: El paciente debe estar sentado, o permanecer lo más derecho posible, la columna vertebral debe estar totalmente derecha, si no así se verá una sombra blanca en la mitad de la radiografía que oscurece la información diagnóstica. Como segunda instancia el paciente debe morder la lengüeta de plástico, en donde los dientes anteriores superiores e inferiores deben estar colocados de borde a borde en el surco de dicha lengüeta. Este surco sirve para alinear los dientes en el conducto focal, en pacientes edentulos se deben estabilizar los rebordes.

Posteriormente, se debe trazar una línea imaginaria que divide la cara del paciente en derecha e izquierda perpendicular al suelo, también llamado plano mesosagital, la cabeza del paciente no debe estar inclinada, ya que de esta manera se obtendrá imagen distorsionada. Se requiere de la utilización del plano de Frankfort que consiste en un plano imaginario que pasa a través de la parte superior del conducto auditivo externo y la parte inferior de la parte ocular, paralelo al piso. Luego de este procedimiento se pide al paciente que mantenga la lengua en el techo del paladar y que conserve dicha posición durante la exposición de la película, manteniendo los labios cerrados sobre la lengüeta de mordida, y por último se pide al paciente que permanezca en posición de quietud, mientras el

aparato gira durante la exposición, se expone la película, y posteriormente se procesa la película. (22)

Otra de las radiografías utilizadas son las radiografías oclusales que incluyen los siguientes usos:

Localización de raíces

Dientes impactados

Dientes no erupcionados

Cuerpos extraños

Cálculos salivares

Evaluación del tamaño de las lesiones

Limites de senos maxilares

Fracturas maxilares

Examen a pacientes que no pueden abrir la boca

Medida de cambios en el tamaño y la forma de maxilares

Examir el área de un paladar hendido (23)

Los principios de la técnica oclusal son la película se coloca con le lado blanco hacia la arcada a exponer, la placa se coloca en la boca. Entre la superficies oclusales de los dientes y entre película se estabiliza cuando el `paciente muerde con suavidad en la superficie del paquete.

Otro tipo de técnica radiográficas intraorales se encuentra las radiografías periapicales en donde la técnica mas adecuadas es el paralelismo donde la película se coloca en la boca paralela en el eje longitudinal del diente, y el rayo

central se dirige perpendicular a la película y al eje longitudinal del diente esta se debe colocar lejos del diente y hacia la parte media de la cavidad bucal, las ventajas de esta técnica son la siguientes:

Imágenes con exactitud dimensional

Simple y fácil de aprender a utilizar

Fácil regularla y se puede repetir de manera exacta (24)

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. GENERAL

Identificar las características demográficas y radiográficas en pacientes que se les realizo un procedimiento quirúrgico de remodelado óseo con fines protésicos en la clínica del centro del Colegio Odontológico Colombiano durante el periodo comprendido de Enero del 2004 a Diciembre de 2006

1.5.2. ESPECÍFICOS

- Determinar las características demográficas de los pacientes intervenidos
- Identificar el tipo de radiografías utilizadas en los pacientes que se intervinieron.
- Identificar técnica de remodelado óseo utilizado en los pacientes intervenidos.
- Determinar el número de pacientes con compromiso sistémico fueron intervenidos.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

2.2. OBJETO DEL ESTUDIO

Historias de los pacientes atendidos para determinar las características de los pacientes que se les realizó cirugía ambulatoria de remodelado óseo en las clínicas del C.O.C.

2.3. POBLACIÓN ESTUDIO

Pacientes que asieron a la clínica de Cirugía ambulatoria del colegio Odontológico Colombiano a quienes se les realizó un procedimiento quirúrgico de remodelado óseo, en el periodo del 2004 y 2006

2.4. MUESTRA

Por conveniencia se revisaran las historias clínicas que se encuentran en los archivos de diagnóstico en la clínica del centro del C.O.C. de los pacientes que recibieron un procedimiento quirúrgico de remodelado óseo con fines protésicos.

2.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historias clínicas de diagnóstico comprendidos en el periodo de enero del 2004 y diciembre del 2006 en la clínica del C.O.C.

Historias clínicas de adultos mayores

Historias aprobadas y completas

Historias clínicas con sus radiografías

Historias clínicas de pacientes que recibieron cirugía de remodelado óseo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historias clínicas que no sean legibles. Incompletas, sin tachones o que no lo reúnan los criterios de inclusión

Historias clínicas de niños

Historias clínicas que no comprendan el periodo a revisar que es de enero del 2004 a diciembre del 2006.

Historias que no estén aprobadas por sus docentes

2.6. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION	OPERACIONALIZACION	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INSTRUMENTO
EDAD	Numero de años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del examen clínico	40 a 60 años	Discreta	Cuantitativa	Documento de identificación
GENERO	Características sociales que diferencian a un individuo de otro	Femenino Masculino	Nominal	Cualitativa	Documento de identificación
NUMERO DE PACIENTES CON COMPROMISO SISTÉMICO	Alteración sistémica que presenta el paciente	Si No	Nominal	Cuantitativa	Anamnesis historia clínica
TIPO DE RADIOGRAFÍA	Son las radiografías utilizadas para el diagnostico del procedimiento	Periapicales Panorámica Oclusal	Nominal	Cualitativa	Radiografía
UBICACIÓN DEL REMODELADO OSEO	Lugar donde se realizo el remodelado óseo	Maxilar superior cuadrante 1 - 2 Maxilar inferior cuadrante 3 - 4	Nominal	Cuantitativa	Historia clínica

2.7. PROCEDIMIENTO

Se tomaron 70 historias clínicas de los pacientes que recibieron intervención quirúrgica de remodelado óseo, de los archivos del Colegio Odontológico Colombiano seleccionadas por conveniencia, mediante un instrumento de recolección de datos donde se registraron las características que respondieron a la edad, género, compromiso sistémico, ubicación del remodelado óseo, tipo de rehabilitación protésica y tipo de radiografía.

Los pacientes que participaron en el estudio fueron hombres y mujeres dentro de un rango de edad de 30 a 70+. Inicialmente se realizó la identificación y selección de 70 historias clínicas que cumplieran con los siguientes requisitos, historias clínicas de diagnóstico comprendidos en el período de Enero de 2004 y Diciembre de 2006 en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano, historias clínicas de adultos mayores de 29 años e historias clínicas completas y aprobadas por el docente, excluyendo así historias clínicas que no sean legibles o que presenten tachones, historias clínicas incompletas o que no reúnan los criterios de inclusión. Se realizó una prueba piloto donde se hizo la validación del instrumento de recolección de datos y se calibro para su precisión, se recolectaron y tabularon los datos y se analizaron los resultados en un tiempo de 3 meses. Para cada revisión de historia clínica de tomo un tiempo exacto de 15 minutos, esto quiere decir que el tiempo de revisión fue de aproximadamente 25 horas que se subdividieron en 3 días, el primero fueron jornadas de 8 horas el segundo de 8 horas y el tercero de 8 horas y 3 minutos.

El tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo con una muestra de 70 historias clínicas a quienes se les realizó un procedimiento quirúrgico de remodelado óseo, en el período del 2004 y 2006. Para el estudio se tuvieron en cuenta variables como edad, género, compromiso sistémico, ubicación del remodelado óseo, rehabilitación prostodòntica y tipo de radiografías utilizadas, usando un instrumento de recolección de datos, el cual contenía registros basados en las variables de estudio.

Los datos se tabularon en Excel y se procesaron en el programa SPSS versión 12 y se realizó un análisis de distribución de frecuencias con una prueba CHI-CUADRADO con un grado de significancia de $P: 0.005$.

Para la investigación se revisaron artículos científicos que soportaron estudios relacionados con remodelados óseos y características más comunes de pacientes con rehabilitaciones prostodòntica que fueron base importante para la ejecución de este estudio.

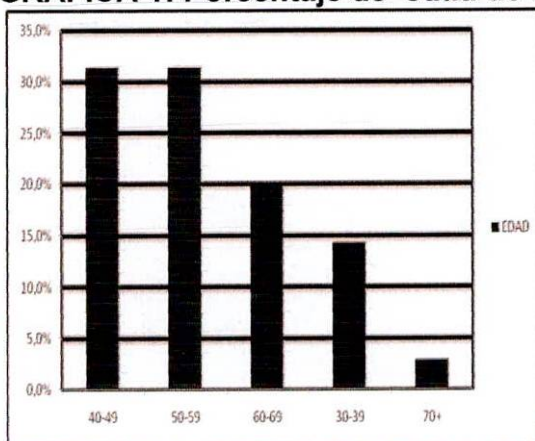
3. ANALISIS ESTADISTICO

RESULTADOS

De acuerdo a los datos estadísticos se obtuvieron los siguientes resultados:

Según la edad, el porcentaje de pacientes con remodelado óseo fue de 31.4% comprendidos entre 40 y 59 años, mientras que solo un 2.4% de los pacientes eran mayores de 70 años (Gráfica 1).

GRAFICA 1: Porcentaje de edad de los pacientes



De acuerdo al género hubo similitud de porcentajes tanto en hombres como mujeres, siendo mayor en estas con un porcentaje de 55.7%. (Tabla 1).

Tabla 1: porcentaje de género de los pacientes atendidos

GENERO	PORCENTAJE
FEMENINO	55.7%
MASCULINO	44.3%

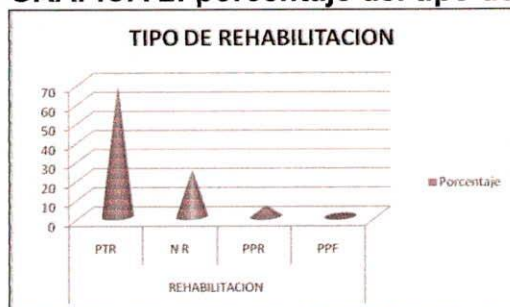
Solo el 31.4% de los pacientes presentaron algún tipo de compromiso sistémico mientras que el 68.6% no presentaron ninguna alteración sistémica. (Tabla 2)

Tabla 2: porcentaje de pacientes atendidos con y sin compromiso sistémico

COMPROMISO SISTEMICO	PORCENTAJE
NO	68.6%
SI	31.4%

En lo relacionado con el tipo de rehabilitación el 68.6% de los pacientes fueron rehabilitados con protodoncia total removible mientras que tan solo un 1.4% fueron rehabilitados con protodoncia parcial fija (Gráfica 2)

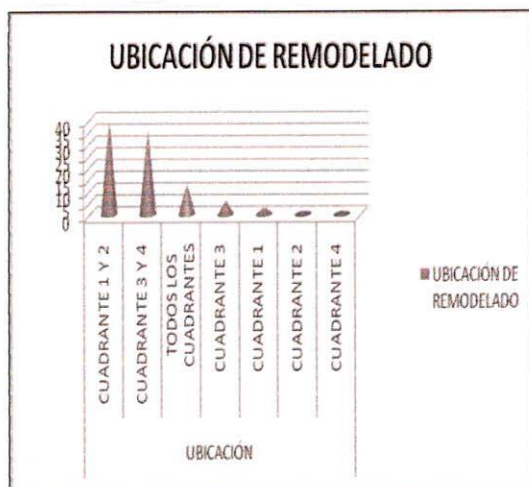
GRAFICA 2: porcentaje del tipo de Rehabilitación protodóntica



PTR: PROSTODONCIA TOTAL REMOVIBLE
 PPR: PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE
 PPF: PROSTODONCIA PARCIAL FIJA
 N R: NO SE REHABILITO.

Según el o los cuadrantes que fueron remodelados se observó un 40% de frecuencia para los cuadrantes 1 y 2 mientras que en los cuadrantes 3 y 4 el porcentaje fue ligeramente inferior; 35.7% (Gráfica 3)

GRAFICA 3: porcentaje de la ubicación del remodelado óseo



Con respecto al tipo de imagen radiográfica utilizada como ayuda diagnóstica para el procedimiento quirúrgico, la radiografía extraoral panorámica fue la más solicitada con un 67.1% y sólo en un 34% se solicitó radiografía periapical. (Tabla 3)

Tabla 3: porcentaje del tipo de radiografías utilizadas

TIPO DE RADIOGRAFIA	PORCENTAJE
PANORAMICA	67.1%
PERIAPICAL	31.4%

DISCUSION

Debido a que diversos pacientes asisten a la consulta odontológica para un tratamiento de rehabilitación oral por su avanzada pérdida de estructurales dentales, es importante saber cuáles son las características clínicas y demográficas más comunes de los pacientes que asisten a las clínicas de cirugía ambulatoria para remodelados óseos con fines prostodónticos, ya que estos datos son necesarios para el adecuado diagnóstico y correcto plan de tratamiento integral de dichos pacientes.

De acuerdo con la revisión de literatura este trabajo coincide con muchos otros en lo relacionado con aspectos demográficos tales como edad y sexo ya que la gran mayoría de dichos pacientes se encontraron entre los 40 y 59 años de edad aunque no hubo diferencia significativa en el género. De la misma manera hay coincidencia en cuanto al compromiso sistémico ya que muchos de estos pacientes presentan alteraciones comunes como la hipertensión.

Definitivamente los procedimientos quirúrgicos de remodelado óseo son frecuentes en nuestro medio y en nuestra clínica y se hacen necesarios para todos los procedimientos prostodónticos de rehabilitación.

4. CONCLUSIONES

Las historias clínicas revisadas de los pacientes que asistieron a la clínica del COC presentaron características importantes en las cuales, el rango de edad de dichos pacientes fue de 30 a 70+ años de edad.

El género que predominó fué el femenino mientras que la mayor parte de los pacientes intervenidos no presentaron compromiso sistémico.

Las zonas en donde se realizaron la mayor cantidad de remodelados óseos fueron en los cuadrantes 1 y 2 es decir maxilar superior.

La restauración prostodóntica más utilizada fue la prostodoncia total removible mientras que la radiografía panorámica fue la más utilizada como método de diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Davies JE, Hosseini MM. Histodynamics of endosseous wound healing. En: Davies JE ed. Bone Engineering. Toronto: Davies JE ed.; 2000. p. 1-14.
2. Physiological bases of bone regeneration I. Histology and physiology of bone tissue 2004. P. 3-54
3. Fernández-Tresguerres-Hernández-Gil I, Alobera Gracia MA, del Canto Pingarrón M, Blanco Jerez L. Physiological bases of bone regeneration I. Histology and physiology of bone tissue. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E47-51.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 -ISSN 1698-6946
4. Peñarrocha-Diago M, Gómez-Adrián MD, García-Mira B, Ivorra - Sais M. Bone grafting simultaneous to implant placement. Presentation of a case. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10: 444-7.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447
5. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 352
6. The microbiology and chemotherapy of Odontogenic infections. Moering. Drug Evaluations Aual, 1994. Pag. 1309-1343
7. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 357

8. Martinez Beneyto Y, Alcaraz Banos M, Perez Lajarin L, Rushton VE, Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 May 1; 12(3):E244-51.

9. Post-extraction remodelling of the adult mandible

10. Periodontal bone loss in dry mandibles of South African blacks: a biometric study

11. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 356

12. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 359

13. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 367

14. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 370

15. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 375

16. Mc Graw Hill Interamericana Mexico, Df 1997 pags, 369 - 376 a 378

17.. Mc Graw Hill Interamericana Mexico, Df 1997 pags, 341- 259-260

18. Peñarrocha-Diago M, Gómez-Adrián MD, García-Mira B, Ivorra - Sais M. Bone grafting simultaneous to implant placement. Presentation of a case. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10: 444-7.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

19. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 352

20. The microbiology and chemoterapy of Odontogenic infections. Moerning. Drug Evaluations Aual, 1994. Pag. 1309-1343

21. Guillermo Raspall cirugía oral editorial medica panamericana buenos aires argentina 2002 pg. 357

22. Davies JE, Hosseini MM. Histodinamics of endosseous wound healing. En: Davies JE ed. Bone Engineering. Toronto: Davies JE ed.; 2000. p. 1-14.

23. Physiological bases of bone regeneration I. Histology and physiology of bone tissue 2003.

24. . Martínez Beneyto Y, Alcaraz Banos M, Perez Lajarin L, Rushton VE, Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 May 1; 12(3):E244-51.