

**PROSTODONCIA PARCIAL FIJA EN PACIENTES EDENTULOS
POSTEROSUPERIORES CON PRESENCIA O
AUSENCIA DE NEUMATOSIS**

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
Facultad de Odontología

Investigadores principales

Gil,C	*
Mariño,L	*
Ortiz,A	*
Porto,A	*
Valencia,J	*
Calvache,L	**
Bermudez,E	***

Palabras claves : Seno maxilar, neumatosis, injerto, implante.

Abstrac.

En este estudio se revisaron 48 artículos sobre las técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes edéntulos posterosuperiores con o sin presencia de neumatosis para llegar a un tratamiento protodóntico, empleando en estas técnicas tales como; la colocación de implantes en forma convencional cuando existe un reborde óseo adecuado; la elevación del piso del seno y colocación de implantes en un tiempo quirúrgico utilizando diferentes tipos de injertos; la elevación del piso y colocación de implantes en dos tiempos quirúrgicos con intervalos de 6 a 8 meses; y la colocación de un implante posterior en la fosa pterigomaxilar con 2 implantes anteriores cuando se presenta la neumatosis y no se realiza la elevación.

Posterior a esto se rehabilita con diferentes tipos de materiales indicados en protodoncia para implantes brindando comodidad, funcionalidad y estética.

El éxito de la colocación de implantes cuando se encuentra hueso suficiente demuestra los mejores resultados a largo plazo, pero cuando se presenta neumatosis, la elevación del piso del seno y la colocación de implantes en dos tiempos quirúrgicos, ha demostrado un éxito predecible en términos clínicos.

La protodoncia ideal en estos pacientes es realizada mediante protodoncia parcial fija en oro tipo IV y porcelana feldespática.

* Estudiantes décimo semestre de odontología

** Asesor temático odontólogo especialista en cirugía oral y maxilofacial

***Asesor metodológico Odontóloga Magistra en administración en salud.

INTRODUCCION

El maxilar superior está formado por gran cantidad de tejido esponjoso y una pequeña porción de tejido compacto. En la región central se halla una excavación denominada seno maxilar o antro de highmore que presenta una forma trapezoidal, estos espacios se encuentran llenos de aire casi en su totalidad y ayudan a la fonación y respiración del individuo.

Su imagen radiográfica presenta una apariencia en espejo, observando en algunos casos que la pérdida prematura de los dientes posterosuperiores producen la neumatización del seno, lo cual nos conduce a la búsqueda de técnicas quirúrgicas que nos permitan corregir estos defectos y facilitar la posterior fase prostodóntica y sus diferentes técnicas.

MATERIALES Y MÉTODO

Un total de 48 artículos fueron pre seleccionados, de los cuales 24 fueron estudiados. Se revisaron también libros de cirugía e implantología oral de los que se tomaron las técnicas quirúrgicas más importantes empleadas en la restauración de pacientes edéntulos posterosuperiores con presencia o ausencia de neumatosis del seno maxilar de acuerdo a el criterio clínico de cada autor.

Con base en la información recopilada y el criterio de cada uno de ellos, se seleccionó el mejor injerto, empleado en cada técnica quirúrgica al igual que su posterior carga prostodóntica.

RESULTADOS

Al referirnos a los tratamientos quirúrgicos con el fin de ofrecer a los pacientes el tratamiento más indicado, se ha podido observar que basados en las cuatro técnicas quirúrgicas estudiadas, encontramos entre éstas, la elevación del piso del seno maxilar y colocación de implantes en un tiempo quirúrgico mediante la realización de incisiones palatales buscando exponer la pared del seno, lateralmente y realizar las osteotomías para elevar la mucosa antral mediante un corte en leño verde, seguidamente éste se eleva siendo receptor para el injerto óseo elegido, se realiza el injerto y se colocan los implantes y el tornillo de cobertura, luego se reposiciona la mucosa y se espera un tiempo de seis a ocho meses para cargar prostodónticamente dichos implantes.

La segunda técnica es la elevación del piso del seno maxilar y la colocación de implantes en dos tiempos quirúrgicos, donde se realizan incisiones palatales o supracrestales buscando la pared

lateral del seno maxilar, ésta es fracturada en leño verde o bisagra

para elevar la membrana sinusal a la longitud requerida, se procede a colocar el material de injerto buscando el espesor adecuado, seguidamente se reposiciona el tejido blando esperando que cicatrice de seis a ocho meses . Al transcurrir este período se lleva a cabo la colocación de implantes mediante el levantamiento de un colgajo mucoperióstico y preparación del lecho del implante para la ubicación de éste, al implante se le coloca un tornillo cobertor y se reposiciona el colgajo esperando de seis a ocho meses para cargar los implantes prostodónticamente.

El tercer procedimiento quirúrgico es la colocación de un implante posterior en la fosa pterigomaxilar , y dos implantes en region premolar. Durante este procedimiento se hace una marcación de las zonas donde se van a colocar los implantes, siguiendo esta secuencia se realiza la preparación del lecho del implante y posterior a esto se coloca el implante posterior en la fosa pterigomaxilar y los otros implantes a nivel de la zona de premolares, luego son colocados los tornillos de cobertura en los implantes, reposicionando el colgajo. Se espera un periodo de seis a ocho meses para cargar prostodónticamente los implantes.

El cuarto procedimiento quirúrgico es la colocación de implantes en la zona posterosuperior en pacientes edéntulos. Esta técnica es utilizada cuando el paciente no

presenta neumatosis del seno maxilar y se encuentra un espesor óseo adecuado . Se realiza un incisión supracrestal y dos incisiones relajantes para levantar un colgajo mucoperióstico, seguidamente se prepara con una broca el lecho de los implantes para colocarlos. Cuando se tienen los implantes ubicados en la posición ideal se procede a colocar los tornillos cobertores, reposicionando el colgajo, se espera un período de seis a ocho meses para realizar la fase prostodóntica .

El procedimiento prostodóntico se realiza mediante la ubicación paralela de los pilares que van a soportar la prostodoncia parcial fija. El material más adecuado para este fin, es el oro tipo IV con un recubrimiento de porcelana feldespática, ya que ofrece una adaptación marginal excelente y una permanencia del color inmejorable con respecto a los otros materiales estéticos .

Dentro de este procedimiento se pueden encontrar complicaciones tales como : la divergencia de los pilares que van a soportar la prostodoncia parcial fija . Esta complicación es corregida mediante la utilización de cofias telescópicas o en casos extremos con la colocación de attachmen en las prótesis para lograr una vía de inserción adecuada.

CONCLUSIONES

La mejor técnica quirúrgica empleada en implantes es cuando hay un espesor óseo normal sin presencia de neumatosis del seno, ya que así podrá recibir una carga prostodóntica augurando éxitos a largo plazo.

En aquellos pacientes que presentan neumatosis del seno maxilar y se realiza una técnica quirúrgica empleando una sola fase, se presenta una gran ventaja, puede reducir el tiempo para su rehabilitación prostodóntica, pero cuando se realiza la técnica quirúrgica en dos fases se presentan menos inconvenientes, ya que el tiempo esperado entre una fase y otra conlleva a una oseointegración ideal sin que se presente pérdida de implantes o injertos, teniendo un adecuado control postoperatorio.

Cuando se realiza la técnica quirúrgica de un implante posterior y dos en región premolar se presentan complicaciones transoperatorias ya que es una zona de difícil acceso, pero se debe realizar en pacientes que requieran elevación del seno maxilar y donde se tiene hueso adecuado en la región de premolares y tuberosidad disminuyendo así el tiempo de carga prostodóntica, eliminando la fase de elevación.

Cuando se realiza elevación del seno maxilar ya sea en uno o dos

tiempos quirúrgicos, el material más adecuado es el hueso autógeno, ya que presenta excelentes condiciones con respecto a su biocompatibilidad, osteogénesis y oseointegración.

RECOMENDACIONES

Un buen diligenciamiento de la historia clínica con respecto a los antecedentes familiares, enfermedades sistémicas, antecedentes de sinusitis, evitando de esta forma complicaciones postquirúrgicas que llevan al fracaso del tratamiento.

Mantener un control riguroso postquirúrgico y vigilancia continua en pacientes fumadores y alcohólicos, ya que de éste depende el éxito del tratamiento.

Mayor investigación en los alumnos de pregrado y odontólogos para así ofrecer varias alternativas de tratamiento a sus futuros pacientes .

BIBLIOGRAFIA

- 1 Balshi, T y Col, the international of oral and maxillofacial implants. (10 ; 1 pag.89-98, 1995)
- 2 Beets, N y Col, journal oral maxillofacial surgery. (Vol 52 pag. 332- 337, 1994)
- 3 Bergh, V y Col, the journal of prosthetic dentistry . (Vol 80 ; 2 pag. 175-183, 1998)
- 4 Blokc, M y Col, journal oral maxillofacial surgery. (Vol 55 pag. 1281-1286, 1997)
- 5 Branemark, W y Col, advanced oseointegration surgery. Application on in the maxillofacial region . (1992)
- 6 Bravetti, P y Col, Journal oral maxillofacial surgery. (Vol 56, pag. 1170-1176, 1998)

- 7 Carr, A , The international journal of prosthodontics . (Vol 11 ; 5 pag. 502-511,1998)
- 8 Duncan, J. y col, the international journal of oral and maxillofacial implants. (Vol 12 ; 2 pag. 224-227, 1997)
- 9 Drids, J. Eugenio Galindo Carrasco,Thomas P Kogh.
- 10 Echeverry, M y col, oseointegració. (1995)
- 11 Gunne, J y col, the international journal of prosthodontics , (vol 8 ; 1 pag 38-45, 1995)
- 12 Ihara, K y col, the international journal of oral maxillofacial implants , (vol 13 ;4, pag 531-538, 1998)
- 13 Neyt, L y Col, journal oral maxillofacial surgery, (vol 55, pag 1397-1401, 1997)
- 14 Palm, S y Col, the international journal of oral and maxillofacial implants, (vol 11 ; 2 pag 223-227, 1996)
- 15 Peterson, L . contemporary oral and maxillofacial surgery, (1995)
- 16 Quirynen, N y Col, the journal of prosthetics dentistry, (vol 67 ;2 pag 236-245, 1992)
- 17 Raghoobar, y Col , journal oral maxillofacial surgery, (vol 51 pag 1198-1205, 1993)
- 18 Sullivan, S y Col, Oral surgery , Oral medicine, Oral pathology, (vol 84 ;6 pag 616-619)
- 19 Timmenga, N y Col ,
- 20 Walton, T , the international journal of prosthodontics, (vol 11 ;6 pag 595-601, 1998)
- 21 Weissenbrunch, journal of oral maxillofacial surgery, (vol 55 pag 936-939, 1997)
- 22 wheeler, S , journal oral maxillofacial surgery, (vol 55 pag 1287-1293, 1997)
- 23 Wong, K , the international journal of oral maxillofacial implants, (vol 11 ;4 pag 529-533, 1996)
- 24 Zinner, I y Col, the international journal of prosthodontics, (vol 6 ;3, 1993)
- 25 Zitz, N y Col, Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology, (vol 85 ;1 pag 8-17 , 1998)