

FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS
"ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA"
MORÓN

Cirugía preprotésica en pacientes del área norte de Ciego de Ávila
Preprosthetic surgery behaviour in the northern area of Ciego de Avila

Eneisy Cárdenas Pérez (1), Francisco Cepero Franco (1), Yarisleida Pérez López (1), Mara Morales Pardo (1), Yilian Quintero Herrería (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo a partir de los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Provincial Docente de Morón, residentes en la zona norte de Ciego de Ávila durante el período comprendido entre enero de 2003 a diciembre de 2004, con el objetivo de determinar el comportamiento de la cirugía con fines protésicos en estos pacientes. Para la confección del dato primario se confeccionó un formulario. Los datos fueron recogidos y determinados según la clasificación de las variables, se procesaron con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según su frecuencia. Se utilizó el cálculo porcentual como medida de resumen de la información. El 62.88% de los tratamientos quirúrgicos realizados correspondieron a tejidos duros, los pacientes de 61 y más años fueron afectados con mayor frecuencia principalmente por afecciones de tejidos blandos. La zona anatómica más intervenida la constituyó el reborde alveolar superior. El mayor por ciento de pacientes fue remitido del servicio de prótesis estomatológica.

Palabras clave: ANOMALÍAS/ PRÓTESIS/ALVEOLOPLASTIA

1.- Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor instructor.

INTRODUCCIÓN

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. 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.

Existen varias clasificaciones de la cirugía preprotésica. Según Archer se divide en las anomalías que afectan tejidos blandos, óseos y mixtos. (1)

Kruger 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. Puede subdividirse en preparaciones para corregir deformidades de los tejidos duros, blandos y mixtos o combinados.

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. (2-3)

La cirugía preprotésica constituye un acápite importante de investigación; son muchos los pacientes que acuden diariamente a nuestros servicios con estas alteraciones, lo que unido a que existen pocos estudios sobre este tema en nuestra provincia, nos motivó a realizar esta investigación. Este estudio se realizó con el objetivo de determinar el comportamiento de la cirugía preprotésica en pacientes del área norte de Ciego de Ávila; para lo cual nos trazamos los siguientes objetivos específicos:

1. Distribuir los pacientes que necesitan tratamiento quirúrgico con fines protésicos según: Tipo de cirugía preprotésica, edad, localización anatómica.
2. Describir las causas de la aparición de alteraciones bucales con criterio de cirugía preprotésica.
3. Establecer la vía de acceso de los pacientes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez" de Morón que han necesitado cirugía con fines protésicos y residen en la zona norte de Ciego de Ávila en el período de enero de 2003 a diciembre de 2004.

El universo de estudio estuvo constituido por los 132 pacientes intervenidos por cirugía preprotésica en la consulta y período antes mencionado.

Para la obtención del dato primario se confeccionó un formulario donde se recogieron los datos necesarios para la ejecución de la investigación. Se utilizaron como fuente de información los partes diarios, los informes operatorios y las historias clínicas.

En este trabajo se consideraron las siguientes variables:

1. Edad.
2. Localización anatómica.
3. Causas de la aparición de la alteración.
4. Tratamientos quirúrgicos que se realizaron con fines protésicos.
5. Vía de acceso a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.

Los datos fueron recogidos y determinados según la clasificación de las variables, se procesaron con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según su frecuencia. Se utilizó el cálculo porcentual como medida de resumen de la información. Los resultados se presentan a través de tablas de contingencia.

El informe final se confeccionó teniendo en cuenta la metodología y los requisitos establecidos por el departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose para su redacción el programa Microsoft Word y Microsoft Excel para la confección de las tablas.

RESULTADOS

Al distribuir los pacientes de acuerdo al tratamiento quirúrgico realizado se pudo apreciar que el 62.88% 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 los tejidos blandos el tratamiento quirúrgico de mayor frecuencia fue la exéresis de épulis figurado (12.88%). (ver tabla #1) Al analizar la distribución de pacientes de acuerdo a los tejidos afectados y grupos de edades se evidenció un aumento progresivo de las afecciones que necesitaron cirugía preprotésica a partir de los 31 años de edad encontrándose más afectados los pacientes de 61 y más años principalmente en las alteraciones que aparecen en los tejidos blandos (52.50%). (ver tabla # 2)

De las 132 alteraciones intervenidas quirúrgicamente por cirugía preprotésica el 41.67% se encontró ubicada en el reborde alveolar superior y el 32.58% en el inferior, constituyendo de esta forma el reborde alveolar la zona anatómica más afectada. (ver tabla # 3)

Teniendo en cuenta las causas de aparición de las alteraciones que requieren cirugía preprotésica se pudo apreciar que en los tejidos blandos predominan las causas secundarias o adquiridas con un 70.00% y en los tejidos duros se encontró con mayor frecuencia las causas primarias o congénitas (56.63%). (ver tabla # 4)

El 78.79% de los pacientes estudiados acudieron a la consulta de Cirugía Máxilo Facial remitidos del servicio de prótesis estomatológica con el fin de obtener las condiciones ideales en la cavidad bucal para el óptimo asentamiento del aparato protésico. (ver tabla # 5)

DISCUSIÓN

En varias partes del mundo se han realizado estudios sobre este tema, pudiendo referirnos al estudio sobre pacientes ambulatorios de la cátedra de cirugía de la Facultad Odontológica de Córdoba realizado por Bachur R y colaboradores donde obtuvieron como resultado que, de las intervenciones quirúrgicas realizadas, el 20,28% fueron cirugías preprotésicas. 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 hipermóvil con un 71,64% causada fundamentalmente por prótesis desajustadas, se localizaban comúnmente en el fondo del surco vestibular y el 30% eran pacientes hipertensos y diabéticos, 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 (4).

Betancourt Companioni estableció que alrededor del 20% de los pacientes que usaban sus prótesis las 24 horas del día presentaron estomatitis subprótesis (5). Otros autores (6) también mostraron resultados similares, por lo que se ha concluido que el uso prolongado de las prótesis es uno de los factores más importantes asociados con el trastorno, unido a una higiene bucal deficiente.

Carreira Piloto y Amalgro Urrutia realizaron un estudio sobre la estomatitis subprótesis en 100 pacientes desdentados totales portadores de prótesis desajustadas en La Habana, donde obtuvieron como resultado que el 70% de los pacientes presentaba alteraciones de la mucosa, la lesión se ubicó con mayor frecuencia en la zona media y posterior de la bóveda palatina. (7).

Carrera Martorell (8) realizó un estudio sobre la morbilidad de la cirugía máxilofacial intrabucal electiva y ambulatoria en Santiago de Cuba, donde obtuvo que entre las afecciones quirúrgicas de mayor incidencia ocupó el tercer lugar la irregularidad alveolar, las edades más afectadas entre 40 y 49 años.

En otro estudio se obtuvo que de 1268 pacientes intervenidos quirúrgicamente el 79,2% correspondió a tejidos duros, con mayor frecuencia alveoloplastias y extracciones múltiples con alveoloplastias; en relación a los tejidos blandos resultó la exéresis del épulis la de mayor frecuencia (9).

Rodríguez Calzadilla (10) encontró en una investigación realizada en La Habana que las alteraciones bucales de mayor incidencia tratadas quirúrgicamente corresponden a las que se realizan con fines protésicos (36,58%) y dentro de ellas las extracciones múltiples con alveoloplastias. Otros autores han obtenido resultados similares en sus investigaciones (11-15)

CONCLUSIONES

1. El 62.88% de los tratamientos quirúrgicos realizados correspondieron a tejidos duros con predominio de las alveoloplastias y las exodoncias múltiples con alveoloplastias.
2. Los pacientes de 61 y más años de edad fueron los más afectados.
3. La zona anatómica más intervenida quirúrgicamente fue el reborde alveolar y con mayor frecuencia la zona superior.

4. Aproximadamente la mitad de las alteraciones aparecieron por causas primarias o congénitas con predominio en los tejidos duros.
5. El mayor por ciento de pacientes fue remitido del servicio de Prótesis estomatológica.

RECOMENDACIONES

1. Realizar la correcta remisión de los pacientes con las alteraciones antes mencionadas por el servicio de atención primaria de Estomatología previo a la remisión a la consulta de Prótesis estomatológica.
2. Continuar el estudio sobre este tema en la provincia y la nación con el objetivo de determinar el comportamiento de la cirugía preprotésica en los mismos aumentando así las referencias bibliográficas para futuras investigaciones.

ABSTRACT

An observational descriptive study was done to the patients that were assisted in the maxillofacial surgery service in Moron General Hospital, living in the northern area of Ciego de Avila from January 2003 to December 2004, with the objective of determining the behaviour of prosthetic surgery in these patients. To form the first set of data, a formulary is used. The data were selected and determined taking into account the classification of variables, they were processed with the help of a computer programme, and were distributed according to their frequency. The percentage was used as a measure to summarise the information. The 62.88% of the surgical treatments made were related to hard tissues, patients of years 61 and older were affected more frequently because of soft tissues affections. The anatomic zone more treated surgically was the upper alveolar ridge. The higher percentage of the patients were sent to the prosthetic dentistry service.

Key words: ANOMALIES / PROSTHESIS / ALVEOLOPLASTY

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Archer WH. Cirugía bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1978. p. 243-74, 497-502.
2. Colectivo de autores. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 478-81.
3. Bachur R, González R, Samar ME. Estudio sobre pacientes ambulatorios de la cátedra de cirugía. Fac Odontol de Córdoba 2002.
4. Kruger GD. Cirugía bucomáxilofacial. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1982. p. 108-23.
5. Betancourt Companioni S. Impedimentos más frecuentes en los pacientes que acudieron a la consulta de prótesis en el primer semestre del año 2003 [Trabajo de Forum]. Hospital de Morón. 2003.
6. García Pérez-Roca O, Arredondo López M. Evolución en el tratamiento de la atrofia alveolar. Rev Cub Estom 2002; 39(2):15-9.
7. Carreira Piloto V, Amalgro Urrutia ZE. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Rev Cub Estom 2000; 37(3):133-9.
8. Carrera Martorell CL. Morbilidad de la cirugía máxilofacial intrabucal electiva y ambulatoria. Rev Cub Estom 1990; 22(2):110-20.
9. Vega P. Cirugía bucal electiva. Estudio estadístico. Rev Cub Estom 1998; 29(3):241-8.
10. Rodríguez Calzadilla OL. Frecuencia de alteraciones bucales tratadas quirúrgicamente. Rev Cub Estom 1999; 33(4):101-4.
11. Birman EG. Patología gingival. Hiperplasia fibrosa inflamatoria localizada. ARS. CURANDI em Odontología: 2002, maiojunio. P 77-84.
12. Wilson J. The actiology diagnosis and management of denture storeatitis. Brit Dent J 2003; 185(8):380-4.
13. Mandel L, Baurman H. Irritación fibroma report of a case. NY State: DJ; 2003, 36 p 344-47.

14. Bouquot JE, Karsten K, Gundlach H. Oral exophytic lesion in 23 patients over 35 year of age. Oral Surg: Med Oral Pathol; 2003, 62 (3) p 284-91.
15. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal: correlaciones clínico patológicas. Philadelphia: GuanabaraKoogan; 2002.p 318-324.

ANEXOS

Tabla No .1. Distribución de los pacientes de acuerdo al tratamiento quirúrgico con fines protésicos. Enero 2003-diciembre 2004.

Comportamiento de la cirugía preprotética en el área norte de Ciego de Ávila.

Tratamientos quirúrgicos con fines protésicos	No	%
Alveoloplastias	36	27.27
Exodoncias múltiples con alveoloplastias	32	24.24
Preparación quirúrgica para prótesis inmediata	2	1.51
Exéresis de torus palatino	5	3.79
Exéresis de torus mandibular	8	6.06
Exéresis de cresta alveolar hipermóvil	6	4.55
Exéresis de épulis fisurado	17	12.88
Frenectomía labial superior	7	5.30
Frenectomía lingual	3	2.27
Tuberoplastia	9	6.82
Exéresis de hiperplasia papilomatosa	1	0.76
Profundización del surco vestibular	2	1.51
Otros	4	3.04
Total	132	100.00

Fuente: Formulario.

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes según grupos de edades y tejidos afectados.

Grupos de edades	Tejidos duros		Tejidos blandos		Tejidos mixtos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
0-20 años								
21-30 años	2	40.00	3	60.00			5	3.79
31-40 años	15	71.43	5	23.81	1	4.76	21	15.91
41-50 años	24	77.42	2	6.45	5	16.13	31	23.48
51-60 años	24	68.58	9	25.71	2	5.71	35	26.52
61 y + años	18	45.00	21	52.50	1	2.50	40	30.30
Total	83	62.88	40	30.30	9	6.82	132	100

Tabla No.3. Distribución de los pacientes en estudio de acuerdo a la localización anatómica de la alteración patológica.

Localización anatómica	No	%
Reborde alveolar superior	55	41.67
Reborde alveolar inferior	43	32.58
Surco vestibular superior	17	12.88
Surco vestibular inferior	10	7.57
Paladar duro	6	4.54
Otras	1	0.76
Total	132	100.00

Tabla No.4. Distribución de las causas de la aparición de las patologías con fines protésicos de acuerdo al tejido que afectan.

Causas de la aparición de las alteraciones	Tejido duro		Tejido blando		Tejido mixto		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Primarias o congénitas	47	56.63	12	30.00	9	100	68	51.51
Secunarias o adquiridas	36	43.37	28	70.00	-	-	64	48.49
Total	83	62.88	40	30.30	9	6.82	132	100

Tabla No.5. Distribución de los pacientes según la vía de acceso a la consulta de Cirugía Máxilo- Facial.

Vía de acceso a la consulta	No	%
Prótesis	104	78.79
Atención primaria de estomatología	15	11.36
Parodoncia	7	5.30
Médico de la familia	2	1.52
Otras	4	3.03
Total	132	100