



Reconstrucción de proceso alveolar maxilar con injerto autólogo de cresta iliaca

Reconstruction of maxillary alveolar process with iliac crest autologous graft

Jorge Pérez Villaseñor,* David Villanueva Jurado§

RESUMEN

El caso clínico que se muestra ejemplifica la conjunción de múltiples técnicas quirúrgicas con el objetivo de rehabilitar protésicamente a un paciente desdentado, para el tratamiento del maxilar superior atrófico con injerto autólogo de cresta iliaca anterior tipo onlay. Se trata de paciente del sexo femenino de 60 años de edad, la cual presenta un proceso alveolar atrófico tipo IV de Cawood y Howell, por lo que se realiza la conservación y reconstrucción de proceso alveolar con injerto autólogo de cresta iliaca.

Palabras clave: Injerto autólogo, reconstrucción, defectos óseos, región maxilofacial.

Key words: Autologous bone graft, reconstruction, bone defects, maxillofacial region.

ABSTRACT

The clinical case presented in this article illustrates the combination of multiple surgical techniques geared to the prosthetic rehabilitation of an edentulous patient for the treatment of an atrophic upper jaw with an onlay type iliac crest autologous graft. Treated patient was a 60 year old female presenting a type IV Cawood and Howell atrophic alveolar process. Therefore, treatment conducted was reconstruction of the alveolar process with an iliac crest autologous graft.

INTRODUCCIÓN

El paciente que ha sufrido la amputación total de los órganos dentarios está condenado a ser un inválido por el resto de su vida, hasta no recibir el beneficio de una rehabilitación protésica adecuada, lo que implica un reto al momento de restituir el hueso basal y alveolar del maxilar o mandíbula, para lograr su grosor así como altura a largo plazo.

La fisiopatología de la reabsorción alveolar se da por factores metabólicos (nutrición, endocrinos, osteopenias asociadas, etc.) y locales; ambos son de un impacto significativo en lo que a la cirugía reconstructiva se refiere.¹

Dentro de los factores locales el más común es la ausencia de los órganos dentales, lo que provoca en el hueso maxilar una reabsorción ósea por falta de estímulo intraóseo, modificándose la proporción de hueso medular en comparación con el hueso cortical, teniendo menos pérdida en el hueso cortical.

Por lo anterior, es importante tener en consideración el proceso fisiológico de reabsorción del hueso maxilar y mandibular para poder realizar una adecuada reconstrucción. En el caso del hueso maxilar la reabsorción es de tipo centrípeta dando como resultado un colapso; sin embargo, en la mandíbula la reabsorción es de tipo centrífuga.

Este proceso se inicia en el reborde alveolar tras la pérdida de los órganos dentales, lo cual ocasiona colapso gingival y una disminución del volumen óseo, entre los primeros seis meses y dos años postextracción.^{1,2}

Esto puede incrementarse por el resto de la vida, por la compresión producida por el uso de prótesis removibles mal ajustadas, ya que el paciente se tiene que acoplar a la utilización de éstas, modificando hábitos alimenticios y procesos funcionales del sistema estomatognático.^{1,3}

La alteración en la forma o función del hueso es seguida por ciertos cambios en su arquitectura interna y externa; por lo tanto, si un hueso es cargado en una nueva dirección, su estructura y forma pueden cambiar de acuerdo a su nueva función; si un hueso deforme es rectificado y su función es restaurada toda la estructura del hueso retorna a su forma original.^{4,5}

* Profesor de la Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

§ Jefe de Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial Clínica Morelos, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM).

Esta alteración en la forma y función se puede explicar por el principio de Wolf, donde la formación ósea alveolar se produce mediante el esfuerzo mínimo indispensable para mantenerse a sí mismo teniendo un proceso fisiológico óseo estable. Por el contrario, si este esfuerzo es insuficiente o si existe una carga excesiva esto puede conducir a una remodelación regresiva del hueso,^{4,5} ya que existe un equilibrio entre el colapso y la reparación por medio de la osteona, unidad funcional del hueso, dando como consecuencia la viabilidad de la forma del hueso.

Esta forma de reabsorción ósea alveolar se ha descrito y clasificado por Cadwood y Howell, la cual es la siguiente:^{6,7}

- a) Clase I: dentados.
- b) Clase II: postextracción.
- c) Clase III: proceso de forma convexa, con anchura y altura adecuadas.
- d) Clase IV: filo de navaja con la adecuada altura, anchura insuficiente de proceso alveolar.
- e) Clase V: forma plana con la pérdida de proceso alveolar.
- f) Clase VI: la pérdida de hueso basal.

Con el objetivo de rehabilitar los diferentes tipos de atrofia alveolares en maxilar y mandíbula, se han diseñado diferentes técnicas de cirugía preprotésica, algunas de ellas encaminadas al aumento de la profundidad vestibular por la disección de tejidos blandos, como: vestibuloplastias de Wassmund, Kazanjian, Obwgeser, etc., las cuales no cumplieron las expectativas en casos de atrofia severa y a largo plazo.⁷

Los procedimientos en la actualidad están encaminados al aumento del hueso remanente por medio de: autoinjertos, aloinjertos, xenoinjertos; derivando de ello técnicas híbridas como injertos de tipo onlay, de interposición con osteotomía tipo Lefort I, de seno maxilar, piso nasal, proteína morfogenética, injertos microvasculares, implantes dentales, implantes cigomáticos y distracción osteogénica. Todos son métodos exitosos en la reconstrucción del proceso maxilar atrófico.^{2,7,8}

En sitios de pérdida dentaria unitaria o múltiple limitada a 3 o 4 dientes es posible realizar las técnicas de injertos con sitios donantes intraorales como son; mentón, rama mandibular, y tuberosidad del maxilar.^{7,8}

No obstante, en casos de procesos maxilares atróficos desdentados totales, el volumen óseo ofrecido por estos sitios es insuficiente para la reconstrucción. En este ámbito, el clínico tiene la opción de escoger un sitio donante extrabucal, que ofrezca la opción de

reconstrucciones completas de los maxilares, con hueso suficiente para obtener el volumen deseado.⁹

Los procedimientos para la toma de estos injertos pueden presentar diversas complicaciones, como dolor postoperatorio, lesiones nerviosas y de la cicatrización. Estas complicaciones, en caso de tener la experiencia y el conocimiento anatómico quirúrgico, son mínimas.^{9,10}

El injerto autólogo de cresta iliaca anterior proporciona hueso con un alto contenido de componentes óseos celulares, por lo que se considera el estándar de oro en el tratamiento de la reconstrucción de los diferentes grados de atrofia maxilar, ya que permite un volumen suficiente de hueso corticoesponjoso, el cual es un requisito para el éxito en la cirugía preprotésica.¹⁰⁻¹²

Existe un consenso en la literatura internacional en la indicación de reconstrucción de rebordes atróficos con el objetivo de la colocación de implantes, para esto se requiere la elaboración de un plan de tratamiento, donde es importante considerar la cantidad y el origen de la pérdida ósea, siendo esto fundamental para obtener el resultado exitoso en la reconstrucción, recordando que el objetivo es el aumento del proceso alveolar, tanto en espesor como en altura a largo plazo.^{7,10-12}

En procesos alveolares atróficos, clasificación Cawood y Howell IV-VI, está indicado un injerto tipo onlay de cresta iliaca para restablecer las dimensiones maxilares fijado con tornillos de 1.5 a 2 mm como fuentes de retención y estabilización.^{7,10-12}

PACIENTE Y MÉTODO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 60 años de edad sin antecedentes crónico-patológicos, la cual refiere como queja principal inestabilidad de prótesis superior, siendo ésta el resultado de múltiples especialistas. A la exploración física intraoral presenta dentición secundaria incompleta, maxilar con presencia de dos órganos dentales con movilidad grado III, proceso alveolar atrófico clasificación IV de Cadwood y Howell, que a su calibración clínica media 3 mm de espesor, lo cual se confirma con estudio tomográfico (*Figuras 1 a 3*).

Se decide realizar odontectomías de órganos dentales residuales maxilares conservando su alvéolo y la reconstrucción del proceso alveolar con injerto de cresta iliaca anterior tipo onlay con el fin de colocar implantes en un segundo tiempo quirúrgico.

Técnica quirúrgica

El procedimiento se realiza bajo anestesia general balanceada, iniciando con la toma de injerto de cresa-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3173188>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3173188>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)