

A PROPÓSITO DE UN CASO

Cirugía preprotésica en pacientes geriátricos polimedificados. Una técnica predecible

Las excrescencias óseas dificultan en gran medida el diseño de las prótesis dentales. El tratamiento quirúrgico implica la exéresis y regularización del reborde óseo, sin más complicaciones que las que pueda presentar cada paciente de forma individual.

Las excrescencias óseas son masas voluminosas por sobrecrecimiento de hueso, que hacen relieve en los rebordes alveolares maxilar y mandibular, asintomáticos, de consistencia du-

sobrecrecimiento óseo. Así, determinados tratamientos en los que se realizan despegamientos bruscos del periostio pueden generar un hematoma, que conduciría a la proliferación ósea para conseguir el colapso del espacio producido por el cúmulo sanguíneo⁶.

El hallazgo de las excrescencias, al igual que los torus, suele ser fortuito, produciéndose durante una exploración rutinaria de la cavidad bucal. Esto se debe a que cursan asintomáticos en su gran mayoría, no siendo los portadores conscientes de los mismos. Una vez descubierta la exostosis, se puede alcanzar un diagnóstico de certeza por varias técnicas complementarias. Las técnicas radiológicas ofrecen imágenes radiodensas de mayor radiopacidad que el hueso circundante. El estudio histopatológico presenta una estructura compacta semejante al hueso normal, eúrnea o esponjosa con espacios medulares. Dichas pruebas son concluyentes para su diagnóstico⁷.

En ocasiones, la exéresis de las excrescencias óseas forma parte de

tratamientos globales que se realizan fundamentalmente cuando la finalidad primordial es la estética. Silvestri M y cols.⁸ describen un caso de rehabilitación protésica anterior que, además, precisa de un tratamiento combinado con alargamiento coronario y regularización del reborde alveolar. La colocación de implantes requiere, en muchas ocasiones, una previa regularización del reborde, eliminando crestas afiladas o excrescencias bulbosas que dificulten la estabilidad de la futura prótesis⁹.

Es la última indicación la que nos lleva a la descripción de un caso clínico específico. Se trata de un paciente que ha sido durante muchos años portador de prótesis completa convencional, con serios problemas de adaptación y ulceración de las mucosas, debido a la presencia de múltiples excrescencias óseas en maxilar y mandíbula.

Caso clínico

Presentamos un caso clínico común en la consulta odontológica, como es la rehabilitación del paciente totalmente desdentado con prótesis removibles de resina, en el que será fundamental una fase quirúrgica previa con remodelación ósea para el éxito de nuestro tratamiento prostodóntico posterior.

Se trata de un paciente de 74 años, fumador, con edentulismo

**POR MARÍA MARTÍN ARES,
FRANCISCO JAVIER VASALLO TORRES,
BRUNO GONZÁLEZ LA CALLE,
CARLOS BELARRA ARENAS,
JOSÉ M^a MARTÍNEZ-GONZÁLEZ**

ra y recubiertos por mucosa queratinizada.

Entre los factores causales de este sobrecrecimiento óseo, aparte del factor hereditario, se ha hablado de traumatismos superficiales¹. Es el caso descrito por los autores Pack y cols.², en el cual relatan casos de localización en zonas previamente tratadas con técnicas periodontales de injertos gingivales libres palatinos, para aumentar la banda de encía queratinizada. También se barajan como factores etiológicos los problemas alimenticios como la avitaminosis, para funciones como el bruxismo, o factores ambientales como el estrés³⁻⁵. Otros autores barajan la iatrogenia como factor causal del

total superior, que acude a la consulta con serios problemas de adaptación de sus prótesis anti-guas.

En la anamnesis destacan los antecedentes de diabetes *mellitus* tipo II en tratamiento con antidiabéticos hipoglucemiantes orales (Damil®), hipertensión arterial controlada con diuréticos ahorradores de potasio (Aldactone®), EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en tratamiento con broncodilatadores tipo β -2 estimulante selectivo (Ventolín®), anticolinérgico de acción larga (Spirina®), asma tratada con adrenérgicos (Anasma®), también estaba en tratamiento con antiagregantes plaquetarios análogos de la ticlopidina (Plavix®) y protector gástrico (Omeprazol®).

Durante la exploración clínica se observan múltiples excrescencias óseas por las que la prótesis no cumplía los principios biomecánicos de soporte, retención y estabilidad, dando lugar a mal ajuste, movilidad y la aparición de úlceras de decúbito recurrentes en la mucosa de recubrimiento del reborde alveolar. Para la reparación de la función y la estética del paciente, así como para conseguir la estabilidad de las prótesis, fue necesaria la regularización de los rebordes óseos, eliminando todo crecimiento excesivo de hueso que dificultara el éxito del nuevo trabajo protético.

Durante la planificación, se solicitó una interconsulta con su médico de cabecera para la sustitución de su terapia con antiagregantes plaquetarios (Plavix® 75 mg) para la profilaxis del tromboembolismo por una heparina de bajo peso molecular (Clexane® 40 mg) dos días antes de la in-



Fig. 1: Incisión lineal supracrestal.

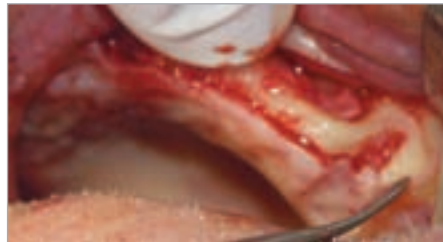


Fig. 2: Despegamiento mucoperióstico.

tervención. Y se le administraron 2 g de Amoxicilina una hora antes como profilaxis antibiótica.

El procedimiento se llevó a cabo con anestesia local con vasoconstrictor, a primera hora de la mañana, en posición semisentado y evitando cambios bruscos de posición para no desatar hipotensión ortostática.

De este modo, se realizó una incisión supracrestal con un despegamiento cuidadoso del colgajo mucoperióstico, para evitar posibles desgarros (Figs. 1-4). Se realizó la ostectomía reduciendo las exóstosis óseas y conservando la máxima cantidad de cortical



Fig. 5: Ostectomía. Extirpación con pinza gubia.



Fig. 3: Múltiples excrescencias óseas en el maxilar izquierdo.



Fig. 4: Múltiples excrescencias óseas en el maxilar derecho.

que nos permitiría la instauración de la futura prótesis. Fue necesaria la regularización de todo el reborde, debido a la presencia de crestas bulbosas de anatomía muy agresiva. Para ello se empleó pinza gubia (Fig. 5) y pieza de mano con fresa redonda y abundante refrigeración. Se realizó una sutura con puntos simples, sin tensión para evitar malformaciones cicatriciales y disminuciones del fondo de vestíbulo que no alterasen el pronóstico de nuestro tratamiento (Fig. 6).

Para el control del dolor se administró metamizol alternado con paracetamol como analgésicos de elección. Como medidas hemostáticas se recomendó presionar una gasa empapada en ácido tranexámico (Amchafibrin®) durante 10-15 minutos y la realización de enjuagues con

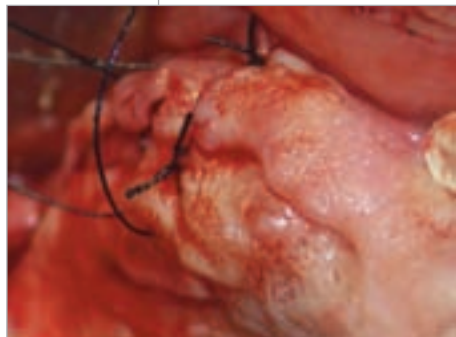


Fig. 6: Sutura con puntos sueltos y material no reabsorbible.

el mismo antifibrinolítico durante los 7-10 días posteriores a la cirugía.

Se retiró la sutura a los siete días de la intervención (Fig. 7), iniciando la rehabilitación protésica a las diez semanas (Fig. 8). Se realizó un control cada mes durante los tres meses sucesivos y se realizó un rebase definitivo de la prótesis para finalizar así nuestro tratamiento. De este modo, conseguimos obtener los propósitos funcionales y estéticos planteados inicialmente.

Discusión

La cirugía preprotésica con la regularización del reborde es un tratamiento que ofrece resultados muy predecibles sin generar al paciente trastornos o complicaciones mayores, siempre que se individualice cada caso y se tomen las medidas preventivas y postoperatorias específicas.

El paciente estaba polimedicado de patologías que generalmente conviven en pacientes de edad avanzada. Es importante conocer las enfermedades, medicación y estado actual del paciente para conseguir el éxito total del tratamiento.

Padecía diabetes *mellitus* tipo II, estaba tratado con sulfonilureas que estimulan la secreción de insulina. Estos



Fig. 7: Retirada de sutura a los siete días de la intervención.

hipoglucemiantes orales pueden interactuar con los AINE y con la indometacina, además de producir crisis hipoglucémicas. El paciente estaba controlado. Para valorar la estabilidad se puede emplear la tasa de hemoglobina glicosilada que nos aporta información fiable de la tasa de glucemia de las últimas seis semanas. Una vez que comprobamos que el paciente está controlado, el tratamiento será similar, con ciertas consideraciones. Antes de iniciar la cirugía, se mide la tasa de glucosa en sangre, que ha de estar por debajo de 140 mg/dl.

Es aconsejable que el paciente desayune antes de la intervención para prevenir la hipoglucemia; las citas serán matutinas, porque los niveles de corticosteroides endógenos son más altos y el estrés se controla mejor. Por precaución debemos tener a disposición del paciente bebidas azucaradas. La anestesia puede contener epine-



Fig. 8: Reborde alveolar a las 10 semanas de la intervención.

frina (1:100000) y ser profunda para que el procedimiento sea indoloro y no genere estrés. Ante un tratamiento quirúrgico invasivo, como la exéresis de múltiples excrescencias óseas, fue necesaria la administración de profilaxis antibiótica, con fármacos de amplio espectro y sin excipiente glucosado. En este caso se administraron 2 g de Amoxicilina una hora antes de la intervención, ya que los patógenos que con más frecuencia causan complicaciones postoperatorias son los estreptococos, anaerobios gram positivos y anaerobios gram negativos. La administración de antibiótico se debe a la posible disfunción inmunitaria y al retraso en la cicatrización^{10,11}.

Además el paciente presentaba hipertensión arterial controlada con diuréticos ahorradores de potasio. Se comprobó la tensión arterial antes del tratamiento quirúrgico, la presión diastólica fue de 90 mm de Hg y la sistólica de 130 mm de Hg. En los pacientes hipertensos está indicada la administración de ansiolíticos previos al tratamiento con la finalidad de evitar el estrés y, por tanto, un aumento de la tensión arterial. En este caso, el paciente se mostró relajado en todas las citas y no fue necesario¹².

Para el procedimiento quirúrgico se empleó un anestésico local con vasoconstrictor (lidocaína al 2% con adrenalina al 1:100000), aspirando siempre durante la inyección. Estudios recientes insisten en que el uso de anestésicos con vasoconstrictor en el paciente hipertenso no modifica sustancialmente las cifras de presión arterial, que se ven más alteradas por el dolor y

la ansiedad que inducen a la liberación de adrenalina endógena¹².

Durante la intervención se evitaban cambios bruscos posturales y se preparó furosemida 40 mg vía intramuscular como medida preventiva ante una posible crisis hipertensiva¹².

El paciente estaba tratado con antiagregantes análogos de la ticlopidina (Plavix®). Por ello fue necesaria la interconsulta con su médico. Se interrumpió la anticoagulación oral con el objetivo de obtener un INR entre 1 y 2¹³. Para ello se administró dos días antes de la intervención HBPM (Heparina de Bajo Peso Molecular; Clexane 40 mg vía subcutánea cada 24 horas). Hasta el día de la cirugía siguió con el tratamiento de sustitución y la misma noche reinició su tratamiento habitual con Clexane®. Los tres días siguientes combinó su tratamiento de anticoagulantes orales y HBPM, que se suspendió desde el tercer día postoperatorio¹⁴. Tras la intervención se tomaron medidas locales hemostáticas, con sutura compresiva y enjuagues con Amchafibrin®¹⁵.

Además de diabetes mellitus, hipertensión y tratamiento con antiagregantes, el paciente padecía EPOC y estaba en tratamiento con broncodilatadores. La principal complicación derivada de esta patología era un posible agravamiento de la función respiratoria, ya de por sí comprometida. Como medidas preventivas se citó al paciente a primera hora de la mañana, evitando largas esperas. La posición del paciente en el sillón dental durante la intervención es semisentado para eludir la ortopnea y dificultad respiratoria. Debido a que las infecciones respiratorias en estos

pacientes son habituales, se administró tratamiento antibiótico que, además, evitaba posibles infecciones y retrasos en la cicatrización por la diabetes¹⁶.

Para el control del dolor e inflamación postoperatorio se administró metamizol. Los AINE interaccionan con los diuréticos y potencian la acción de los antiagregantes plaquetarios excepto el paracetamol, metamizol y diclofenaco, además del efecto gastrolesivo. Debido a que el paciente padecía angiodisplasia digestiva, se optó por la administración de metamizol, por ser el más inocuo a nivel gastrointestinal y por no potenciar la acción antiagregante.

El conjunto de medidas preventivas y postoperatorias adecuadas a cada patología sistémica del paciente permitió llevar a cabo un tratamiento quirúrgico sin complicaciones y determinante en el éxito final del tratamiento rehabilitador con prótesis removibles convencionales. ■

REFERENCIAS

1. Aree Jainkittivong MS, Langlais RP. Bucal and palatal exostoses: Prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2000; 90 (1): 48-53.
2. Pack A, Gaudie WM, Jennings AM. Bony exostosis as a sequela to free gingival grafting: two case reports. *J Periodontol* 1991; 62: 269-71.
3. Antoniadis DZ, Belazi M. Concurrence of torus palatinus with palatal and buccal exostoses. Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998; 85 (5): 553-7.
4. Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand; prevalence and the relation to parafunctional activity. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 9-13.
5. Bruce I, Ndanu TA, Addo ME. Epidemiological aspect of oral tori in a Ghanaian community. *I Dent J* 2004; 54: 78-82.
6. Siegel WM, Pappas JR. Development of exostoses following skin graft vestibuloplasty. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 483-4.

7. Castro Reino O, Pérez Galera J, Pérez Cosío Martín, Urbón Caballero J. Cirugía del torus palatino y mandibular. *Rev Act Odontoes-tomat* 1990; 50 (394): 47-50.

8. Silvestri M, Silvestri E, Passaler L. Restauración periodontal y protésica de la zona anterior del maxilar. Presentación de un caso. *Revista Internacional de Odontología Restauradora y Periodoncia* 2006; 10 (3): 240-5.

9. Salmerón Escobar JJ. Cirugía preprotésica. Análisis crítico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2007; 29(4): 228-39.

10. Mellado Valero A, Ferrer García JC, Herrera Ballester A, Labaig Rueda C. Efectos de la diabetes sobre la osteointegración de los implantes dentales. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal* 2007; 12 (1): 26.

11. Amado Cuesta S, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Complicaciones de la cirugía bucal ambulatoria en pacientes mayores de 65 años. *Medicina Oral* 2004; 9 (3): 253.

12. Littel JW. The impact on dentistry of recent advances in the management of hypertension. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 2000; 90 (5): 591-9.

13. Blinder D, Manor Y, Marinowitz U, Taicher S. Dental extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy: comparison of INR value with concurrence of postoperative bleeding. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30: 518-21.

14. Mehra P, Cottrell DA, Bestgen SC, Booth DF. Management of heparin therapy in the high-risk, chronically anticoagulated, oral surgery patient; a review. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 59: 198-202.

15. Gaspar R, Brenner B, Ardekian L, Pele M, Lanfer D. Use of tranexamic acid mouthwash to prevent postoperative bleeding in oral surgery patients on oral anticoagulant medication. *Quintessence Int* 1997; 28: 375-9.

16. Poveda Roda R, Vicente Bagán J, Sanchis Bielsa JM, Carbonell E. Uso de los antibióticos en odontología. Revisión. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal* 2007; 12 (3): 147-53.

María Martín Ares es odontóloga.

Francisco Javier Vasallo Torres es odontólogo y especialista en Medicina Oral en la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Bruno González la Calle es odontólogo y especialista en Medicina Oral (UCM).

Carlos Belarra Arenas es profesor colaborador de Cirugía en la Facultad de Odontología (UCM).

José M^a Martínez-González es profesor titular de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Odontología (UCM) y jefe de Servicio de Cirugía e Implantología del Hospital de Madrid.