

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR	CÓDIGO: QX-SOCM-GM-10
 	DEPENDENCIA: UNIDAD CLINICO QUIRURGICA	FECHA DE EMISIÓN: 16-08-2011
	PROCESO: QUIRURGICA QX	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 5

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Restaurar las funciones de masticación, deglución, fonética, estéticas y psicológicas al paciente que es atendido en esta Especialidad.

2. METODOLOGIA

Consenso, revisión de literatura, para definir el diagnostico y tratamiento.

3. ALCANCE

Desde el momento en que se diagnostica la atrofia del reborde alveolar hasta el momento en que se coloca la rehabilitación convencional o sobre implantes osteointegrados con sus controles periódicos.

4. POBLACION OBJETO

Pacientes heridos en combate o por trauma en accidentes por causa y razón del Servicio y usuarios de la DGSM que se acogen al plan complementario en Rehabilitación Oral autorizados por el Comité Técnico Científico, SOAT y enfermedad profesional

5. RECOMENDACIONES

CLASIFICACION DEL REBORDE ALVEOLAR

CLASE I: Cuando existe suficiente hueso basal remanente en cualquiera de los maxilares

CLASE II: Cuando hay reabsorción moderada del hueso basal

CLASE III: Cuando la reabsorción es severa del hueso basal.

La pérdida ósea es tan marcada que en la mayoría de los casos se encuentran comprometidas otras estructuras importantes de la cavidad oral; en el maxilar inferior la cercanía al nervio dentario o al nervio mentonero, la cercanía a la línea milohiodea o a las apófisis genis entre otras. En el maxilar superior la más frecuente es la neumotosis del seno maxilar y la pérdida total del reborde alveolar; Estos casos son tratados en equipo de manera interdisciplinaria con otros servicios como es el de cirugía maxilofacial en el cual se mejoran las condiciones del paciente como son la distracción osteogenica, injertos óseos, de tal manera que al paciente se le mejora el pronostico del tratamiento de rehabilitación oral.

GUIA DE MANEJO	ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR	CODIGO	QX-SOCM-GM-10	VERSION	02
		Página:	2 de 5		

5. RECOMENDACIONES

Alternativas protésica: Existen varias alternativas siempre y cuando las condiciones sistémicas del paciente permitan el tratamiento:

CLASE I

Prótesis total convencional sostenida por los tejidos osteomusculares (hueso y mucosa).

Prótesis total con implantes óseo integrados.

Sobredentadura: Es una prótesis total removible con anclajes sobre los implantes para la prótesis tipo (macho – hembra se sugiere como mínimo dos (2) implantes.

Prótesis híbrida: Es una prótesis total fija atornillada, se requiere como mínimo cuatro implantes óseo integrados distribuidos en el maxilar, estos cuatro implantes están unidos por una estructura metálica la cual es de un metal semiprecioso como el palladium o preciosos como el oro, la parte estética es en resina acrílica y dientes acrílicos.

Prótesis fija implanto soportada: La base es un implante y la prótesis parte del implante; existen dos modalidades, una es atornillada y la otra es cementada como si fuera una prótesis fija convencional (dentosoportada).

CLASE II Reabsorción moderada del hueso basal.

Prótesis total con implantes óseo integrados

Sobredentadura:

Es una prótesis total removible con ajustes sobre los implantes y prótesis (tipo macho – hembra) incluyendo la retención y fijación necesaria para que la prótesis no se desaloje.

Prótesis híbrida: Es una prótesis total fija, se requiere como mínimo de cuatro implantes óseo integrados distribuidos en el maxilar, los implantes están unidos entre si por una estructura colada en metal semipreciosos o precioso y la parte estética es en resina termocuradada con dientes acrílicos.

CLASE III Reabsorción severa del hueso basal.

Cuando la pérdida ósea es mayor, y no existe hueso por una reabsorción muy marcada con compromiso de estructuras importantes en cavidad oral como son la cercanía del nervio dentario, mentonero, pérdida de la línea milohiodea, exposición de apófisis genis, todas estas en el maxilar inferior, en el superior estaría la neumatosis marcada del seno maxilar, pérdida total del reborde vestibular.

Prótesis sobredentadura: En zona de la sínfisis del maxilar inferior de canino a canino para implantar los implantes óseointegrados, existen procedimientos para crear hueso y de esta forma mejorar las condiciones óseas del paciente, tales procedimientos como la distracción ósea e injertos óseos, son realizados en cirugía maxilofacial en coordinación con rehabilitación oral, los pacientes llegan a rehabilitación en mejores condiciones, facilitando el pronóstico del tratamiento de rehabilitación.

DEFINICIÓN:

Edentulismo total, ausencia total de dientes con pérdida del hueso de soporte.

GUIA DE MANEJO	ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR	CODIGO	QX-SOCM-GM-10	VERSION	02
		Página:	3 de 5		

5. RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICO:

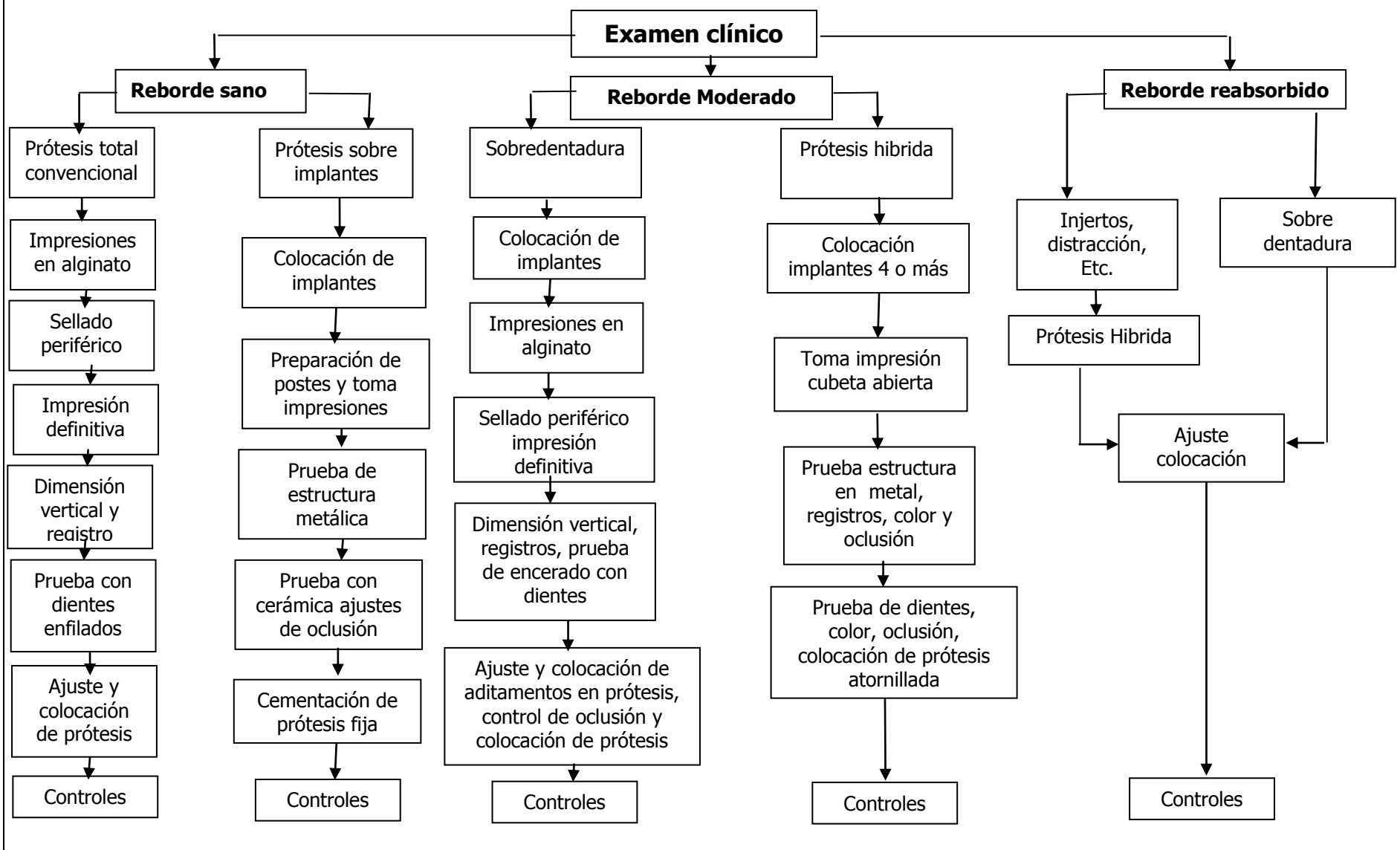
Edentulismo total, ausencia total de dientes con pérdida del hueso de soporte.

TRATAMIENTO:

Examen clínico, si el reborde está sano y es ancho y alto, se colocan implantes y posteriormente se elabora prótesis sobre implantes.
Si el reborde está reabsorbido, se elabora prótesis total, impresiones en alginato, sellado periférico, impresión definitiva, dimensión vertical, registro, prueba encerado con enfilado de dientes, ajuste colocación, controles.

GUIA DE MANEJO	ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR	CODIGO	QX-SOCM-GM-10	VERSION	02
		Página:	4 de 5		

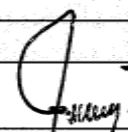
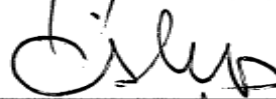
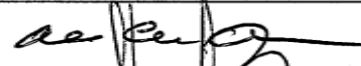
6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR	CODIGO	QX-SOCM-GM-10	VERSION	02
		Página:	5 de 5		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFÍA				
- Microscopio Análisis of Reconstructed Maxillary Alveolar Ridges Using Autogenous Bone Graft from the Chin and Iliac Crest. Mariza A Akemi Matsumoto 2002 - Cement –Retained Versus Screw-Retained Implant Restorations: A critical review 2003 - Anterior Maxillary Alveolar Distraction Osteogenesis: A Prospective. Rex Cockerrell. 2002				

APROBACION				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dra. Andrés Medina V.	Servidor Misional En Sanidad Militar -Rehabilitador Oral	Agosto de 2011	
REVISÓ	CN®. Camilo Eslava Jácome	Coordinador Área de Salud Oral y Cirugía Máxilofacial	Agosto de 2011	
APROBÓ	CRMED. Luis Carlos Rincón Larrota	Jefe Unidad Clínico Quirúrgica	Agosto de 2011	
	COMED. Clara Esperanza Galvis	Subdirección Medica y Servicio de Salud		
PLANEACION -CALIDAD	Dr. Luisa Fernanda Pombo Ospina	Jefe Área de Calidad	Agosto de 2011	