

ALTERNATIVAS EN EL TRATAMIENTO AL PACIENTE DESDENTADO PARCIAL. PRESENTACIÓN DE TRES PACIENTES

Autor: Raúl L. Castillo Rosix. Profesor Titular y Consultante (Facultad de Estomatología de La Habana y CIMEQ). Especialista de 2do. Grado de Prótesis Estomatológica. Cuba. Correo: rcrosix@infomed.sld.cu

Coautores: Lic. Lima, Miranda Ramos, Tec. Andrés, Gainza Babastro. CIMEQ.

RESUMEN

Introducción: El desdentado parcial se presenta en todo el mundo a pesar de las medidas preventivas, los recursos y progresos considerables de los tratamientos en las últimas décadas. Los dientes continúan perdiéndose por diversas causas. Estudios epidemiológicos en diversos países indican que la falta de dientes se observa en un porcentaje alto de la población sin considerar a los desdentados totales. Los tratamientos para el desdentado parcial son varios con alternativas que van desde la restauración con implantes óseointegrados hasta la prótesis parcial removible con retenedores de alambre adaptados a la base de acrílico. **Objetivo:** Comunicar la técnica, procedimientos y resultados obtenidos en el diagnóstico y tratamiento protésico a tres pacientes con características complejas, atendidos en el servicio de prótesis del CIMEQ. **Material y métodos:** A los tres pacientes desdentados parciales atendidos en la década del año 2000 se le realizaron el interrogatorio, examen clínico extra e intrabucal, investigaciones complementarias: modelos de estudio, encerado diagnóstico, radiografías periapicales y panorámicas, llegando al diagnóstico y plan de tratamiento, por técnica implantológica en uno y prótesis parcial removible en los otros dos. Se determina el pronóstico y se obtiene el consentimiento informado de los pacientes. **Resultados:** Los tres pacientes fueron rehabilitados satisfactoriamente en cuanto a estética y función mejorando su calidad de vida. **Conclusiones:** El diagnóstico acertado y la ejecución adecuada del tratamiento alternativo indicado, son factores indispensables para el éxito en la atención al paciente desdentado parcial.

Palabras clave: desdentado parcial, implantología, diseño, prótesis parcial removible.

INTRODUCCIÓN

El paciente desdentado parcial se presenta todavía hoy en todo el mundo en un porcentaje alto a pesar de las medidas preventivas, los recursos tecnológicos y el progreso alcanzado en los métodos de tratamiento. Estudios epidemiológicos en diferentes países así lo sustentan independiente de la situación socioeconómica, política y cultural, sin considerar los desdentados totales. Los tratamientos para el desdentado parcial son varios con alternativas que van desde la rehabilitación con implantes óseo integrados hasta la prótesis parcial removible con retenedores de alambre adaptados a la base de acrílico, dentro de esta variedad de procedimientos rehabilitadores mencionados está la prótesis parcial removible cuya confección no es complicada y su costo es más bajo que las otras alternativas ^{1, 2, 3} Los estomatólogos integrales y los especialistas de prótesis han sido formados para conocer los fundamentos y desarrollar una habilidad psicomotriz que los capacita para realizar el tratamiento con prótesis parcial removible que no solo reemplaza las estructuras que faltan sino que promueva la conservación y el mejoramiento de los tejidos remanentes de la cavidad bucal y satisfaga las necesidades subjetivas del paciente. Sin embargo la literatura y la observación del manejo de las prótesis parciales removibles en nuestro medio nos permite afirmar que es una de las prácticas de nuestra profesión que se hace con negligencia. Son varias las causas del fracaso de las mismas; entre ellas se considera la falta de su diseño por parte del estomatólogo, quien no diseña bien, no examina bien o de forma adecuada al paciente desdentado parcial, no modifica convenientemente las estructuras bucales relacionada con las prótesis dentro de un esquema ordenado, de un plan de tratamiento que permite al estomatólogo, aplicar principios biológicos y mecanismos que conducen a la recuperación de la salud bucal. El diseño es sencillo pero debe hacerse en orden y respetando principios válidos desde hace mucho tiempo ^{4, 5}. El objetivo de nuestro trabajo es comunicar la técnica, procedimientos y resultados obtenidos en el diagnóstico y tratamiento a tres paciente desdentados parciales con características subjetivas y clínicas complejas atendidos y rehabilitados en nuestro servicio en la década del año 2000.

PRESENTACIÓN DE PACIENTES:

Paciente No. 1

Resumen Sindrónico: Paciente femenina de 36 años de edad desdentada parcial (11) extraído, portadora de prótesis acrílica superior desajustada, 12, 21 y 22 coronas de color grisáceo, no homogéneo, antiestético con pérdida ósea a la radiografía, refiriendo la paciente sus deseos que le extraigan los dientes anteriores superiores y le coloquen implantes. Mandíbula dentada total. Se obtienen modelos de estudio realizando encerado diagnóstico así como se valora longitud y diámetro del sector antero superior, su relación con arco dentario antagonista así como pauta masticatoria.

Plan de tratamiento inmediato:

Extracciones de 12 ,21 y 22, colocación de implantes microdent, de 14 milímetros de longitud y 3,75 de diámetro, a nivel de 12 y 22, confección e instalación de prótesis acrílica superior provisional con retenedores alicateados.

Plan de tratamiento mediato.

- Confección de puente fijo cromo níquel (ceramo-metal) cementado sobre pilares o abutment atornillados en los tornillos intraóseos.
- Medidas de higiene bucal y controles periódicos.

Pronóstico: Favorable.

Consentimiento informado

Proceder clínico

Pasados ocho meses de la intervención quirúrgica se comprueba clínica y radiográficamente la oseointegración ósea la que ha evolucionado favorablemente.

Se exponen los tornillos de cierre sustituyéndolos por los de cicatrización y a la cuarta semana se retiran estos comprobando el estado de salud de los perfiles de emergencia procediendo a la toma de impresión definitiva con cubeta de impresión fenestrada y previa fijación de los tornillos de impresión, se toma impresión inferior antagonista, relación cráneo-madibular y color de los dientes. Posteriormente se prueban los pilares o abutment así como el esqueleto (metal) del puente. Una vez terminado el puente se atornillan los abutment o pilares al tornillo intraóseo, ambos. Se prueba y rectifica el puente, cementando el mismo (fig. 1)

- Se indica a la paciente medidas higiénicas y de uso, así como su control periódico.

Resultados

La paciente fue rehabilitada satisfactoriamente en cuanto a estética, función y calidad de vida.

A los cinco años se realiza examen clínico y radiográfico, manteniendo inalterable sus tejidos de soporte y la integridad del aparato.



Fig.1 Radiografía Panorámica. Observe implantes oseointegrado, rehabilitación terminada y puentefijo instalado y cementado.

Paciente No. 2

Resumen Sindrómico. Paciente masculino de 50 años de edad, bruxópata, diabético e hipertenso controlado sin antecedentes protésicos que acude al servicio para ponerse prótesis. Desdentado parcial superior 2da clase de Kennedy con sus modificaciones, remanentes obturados con soporte óseo hasta un tercio cervical radicular a la radiografía no movilidad, retracción gingival generalizada más marcada en 13, 17, 14, 11, 22 y 23 con desgaste incisal, dentina expuesta calcificada incluyendo 27 superficie oclusal. Sobrepase en 2 milímetros y resalte en 1,5 milímetros. Rebordes mediano, sanos, regular, bolsa normocoloreada adherida y resiliente, inserciones medianas.

Mandíbula: desdentada parcial primera clase de Kennedy, remanentes con corona de tamaño mediano, retentivas, obturadas 34, 35 y 44, desgaste incisal un tercio de corona con exposición de dentina calcificada, retracción gingival horizontal generalizada hasta un tercio cervical de la raíz más marcada en 44, 34 y 35, no movilidad, buen soporte óseo a la radiografía, reborde mediano más reabsorbido el derecho con base ancha, torus mandibulares de tamaño pequeño a mediano múltiples en zona lingual y posteroinferior izquierdo. Inserciones musculares y frénicas medianas.

Plan de tratamiento

Maxilar: prótesis parcial removible superior con apoyo sobre-extendidos en 13 y 23, normal en 11. Retenedores de acción anterior en 13 y acción posterior en 23, así como circunferencial de 2 brazos en 17 con apoyo. Conector mayor en herradura, cajuelas individuales y base mixta

Mandíbula: prótesis parcial removible inferior; conector mayor dentario para evadir los torus mandibulares, retenedores directos No. 1 directos de un solo brazo en 34 y de Roach en 45, apoyos sobre-extendidos en 23 y 43. Bases o sillas acrílicas.

- Instrucciones en cuanto al uso y cuidados de las prótesis y las medidas de higiene bucal

- Control periódico

Pronóstico: Favorable

Consentimiento informado

Observar prótesis terminadas e instaladas donde se evidencia el cumplimiento del plan de tratamiento y su pronóstico.(fig 2)



Fig. 2 observe dientes remanentes, torus mandibulares e instalación de estructura inferior.

Paciente No. 3

Resumen Sindrómico. Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de haber sido intervenida quirúrgicamente (hemimandibulectomía) por ameloblastoma en hemimandíbula izquierda con injerto de cresta ileáca y 2 años de evolución satisfactoria, la que acude al servicio remitida del Hospital Hermanos Ameijeira para su rehabilitación protésica. Al examen clínico extrabucal presenta desarmonía facial, en el examen intrabucal se presenta maxilar dentado total e inferior desdentado parcial 2da clase de Kennedy con coronas cortas poco retentivas, buen soporte óseo, clínica y radiográficamente, reborde casi plano, mucosa fina, adherida, normocoloreada, inserciones musculares y frénicas bajas oclusión cruzada y línea media desviada hacia la derecha. La paciente reitera su solicitud de ser rehabilitada de inmediato para continuar sus estudios de idioma en la Universidad.

Plan de tratamiento inmediato

Confeción de prótesis acrílica inferior provisional con retenedores alicateados en 47 y 41.

Plan de tratamiento mediato

Confección de prótesis parcial removible metálica inferior: Conector mayor barra lingual. Retenedores directos a barra en 45, 46 y 47 con retención por lingual y recíprocos por bucal continuado de Kennedy y lingual en 41, 42 y 43. Retenedores de Roach en 43 por bucal. Apoyos oclusales en 47 ocluso-distal y ocluso-bucal estría central, 46 estría central, apoyo oclusal y en 45 apoyo en fosita ocluso-mesial. Bases acrílicas. Todos estos elementos contrarrestan los movimientos que se establecen en los casos desdentados en 1er y 2da clase de Kennedy

-Instrucciones en cuanto al uso y cuidados de la prótesis

- Medidas de higiene bucal

-Control periódico

Pronóstico: Favorable

Consentimiento informado

Observar prótesis terminadas e instaladas donde se evidencia el cumplimiento del plan de tratamiento y su pronóstico.(fig. 3)



Fig. 3 observe evolución de injerto de cresta iliaca, prótesis inferior terminada y vista facial con la misma instalada.

DISCUSIÓN

Los tres pacientes fueron rehabilitados satisfactoriamente en cuanto a estética y función mejorando así su calidad de vida. En los controles realizados a los 6 meses, 1 y 3 años se mantenían inalterables los tejidos de soporte e íntegros los elementos protésicos coincidiendo con los resultados señalados en la literatura revisada y evidenciando la posibilidad de valorar la aplicación de la técnica y procedimientos utilizados en pacientes desdentados con características clínicas y topográficas similares. ⁶⁻¹⁰

CONCLUSIONES

El diagnóstico acertado y la ejecución adecuada del tratamiento alternativo indicado, son factores indispensables para el éxito en la atención al paciente parcialmente desdentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez, JM. Diseño en prótesis parcial. En. Hechavarria García JJ, Cuenca. El Manual de Odontología. Barcelona. Masson, SA. 1995: 989-996
2. Pérez, LM. Variación en el diseño de la prótesis parcial removible por diferentes laboratorios dentales. Rev. Admn. 2001; 58(2):74-79
3. Matos C, Andrade P, Rode A, Araujo C, Almeida P. Prevalencia de lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis dentales removibles en un servicio de estomatología. Revista Cubana de Estomatología 2011;48 (5) 268-276.
4. Loza D. Diseño de prótesis parcial removible. Editorial Ripano. sa. 2007; 11-181
5. Sánchez M. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Rev. EspMed Quito 2011:110-115
6. Bernal C. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. KIRU. 2010;7(1):9-12
7. Rodríguez MSC, Portillo A, Lama EM. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Revista ADM. 2014,71 (5):221-225.
8. Rengifo AC. Implantes dentales para mejorar la Biomecánica y Estética de la prótesis parcial removible. Rev. Estomatológica Herediana (on line) abril-junio 2011, 21(2):116-118
9. De Aguiar S, Carneiro S. Hemimandibulectomía como tratamiento de ameloblastoma mutiquístico. Acta Odontológica Venezolana, 49(3). 2011
10. Araiko G, Herrero A, Delreg M, Escuin T. Rehabilitación protésica en pacientes con pérdida de sustancia mandibular dentum, 2007; 7(1):12-16.