

PRÓTESIS INMEDIATA. DOS CASOS CLÍNICOS

Autor: Dra. Zenia Masiel Criado Mora. Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica. Policlínico docente Abel Santamaría, La Habana, Cuba. zeniacm@infomed.sld.cu

Coautores: Dra. Indira García Martínez, Taimy Aragón Mariño; Dra. Zoraya Almagro Urrutia.

RESUMEN

La prótesis inmediata es aquella que se construye antes de realizar la exodoncias de los dientes a restituir y se instala inmediatamente después de realizadas las mismas, se indica por la necesidad que tienen las personas de no pasar por un desdentamiento prolongado, que cause afectaciones biopsicosociales; molestias que se evitan al realizar este tratamiento quirúrgico protético. Se presentan casos clínicos de pacientes femeninas de edades comprendidas entre los 38 a 58 años de edad, trabajadoras activas, con antecedentes de salud. Al examen intrabucal se presentaron dientes con movilidad de grado III , lo cual limita psíquicamente la integración social de las pacientes . Se decidió rehabilitar a las pacientes por prótesis inmediata realizando exodoncias de los dientes con este grado de movilidad y en algún caso previa Alveolectomía correctora y tuberoplastia bilateral. Obteniendo un resultado satisfactorio protésico y socialmente para las pacientes.

INTRODUCCIÓN

La prótesis inmediata es aquella que confeccionada antes de las extracciones de los dientes que va a sustituir, se instala inmediatamente después de realizadas las mismas. Este tipo de prótesis, generalmente, no debe ser la definitiva, porque los tejidos sufren modificaciones que no se producen cuando se colocan prótesis convencionales, o sea, sobre tejidos ya previamente cicatrizados. La prótesis inmediata constituye una posibilidad para reducir la tragedia física y psíquica que se produciría en el desdentado, porque permite la transición del dentado natural al artificial, sin cambios faciales ni alteraciones estéticas. ¹⁻⁴

Este tipo de prótesis está indicado donde la integridad anatómica de los dientes nos permita guiarnos para seleccionar los dientes artificiales o la posibilidad de duplicar estos últimos, para reposicionar dientes del sector anterior y, excepcionalmente, para dientes posteriores, en pacientes con problemas de salud y estética, incapaces de restablecerse a su medio biopsicosocial por tener que tolerar un desdentamiento prolongado, en pacientes emocionalmente estables, capaces de superar la presencia del aparato, lo cual implica un período de adaptación prótesis-paciente, puesto que el aparato asienta sobre un tejido sensibilizado por las extracciones recientes. ³⁻⁵

La autenticidad de esta prótesis radica, precisamente, en sus ventajas, que la hacen diferente de otros tipos de rehabilitación. La ventaja quirúrgica radica en que ella actúa como vendaje, y protege el coágulo, favorece su epitelización, lo aísla del medio bucal e impide la aparición de infecciones secundarias. Por lo tanto, también hay menos dolor y se limita la inflamación. El paciente se recupera del choque de las extracciones, al tiempo que se acostumbra al uso de la prótesis, a diferencia del procedimiento ordinario, en el que el dolor y la incomodidad deben ser soportados en dos etapas diferentes. ³⁻⁶

La ventaja biológica radica en que el remodelado óseo y de los sistemas trayectoriales ocurre más favorablemente. ⁶

La sonrisa es un reflejo fiel de la integridad de la personalidad y es una de las principales ventajas psíquica de la prótesis inmediata, pues el individuo pasa de la dentadura natural a la artificial con el mínimo de deterioro de la personalidad psíquica y física, el acostumbrarse a este tipo de prótesis suele ser más rápido que al de la prótesis mediata. ^{1, 3}

La ventaja fonética está dada en que el paciente se adapta a las nuevas condiciones de dicción más rápida y eficazmente que si transitara por un período de desdentamiento. ³⁻⁶

Estéticamente impide el colapso labial y hasta introduce mejoras en los casos que así lo requieren.

Este tipo de rehabilitación a diferencia de la prótesis mediata tiene un carácter preventivo, porque evita la posible desintegración psíquica y biológica del individuo. ⁵⁻⁷

En algunos casos concretos y favorables al paciente, tras someterse a la primera cirugía de implantes, también se le coloca una prótesis inmediata. ⁸

Los objetivos de este trabajo fueron describir los pasos clínicos y de laboratorio en la rehabilitación de prótesis inmediata y mostrar los resultados obtenidos mediante la rehabilitación por prótesis inmediata en dos casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el período de junio del 2014 a febrero del 2015, se presentan al Departamento de Prótesis de la Clínica Estomatológica Abel Santamaría del municipio Cerro de la Habana, dos casos de pacientes femeninas remitidas del departamento de Periodoncia.

Las pacientes, trabajadoras activas, con edades que oscilan entre la tercera y quinta década de la vida, acuden, pues su principal preocupación radica en la forma de solucionar el estado de sus dientes anteriores que presentan movilidad, pérdida de estructura dentaria y afectación estética en su mayoría, lo cual limitaría psíquicamente la integración social a que ellas estaban adaptadas como parte de la familia y la sociedad. Ambas pacientes presentaban un buen estado de salud general, pero desde el punto de vista bucal eran desdentadas parciales, sin experiencia protésica anterior.

En los dos casos el examen físico intrabucal mostraba tejidos blandos y duros sin alteraciones aparentes y con características fisiológicas. Se les practicó además el Examen de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), sin detectar alteraciones.

Las pacientes, según grupo epidemiológico, fueron clasificadas como discapacitadas deficientes pues ambas presentaban algún tipo de desdentamiento parcial con afectación o limitación funcional y estética.

Presentaban una correcta higiene bucal, alcanzando un Índice de Love inferior a 20%, con plenas capacidades para realizar la higiene bucal y la limpieza de la futura aparatología.

El resumen diagnóstico nos hizo concluir que la mejor elección de rehabilitación para estos casos era la prótesis inmediata y también nos llevó a esperar un pronóstico favorable, por sus condiciones generales y bucales y por ser pacientes de tipo receptivas, colaboradoras con el tratamiento en todo momento, preocupadas por su integración social y la rápida recuperación de sus funciones.

La primera paciente, de 53 años de edad, se rehabilitó por prótesis inmediata parcial superior sin encía por dientes de ajuste con exodoncias simples de los dientes 15,

12, 11, 21 y 22. Además rehabilitación por prótesis parcial inferior acrílica removible inferior como forma complementaria del tratamiento.

La segunda rehabilitación se le realizó a una paciente de 38 años de edad rehabilitándose por prótesis Inmediata parcial inferior sin encía de los dientes 42, 31 y 41.

CASO 1 Rehabilitación por prótesis Inmediata parcial superior sin encía con exodoncias simples.

- Edad: 53 años.
- Ocupación: Profesora Universitaria
- Motivo de consulta: *Afectación estética (Gran destrucción de tejido dentario por caries, cambio de coloración, aumento de la corona clínica por migración oclusal y giroversiones de 11,12,15,21,22 y 25)*
- HEA: Paciente cuya principal preocupación es la estética la cual está afectada por las condiciones antes expuestas de los dientes anterosuperiores, por lo que no quisiera mantener ese patrón estético en la futura prótesis, pero tampoco soportaría el periodo de desdentamiento debido a su ocupación.
- Diagnóstico: Desdentada parcial superior clase I, subclase I de Kennedy
Desdentada parcial Inferior clase III, subdivisión 1 de Kennedy
- Tratamiento: Rehabilitación por prótesis Inmediata parcial superior sin encía o por dientes de ajuste con exodoncias simples y rehabilitación por prótesis parcial inferior acrílica removible inferior.

Primera visita: Se realizó toma de impresión primaria con alginato y cubeta comercial perforada individualizada, de las que se obtuvieron los modelos de estudio superior e inferior, sobre los cuales se confeccionaron las placas de articulación para la relación cráneo mandibular.

Segunda Visita: Se realiza relación cráneo mandibular y se determina el tamaño y color de los dientes artificiales. Posteriormente se procede a realizar el montaje de los modelos en el articulador y el montaje de los dientes artificiales.

Se realiza el duplicado del modelo, dejando un modelo testigo, en este caso, para imitación aproximada de la posición, alineamiento y disposición de los dientes artificiales, conservar el desplazamiento hacia el lado derecho de la línea media superior, diastemas y vestibuloversión provocados por la enfermedad periodontal aunque se corregirán un poco pues la paciente así lo pide.

Tercera Visita:

Se realiza la prueba con dientes de los dientes posteriores superiores y de la prótesis parcial inferior acrílica removible. (Figura 1c)

(Pasos de Laboratorio)

Se realiza la preparación del modelo definitivo por la protesista en el laboratorio, Sobre el modelo superior se marcaron los 4 dientes antero superiores, los que serían agregados de forma inmediata, teniendo en cuenta las condiciones óseas, el grado de reabsorción de la cresta, la existencia de bolsas periodontales y su profundidad, así como el régimen de reabsorción del maxilar. Para valorar estos factores, fueron observadas detalladamente las radiografías periapicales de los dientes a extraer.

Cuarta visita: (Tiempo quirúrgico)

El día de la cirugía se envían al cirujano la Historia Clínica, los modelos de estudio y la prótesis terminada que deberá ser asepticada en quirurgín, previo a su colocación en la boca.

Se observa los alveolos con sus márgenes conservados al extraerse los dientes con un mínimo de traumatismo. La colocación de la prótesis inmediata comprobando su asentamiento sobre el tejido cruento, que resulta exitosa.

Posteriormente a la paciente se le indicó no retirarse la prótesis en un plazo de 24 horas bajo ningún concepto, ni aún por razones higiénicas y se dieron otras indicaciones generales post-exodoncia.

Quinta visita:(Control)

Se observa la paciente a las 24 horas de instalada la prótesis. En esta consulta se observó el estado y cicatrización de los tejidos donde se apreció una mucosa en proliferación y con un ligero enrojecimiento y aumento de tamaño (característica fisiológica), libre de puntos sensibles y dolorosos.

Se corrigió la oclusión y la articulación; y se realizaron las correcciones necesarias, buscando eliminar los posibles puntos dolorosos.

Se observa el resultado estético inmediato. Con imitación aproximada de la posición, alineamiento y disposición de los dientes artificiales, se conserva el desplazamiento 3mm hacia el lado derecho de la línea media superior y los diastemas y vestibuloversión provocados por la enfermedad periodontal si se corrigieron en alguna medida, pues la paciente así lo pidió.

CASO 2: Rehabilitación por prótesis Inmediata parcial inferior sin encía.

- Edad: 38 años.

- Ocupación: Gerente Bancaria.
- Motivo de consulta: Afectación estética
- HEA: La paciente refiere que producto de su enfermedad periodontal perdió espontáneamente el 41, lo que le afecta estética, fonética y socialmente en sus relaciones humanas.
- Examen físico Intrabucal: Presenta ausencia del 41. Hábito de protracción Lingual y una mordida anterior borde a borde. Los dientes 31 y 32 se encuentran en posición de vestibulogresión con inclinación distal y el 42 presenta inclinación mesial con cierto grado de extrusión, además de presentar movilidad de grado III de los mismos, lo cual los descarta como dientes pilares; por lo que se decide previa interconsulta con Periodoncia su inclusión dentro de la rehabilitación, lo cual la transformó en una prótesis inmediata de dichos dientes
- Diagnóstico: Desdentada parcial Inferior clase IV de Kennedy
- Tratamiento: Rehabilitación con prótesis Inmediata sin encía de los dientes 31, 32 y 42.

Primera visita:

Se realizó toma de impresión primaria con alginato y cubeta comercial perforada individualizada, de las que se obtuvieron los modelos de estudio superior e inferior.

Segunda visita:

Se realizó la relación craneomandibular a vista, pues la paciente solo presentaba ausencia del 41, seleccionando el color de los dientes artificiales.

(Pasos de Laboratorio)

Se realiza el duplicado del modelo, dejando un modelo testigo, en este caso, como modelo de estudio, pues la paciente no desea reproducir la posición y alineamiento de los dientes naturales.

La preparación del modelo de trabajo en el laboratorio se realiza por parte de la protesista, marcando en el modelo primeramente los tres dientes 31, 32 y 42 a reponer, y luego el rayado, teniendo en cuenta las condiciones óseas, el grado de reabsorción de la cresta, la existencia de bolsas periodontales y su profundidad, así como el régimen de reabsorción de la mandíbula.

Para valorar estos factores, fueron observadas detalladamente las radiografías periapicales de los dientes a extraer.

Se observa la prótesis terminada, el montaje de los dientes realizado sobre la cima del reborde y conservando la forma original del arco dentario cuadrado de la

paciente. Se montaron 5 incisivos en lugar de 4, pues no se dispone de un modelo de diente artificial más ancho y la paciente estuvo de acuerdo, manifestando desde un principio su inconformidad con los diastemas que presentaba originalmente.

Tercera visita (Instalación)

Se realizó la exodoncia de 31, 32 y 42, se asepsizó previamente la prótesis con quirurgín y se colocó en su lugar de asiento, obteniendo un resultado estético satisfactorio desde su instalación. Se indicó a la paciente no retirar la prótesis hasta pasadas 24 horas y se le dieron otras indicaciones postquirúrgicas.

Cuarta Visita:

Se realizó visita de control a las 24 horas donde se observó una cicatrización normal de los tejidos, con ligero enrojecimiento mucoso, pero no dolorosa. No hubo necesidad de realizar ajustes oclusales, pero si aliviar ligeramente la zona del frenillo lingual, además se instruyó a la paciente sobre la forma de inserción y remoción de la dentadura y se citó para una próxima visita de control. La paciente nos demuestra su satisfacción con una sonrisa.

DISCUSIÓN

Este tipo de prótesis está indicado donde la integridad anatómica de los dientes nos permita guiarnos para seleccionar los dientes artificiales o la posibilidad de duplicar estos últimos, para reposicionar dientes del sector anterior, pero también permite introducir cambios o mejoras estéticas de acuerdo con las aspiraciones del paciente ^{9, 10} En los dos casos presentados se introdujeron cambios estéticos a petición de las pacientes:

En el caso número 1 se cerraron discretamente los diastemas y se corrigió la vestibuloversión y el sobrepase (Figura 1a), manteniendo la migración de la línea media hacia el lado izquierdo a petición de la paciente. (Figura1b)

En el caso número 2 la paciente optó por cambios estéticos más radicales, refiriendo el deseo de eliminar los diastemas y la vestibuloversión de los incisivos inferiores presentes (Figura 2a), producto del hábito de empuje lingual; para materializar esta aspiración fue necesario eliminar la línea media, colocando 5 incisivos anteroinferiores en lugar de los 4 a restituir (Figura 2 b y 2c). Esto fue advertido a la paciente antes de la instalación, ya que en este tipo de rehabilitación es imposible probar los dientes a restituir, la misma estuvo de acuerdo, felizmente en este caso, desde el punto de vista de la estética facial, la altura del borde libre del

labio inferior no permite visualizar los dientes anteroinferiores.(Figura2d).En el ámbito de la estética dental, muchos autores realizan una ficha de análisis estético frontal de la sonrisa para determinar estos detalles y obtener así mejores resultados estéticos.¹¹

La confección de una prótesis inmediata representa siempre un reto para el equipo de trabajo de prótesis, ya que la misma no tiene derecho a fracasar, siendo esta su mayor desventaja.¹² Es necesaria una técnica muy depurada para no errar.

En ambos casos se obtuvo un resultado satisfactorio para las pacientes y el equipo de trabajo, Para ello se efectuó la técnica tradicional en el caso número 1(montaje de los dientes posteriores superiores ausentes, prueba clínica y posteriormente corte y retirada de los dientes a sustituir), ya que en el caso número 2 no fue posible realizar la prueba de dientes. Valladares 5 ha reportado una variación en la técnica tradicional en el caso de la prótesis inmediata total, donde obtuvo un 100 % de conformidad con el tratamiento realizado utilizando la técnica modificada, y un 67% mostró alguna inconformidad con los resultados del tratamiento realizado con la técnica convencional.

Con respecto al resultado obtenido en los dos casos presentados, estamos convencidos de que la prótesis inmediata es una prótesis provisional o temporal ^{9, 10} que supone un gasto doble de recursos por la remodelación de los tejidos bajo la Rehabilitación, pero son tantas sus ventajas y en beneficio psicológico para el paciente, que estamos comprometidos con esta técnica, tan antigua, tan común, pero tan provechosa.

CONCLUSIONES

- El conocimiento por parte de los especialistas de prótesis de los pasos clínicos y del laboratorio incrementan la calidad de este tipo de rehabilitación, sobre todo de la preparación del modelo y hacer cumplir que se realice el duplicado del mismo, lo que reduce al mínimo los ajustes a realizar en boca sobre un tejido recién intervenido.
- La prótesis inmediata constituye un tratamiento integral, que permite al individuo la recuperación de la confianza en la sonrisa, pues lo rehabilita desde su dimensión como ser psicosocial.En los dos casos rehabilitados se obtuvo la aprobación de las pacientes y su conformidad con la rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Duporte J, García Megret E. Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad de Pastoria. Rev. Cubana Enferm. 2002;18(2).
2. Batista R, Feal P. Epidemiología en la atención primaria de salud. En: AlvarezSintes R, Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001, p.288-299.
3. Rodrigo-Recio Canga O. Prótesis Inmediata. Grupo Odontológico Vivas [on line] 2006 [18 de marzo 2015]. Disponible en: <http://www.rodriguezrecio.com/inmediata.htm>.
4. Castillo RosixRL. Terapéutica quirúrgica protésica. Presentación de 4 casos. Rev Cubana Estomat [on line] 1996;33(1). [3 de enero del 2015] Disponible en: <http://www.bvs.cu/revistas/est/vol33-1-96/est0296.htm>.
5. Valladares García H. Prótesis inmediata. Valoración clínica de las modificaciones de la técnica tradicional. Matanza. Cuba: 2003. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revistas/medica/ano2003/vol3203/tema06.htm>.
6. Garner J. Efectos positivos de la psicoterapia en ancianos. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [on line] 2004;379(5):537-548. [13 de enero 2015] Disponible en: <http://www.saludpublica.com>
7. Bruce RW, Kobes P. Immediate removable partial denture. J ProsthetDent. 1972;28:36-42.
8. Bellota Antonio R. Conferencias dictadas en los cursos de implantología integral. Clínica del Dr. Alberto Horacio Bechelli; 2001-2003.
9. Fuertes RufinLiscary, del Valle ZelenenkoOksana, Justo Díaz Milay. REHABILITACION CON PROTESIS INMEDIATA EN PACIENTES GERIATRICOS: (PRESENTACION DE UN CASO). Revhabancienméd [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2015 Jul 30] ; 6(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200011&lng=es.
10. Criado Mora Zenia Masiel, Sarracent Humberto, Almagro Urrutia Zoraya, García Martínez Indira, Aragón Marino Taimy, Ortiz Frank. Prótesis inmediata post alveolectomía correctora y tuberoplastia bilateral a propósito de un caso clínico. Revhabancienméd [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Jul 30] ; 11(4): 556-562. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400016&lng=es.
11. Hidalgo-Lostaunau RC .Solución estética atípica concorona y carilla de cerámicas reforzadas con alúmina: Reporte de Caso. Solución estética atípica con corona y carilla de cerámicas reforzadas con alúmina: Reporte de Caso. RevEstomatol Herediana. 2009; 19(1):39-49.[13 de marzo 2015] Disponible en:[filosofiaswww.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/...](http://filosofiaswww.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/)
12. González G, Ardanza P. En: Rehabilitación Protésica estomatológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2003

Caso 1.

Figura 1a .Antes del tratamiento.



Figura 1b. Después del tratamiento.





Figura 1c. Prueba de dientes.



Figura 1d. Exodoncias simples.

Caso 2.

Figura 2a. Antes del tratamiento.



Figura 2b. Después del tratamiento.



Figura 2c. prótesis terminada.



Figura 2d. Estética facial del labio inferior.

