

Rehabilitación oral con prótesis fija

Oral rehabilitation with fixed prosthesis

Resumen

El tratamiento fue realizado a un paciente de sexo masculino, de 58 años de edad, con antecedente de accidente de tránsito de hace dos años, con pérdida de dientes, fracturas, necrosis pulpar, y alteración del plano oclusal. Debido a la patología existente, se realizó un tratamiento multidisciplinario con Periodoncia, Endodoncia, Cirugía y Ortodoncia, y en lo referente a prótesis se colocaron espigos, coronas y puentes fijos. El tratamiento fue realizado en un lapso de 5 meses.

Palabras clave: Rehabilitación oral. Prótesis fija. Puentes fijos. Coronas.

Abstract

This treatment was carried out in a 58 years old male patient, who has had the antecedent of a car crash accident two years before; he loosed several teeth and fractured others. Pulp necrosis and alteration of occlusal plane occurred. Because of the pathologies presented, it was installed a multidisciplinary treatment phase having periodontal, endodontic, surgical and orthodontic procedures, tehe installation of posts, crowns and fixed bridges. Treatment was carried out for five months.

Keywords: Oral rehabilitation. Fixed prosthesis. Fixed bridges. Crowns.

Romel Watanabe Velásquez ¹

Doris Salcedo Moncada ²

Julio Ochoa Tataje ³

Hernán Horna Palomino ⁴

Marco Herrera Cisneros ⁵

Juan José Paz Fernández ⁶

¹⁻⁶ Dpto. Académico Estomatología Rehabilitadora. Facultad Odontología. UNMSM. Lima, Perú

Correspondencia:

Romel Watanabe Velásquez

Magíster en Estomatología.

Dirección: Jr. 472, San Borja, Lima, Perú.

Teléfono: 6197000 / 3406

E-mail: rwatanabe@unmsm.edu.pe

INTRODUCCIÓN

El éxito de los tratamientos con prótesis fija en la práctica clínica diaria está directamente asociado a una planificación correcta y con criterio, que debe ser individualizada y ejecutada con el fin de atender las necesidades de cada paciente, orientándola para la determinación de un correcto plan de tratamiento. Es esencial un enfoque completo, secuencial para la planificación del tratamiento para la rehabilitación de prostodoncia fija no debe ser independiente de otras disciplinas de la Odontología. La planificación apresurada, segmentada, que ignora los principales aspectos del tratamiento requerido, desafía los modernos conceptos de tratar al paciente en su totalidad, más que a los dientes individuales^{1,2,3}.

Todos los factores identificados a través del interrogatorio deberán ser considerados cuando se planea el tratamiento. Como ejemplo de esto tenemos la longitud clínica de las coronas, o los dientes que serán restaurados o utilizados como pilares de los aparatos protésicos^{4,5,6}. En caso de coronas cortas deberán considerarse los procedimientos de alargamiento coronario, a lo cual se puede arribar por vía ortodóncica o periodontal¹⁴. Asimismo deberá prestarse especial atención a las piezas extruidas en espacios desdentados extensos. Es frecuente

la necesidad de colocarles coronas a estas piezas con el propósito de restablecer el plano de oclusión. No es inusual que a los pacientes que requieran prótesis se les haya efectuado previamente un tratamiento periodontal^{7,8,9,10}.

Una prótesis parcial fija es un medio de restituir una o más piezas ausentes utilizando para ello una o más piezas remanentes. Incluye uno o más dientes de reemplazo (pónticos) y uno o más dientes pilares con sus retenedores que soportan y mantienen al póntico¹¹. Existen básicamente tres tipos de prótesis parcial fija^{8,11}:

1. Aquellas en las cuales el o los pónticos están unidos a los pilares en forma rígida y las llamaremos prótesis fija-fija.
2. Tenemos las restauraciones rompe fuerzas en las cuales el póntico está unido en forma rígida a un pilar, obteniendo soporte y estabilidad del otro pilar a través de un atache de precisión o semiprecisión, utilizando algún tipo de ranura a extremo de cola de milano arreglando la disposición de cargas llamadas prótesis fija-móvil se emplean principalmente en aquellos casos en que no es posible dar a los pilares el mismo eje de inserción o cuando dientes pilares inclinados están implicados.

3. Prótesis parcial fija cantiléver, está compuesta por un diente pilar que soporta y retiene al póntico y debe ser utilizada con precaución este tipo se utiliza cuando hay dientes sólo de un lado del espacio en la boca. Dos coronas fusionadas al diente de reemplazo se utilizan para fijar el puente a los dientes naturales adyacentes¹¹, así como los adhesivos, los puentes cantiléver deben situarse en zonas donde soporten el menor stress, como en la zona anterior¹⁴.

Objetivos del tratamiento

1. Mejorar la salud bucal del paciente a través de un tratamiento periodontal.
2. Rehabilitar las piezas dentarias fracturadas y cariadas a través de tratamientos especializado de endodoncia y carielogía.
3. Planificar el tratamiento que solucione la patología que presenta el paciente, en forma multidisciplinaria.
4. Ejecutar el tratamiento respectivo, devolviendo la salud bucal a través de restaurar la anatomía, la función y la estética.
5. Educar al paciente para el correcto mantenimiento de sus prótesis

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 58 años, con antecedente de accidente de tránsito, sufrido hace 2 años, acude a la consulta por presentar piezas fracturadas, que no le permiten un buen funcionamiento durante la masticación. Cuando el paciente llegó requiriendo nuestro servicio, ya había transitado por otros consultorios buscando la solución a su problema bucal. El accidente de tránsito había dejado consecuencias funcionales y estéticas que, como se fueron produciendo poco a poco a través del tiempo transcurrido, el paciente no se había percatado de los cambios que se habían producido en él y solamente recibió atención de emergencia. No había estado consciente de los focos infecciosos presentes, ni los graves trastornos funcionales que se suscitaron a raíz de la pérdida de la pieza 42, la cual produjo una inclinación hacia mesial de la 43, la cual a su vez trajo como consecuencia una ligera extrusión de la 13, cambiando el funcionamiento de ambas piezas y llegando a comportarse la 13 en una interferencia en protrusiva, aunado a la fractura de la 11 y 21, donde había desaparecido la guía anterior.

Al observar la gran desoclusión que se producía en la lateralidad derecha, era lógico pensar que como la lateralidad izquierda era de características normales, debería producirse una preferencia por parte del paciente de realizar su función masticatoria hacia ese lado. Palpando la musculatura, percibimos un ligero aumento de volumen y tonicidad en el lado izquierdo, le transmitimos esto al paciente y le hicimos participar de nuestros hallazgos. En oclusión al observar unos problemas con respecto al plano oclusión en la pieza 26 se realiza los ajustes necesarios (Figuras N.º 1, 2, 3, 4, 5).

Diagnóstico

El diagnóstico de éste caso multidisciplinario fue el siguiente:

Del estado de salud general: paciente de sexo masculino, 58 años, con antecedente de accidente de tránsito, en aparente buen estado de salud general, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Sin riesgo sistémico al tratamiento odontológico

Del estado de salud estomatológico: paciente con piezas fracturadas, caries múltiple, necrosis pulpar, gingivitis leve, oclusión alterada. Edéntulo parcial superior e inferior

Plan de tratamiento

Lo primero que se realizó fue evaluar la historia clínica para saber si no presentaba alguna enfermedad que podría alterar la planificación del tratamiento, luego se le solicitó al paciente que muestre como era su técnica de cepillado diaria, se le hizo fisioterapia y se le enseñó un correcto manejo de su higiene bucal, esta fase se realizó en forma coordinada con el área de Periodoncia por que se le había diagnosticado una gingivitis marginal leve. Se realizó la exodoncia de la pieza 11, que correspondió a una pieza fracturada con pronóstico muy reservado por tener fractura vertical, posteriormente se derivó a interconsulta a la especialidad de Endodoncia y Cariología quienes después de la revisión diagnosticaron caries en la pieza 22, indicando una resina como tratamiento, periodontitis apicales crónicas en las piezas: 21, 31, 41, 26, 28, 48 indicando tratamiento de conductos en ellas, y cirugía paraendodóntica en las piezas 21, 26 por las lesiones encontradas y posteriormente de acuerdo a la cantidad de raíz disponible se decidió realizar pernos colados en piezas molares y en el sector anterior instalamos pernos prefabricados de fibra de carbono.

Se planificó colocar implantes en las zonas edéntulas y coordinar con ortodoncia para realizar una extrusión de la pieza 13 que se encontraba en infraoclusión y realizarles una prótesis removible asociado con prótesis fija en el sector anterior posteriormente después de la evaluación exhaustiva se concluyó que el paciente tenía un diagnóstico de: paciente edéntulo parcial clase III modificación II de Kennedy, y la rehabilitación se pudo hacer con prótesis fija.

Procedimientos clínicos

Se dio inicio al tratamiento con el consentimiento informado del paciente.

En primer lugar realizamos la desfocalización, a través de la profilaxis respectiva, la fase higiénica es muy importante y no siempre es valorada. Se realizó la única exodoncia necesaria, pues consideramos que en la actualidad, a través de un tratamiento multidisciplinario, podemos conseguir que piezas dentarias que antes se consideraban candidatas a perderse, hoy en día las podemos recuperar y hacerla funcionar adecuadamente. Y también uno de los primeros pasos, hecho el diagnóstico oclusal respectivo, fue la eliminación de los contactos prematuros y la recuperación de la guía anterior, la cual no se encontraba presente.

Los tratamientos endodónticos de las piezas 26 y 21 seguidos por la cirugía apical respectiva nos permitieron conservar piezas dentarias que estaban con procesos infecciosos crónicos.

Un comentario especial merece el tratamiento del canino inferior inclinado hacia mesial. El tratamiento ideal era el uso de aparatología ortodóntica fija, y no solamente para el inferior sino también para el superior. Si hay cambios en la posición normal de los dientes, la ortodoncia es el tratamiento de elección. Sin embargo, la situación laboral del paciente que lo obliga a estar mucho tiempo en provincia, nos obligó a desarrollar una alternativa a la aparatología fija, para mejorar su estética. Ésta surgió después de unas cuantas sesiones, ya que primeramente le insistimos en la recomendación de un tratamiento ortodóntico de aparatología fija, es entonces cuando tomamos la decisión de confeccionar un provisional para el lateral, y que a la vez produjera el movimiento ortodóntico de inclinación hacia distal del canino, poco a poco y muy lentamente.

La rehabilitación del total de las piezas podemos decir que se realizó dentro de lo normal. El uso de espigos colados en piezas posteriores nos dio la seguridad de una buena retención en ese sector, donde la transmisión de las fuerzas es mayormente vertical. En cambio, las fuerzas que se transmiten hacia las piezas anteriores no son verticales, y por lo tanto es preferible el uso de espigos prefabricados no metálicos. En la pieza 26 fue diferente, por tratarse de una pieza vital, la única solución era desgastarla, para lograr una posición adecuada. Por ello hicimos la reducción oclusal en varias sesiones, de 0.5 mm cada vez, la cual era reforzada con su respectivo pulido y la aplicación de flúor. De ésta manera en ningún momento el paciente acusó molestia alguna, ni sensibilidad hasta la actualidad.

Mientras la pieza 43 iba recuperando su posición normal, observamos que la extrusión de la 13 sería un impedimento para completar el proceso. Además, la extrusión daba como resultado un efecto no estético, motivo por el cual simultáneamente se fueron haciendo desgastes en dicha pieza para permitir completar la inclinación hacia distal del inferior. Esto trajo como consecuencia que el paciente sintiera un confort al realizar movimientos laterales hacia la derecha, logrando restablecer sus movimientos masticatorios hacia ese lado, y ya no solamente hacia la izquierda. Es importante recalcar que, como el

paciente ya era conocedor de que sólo masticaba unilateralmente, fue él mismo quien en una de las citas manifestó con mucha alegría que ya estaba masti- cando bilateralmente.

El color empleado en esta rehabilita- ción fue escogido por el paciente y, si bien es cierto que la estética es un factor importante en toda rehabilitación, en este caso consideramos que podía quedar en un segundo plano pues nuestra prioridad era la anatomía y la función, y además en un futuro, poderle realizar un blanqueamiento para homogenizar el color de la sonrisa (Figuras N.º 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Finalmente, al concluir el tratamiento le instalamos una férula. Este aparato nos permitirá tener la tranquilidad de que, en el caso supuesto de que pudiese presentar alguna parafunción (la cual no detectamos durante el tratamiento), las fuerzas no deseadas y negativas que se producen en estos casos, se puedan transmitir en forma conveniente a los dientes presentes, y que no puedan alterar los resultados obtenidos a través de nuestro tratamiento.

DISCUSIÓN

En rehabilitación debemos de preocu- parnos no solamente de restaurar los

dientes perdidos, sino también de todo el sistema estomatognático. Una ligera asimetría facial puede ser indicio de al- teraciones funcionales, o también de fo- cos infecciosos instalados y que a veces pasan desapercibidos por el paciente.

Una prótesis parcial fija es un medio de restituir una o más piezas ausentes utilizando para ello una o más piezas remanentes. Incluye uno o más dien- tes de reemplazo (pónticos) y uno o más dientes pilares con sus retenedores que soportan y mantienen al póntico¹¹. Existen básicamente tres tipos de próte- sis parcial fija. En primer lugar tenemos aquellas en las cuales el o los pónticos

SECUENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO



Figura N.º 1. Caso inicial.



Figura N.º 2. Lateralidad derecha.



Figura N.º 3. Frontal.



Figura N.º 4. Lateral izquierda.



Figura N.º 5. Frontal.



Figura N.º 6. Prueba de metales.



Figura N.º 7. Prueba de metales.



Figura N.º 8. Provisionales.



Figura N.º 9. Cementación.



Figura N.º 10. Cementación.



Figura N.º 11. Caso terminado.

están unidos a los pilares en forma rígida y las llamaremos prótesis fija-fija. En segundo lugar tenemos las restauraciones rompiefuerzas en las cuales el pónico está unido en forma rígida a un pilar, obteniendo soporte y estabilidad del otro pilar a través de un atache de precisión o semiprecisión, utilizando algún tipo de ranura a extremo de cola de milano arreglando la disposición de cargas.

Las restauraciones "rompe fuerzas", también llamadas prótesis fija-móvil se emplean principalmente en aquellos casos en que no es posible dar a los pilares el mismo eje de inserción o cuando dientes pilares inclinados están implicados. En tercer lugar tenemos la prótesis parcial fija cantiléver. Está compuesto por un diente pilar que soporta y retiene al pónico y debe ser utilizada con precaución. Este tipo de puente dental se utiliza cuando hay dientes sólo de un lado del espacio en la boca. Dos coronas fusionadas al diente de reemplazo se utilizan para fijar el puente a los dientes naturales adyacentes¹⁵. Así como los adhesivos, los puentes cantiléver deben situarse en zonas donde soporten el menor stress, como en la zona anterior.

La estética es una indicación importante, especialmente del sector anterior, en caso de dientes con caries complejas y reconstruidos con resina y con una deficiente limpieza dental que presentaran cambios de color, forma con diastemas o pequeñas malformaciones. En estos casos, si procedemos a la exodoncia^{12,13}, la solución de tipo social será más sencilla y económica con un aparato removible.

La prótesis fija es propia de adultos. En pacientes jóvenes, con dientes poco erupcionados, con la calcificación incompleta (en adolescentes), no es prudente este tipo de prótesis, un tallado severo podría lesionar la pulpa. En adolescentes está indicada la prótesis fija adhesiva.

Pérdida parcial de dientes. Cuando hay dientes pilares suficientes, para soportar los dientes que faltan. Si no los hay, pensaremos en una prótesis dento mucosoportada (removible), o en la colocación de implantes. Cuando hay muchos espacios intercalares, que obligarían a tallar todos los dientes remanentes, hay que decidir si es mejor una prótesis removible, que casi no necesita preparación (solo para apoyos oclusales y planos guía) y por tanto no es irreversible. Hemos de tener en cuenta que siempre la podremos convertir en fija del tipo que sea, si alguna vez se producen otras circunstancias.

La remoción de los dientes anteriores crea un trauma psíquico y social. Por ello se decidió el sector anterior no sea removible. Si no es posible la prótesis fija, a veces podrá resolverse con una prótesis mixta, de manera que la parte anterior sea fija. Incluso puede ser esta zona implanto soportada.

La reposición protésica de los puntos de contacto es otra indicación, cuando no se puede conseguir con materiales de obturación. Entonces se pueden emplear coronas de recubrimiento total, de recubrimiento parcial o incrustaciones, ya sean metálicas o cerámicas. Cuando faltan pocos dientes. Esta es la indicación más frecuente, siempre que exista un pilar posterior. Es el puente clásico de uno o dos pónicos. En la actualidad, para este último caso algunos pacientes eligen la prótesis implanto soportada.

Buena higiene. La limpieza y conservación de los dientes pilares está supeditada a una higiene meticulosa¹⁴. La mayor parte de fracasos en Odontología en general y en Prótesis particularmente, son debidos a la dificultad de eliminar la placa bacteriana en ciertas zonas.

Conclusiones

Para realizar un buen tratamiento, se debe hacer un buen diagnóstico.

El tratamiento rehabilitador requiere la intervención de otras especialidades para un mejor resultado

Los cambios aparatosos que se producen en una boca a lo largo de un considerable periodo de tiempo, requieren también un periodo razonable para su resolución.

Las prótesis fijas, bien planificadas y correctamente confeccionadas, brindan una solución efectiva y altamente estética a los pacientes edéntulos parciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cadafalch Gabriel, Eduardo; Cadafalch Cabani, Juan. Manual clínico de Prótesis fija. España: Harcourt Brace; 1997.
2. Clínicas odontológicas de Norteamérica. Interamericana. Mc Graw-Hill. Vol. 3/1997. Reconstrucción Bucal completa: fija y removible.
3. Malone, William; Koth, David. Tylman's. Teoría y práctica en prostodoncia Fija. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A.; 1998.

4. Mezzomo, Elio. Rehabilitación oral para el clínico. 1ª ed. México: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A.; 2003.
5. Pegoraro, Luis Fernando. Prótesis fija. Brasil: Editora Artes Médicas Ltda; 2001.
6. Preti, Giulio. Rehabilitación protésica. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A.; 2007.
7. Ries Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal. Patología, clínica y terapéutica. 9ª ed. Buenos Aires: Librería El Ateneo Editorial; 1995.
8. Shillingburg, Herbert; Hobo, Sumiya; Whitsett, Lowell. Fundamentos de prostodoncia fija. Berlín: Quintessence Books; 1984.
9. Silva Infantes Manuel y cols. Manual de cirugía odontológica I. Lima: Editorial e Imprenta UNMSM; 2003.
10. Graber TM. Ortodoncia, teoría y práctica. 3ª ed. México: Nueva Editorial interamericana S.A. de C.V.; 2003.
11. Thayer, Keith. Prótesis Fija. Buenos Aires: Editorial Mundi S.A.I.C. y F.; 1993.
12. Tobón, Gabriel; Vélez, Francisco. Endodoncia simplificada. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
13. Wiene, Franklin. Tratamiento endodóntico. 5ª ed. España: Harcourt Brace; 1997.
14. Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. Periodoncia. EUA: Interamericana - Mc Graw-Hill; 1993, p. 297.
15. Harrison J, Nelly W. Manejo Tisular en la Prostodoncia Fija. EN: Koth D, Malone W, Tylman's. (editores) Teoría y Práctica en Prostodoncia Fija. Barcelona: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1991.

Recibido: 12-11-08

Aceptado para publicación: 12-12-08